



Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación
Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia “López Piñero”
Programa de doctorado: Historia de la Ciencia y Comunicación Científica

Los enfermos en la España barroca (1600-1740) y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes.

TESIS DOCTORAL

Presentada por: Carolin Schmitz

Dirigida por: María Luz López Terrada y Àlvar Martínez Vidal (tutor)

Valencia, 2016

Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia “López Piñero” (UV)

Titulación: Historia de la Ciencia y Comunicación Científica

Tesis doctoral: Los enfermos en la España barroca (1600-1740) y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes.

Directora: María Luz López Terrada

Tutor: Àlvar Martínez Vidal

Autora: Carolin Schmitz

Dr. María Luz López Terrada, investigadora científica del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, INGENIO (UPV-CSIC)

Prof. Dr. Àlvar Martínez Vidal, profesor titular del Departament d'Història de la Ciència i Documentació de la Universitat de València

CERTIFICAN:

Que la presente Memoria, titulada “Los enfermos en la España barroca (1600-1740) y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes” ha sido realizada bajo mi dirección y mi tutorización por D. Carolin Schmitz para optar al grado de Doctora. Lo que hacemos constar en cumplimiento con la legislación vigente.

Valencia, 21 de marzo de 2016

Firmado:

María Luz López Terrada

Firmado:

Àlvar Martínez Vidal

Für Gredi.

Agradecimientos

Esta tesis doctoral ha gozado desde incluso antes de ser iniciada de la incansable atención de mi directora, María Luz López Terrada. Me ha introducido y guiado con inigualable paciencia y claridad en el mundo de la historia de la medicina. Su forma de trabajar, pensar, y sobre todo de ser, han sido a lo largo de estos últimos años una singular fuente de inspiración que me ha ayudado a desarrollar este proyecto de tesis que en estos momentos llega a su fin. Sin su apoyo y sus ojos críticos, no hubiera obtenido los resultados que ahora se presentan.

Estoy igualmente agradecida a Àlvar Martínez Vidal por la generosidad con la que, en función de tutor ya desde mucho antes de serlo oficialmente, ha compartido conmigo su sabiduría, su tiempo y - junto con Pepe Pardo Tomás - la fuente documental que ha dado inicio a esta investigación: la “papelera” de Peralta. A ambos debo mis más sinceros reconocimientos.

Al Instituto de Historia de la Medicina y la Ciencia “López Piñero”, en su totalidad, gracias de corazón.

Al Consejo Superior de Investigaciones Científicas por la financiación que he podido disfrutar en todo el tiempo gracias a la beca predoctoral, JAE-Predoc.

A INGENIO (UPV-CSIC) por su amable acogida en los últimos meses de la tesis.

A Andrea Carlino y Elisa Andretta, que han hecho que mi estancia en el todavía Institut d’Histoire de la médecine et de la santé (Ginebra) sea un aprendizaje continuo. Haber podido participar en las actividades y exponer partes iniciales de mi trabajo ante ellos y otros expertos en la historia del paciente ha sido crucial para la evolución de esta tesis.

Me siento muy agradecida por el continuo intercambio que he tenido con el Institut für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung. Gracias a Martin Dinges por hacer no solo posible que disfrutara de una estancia en Stuttgart, sino también por guiarme por la amplia historiografía médica alemana. Y gracias a Jens Gründler por su hospitalidad y por hacer de los “Stuttgarter Fortbildungsseminare” siempre una experiencia especial y enormemente fructífera

para el desarrollo de mis ideas.

A Silvia de Renzi y al Department of History de la Open University por haberme dado la oportunidad de conocer la cultura de debate al estilo británico. El intercambio intelectual con Silvia y sus preciados consejos acerca de los planteamientos generales de la tesis han enriquecido de manera significativa este trabajo.

A John Slater por su crítica literaria y pistas de textos como el valioso fragmento de Cienfuegos.

Al personal de todos los archivos que he visitado, particularmente, a los archiveros del Archivo Diocesano de Cuenca y del Archivo Municipal de Toledo, por facilitarme con su ayuda y profesionalidad unas maravillosas condiciones de trabajo en la búsqueda de fuentes.

A Lorena, Mar e Ignacio por demostrar que el compañerismo no conoce fronteras y que la ayuda mutua continua a pesar de ya no compartir el mismo instituto, país, ni continente.

A Kasia, Benno, Isa e Isa, Manolo, Javi, Sergio, Flora, Joanna y Edith por apoyarme incansablemente, cada uno a su manera, en ésta y en muchas otras fases vividas.

Por último, a mi familia, por siempre estar, esté donde esté, y siempre creer en mí. He llegado aquí gracias a ellos.

Sumario

Agradecimientos	i
Sumario	iii
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	viii
Índice de siglas y abreviaturas	ix
Abstract	x
Capítulo I: Introducción	1
I.1 Revisión historiográfica.....	3
I.2 Objetivos.....	12
I.3 Descripción de las fuentes	16
I.3.1 Procesos inquisitoriales	19
I.3.2 Cartas de paciente	26
I.3.3 Procesos de causa criminal	32
I.3.4 La novela picaresca <i>La vida y hechos de Estebanillo González</i> (1646).....	36
I.4 Metodología: modelos y conceptos	39
I.5 Estructura del trabajo.....	46
Capítulo II: Espacio Doméstico: Prácticas sanitarias en el hogar del enfermo	49
II.1 Introducción	49
II.2. Médicos	56
II.2.1 Llamar a un médico.....	57
II.2.2 Tratamientos médicos	63
II.2.3 Junta de médicos	72
II.3 Cirujanos y barberos	77
II.3.1 La práctica quirúrgica.....	77

II.3.2 Decisiones y sus consecuencias	83
II.3.3 El paciente y el intrusismo	88
II.4 Curaciones extra-académicas	94
II.4.1 Prácticas mágico-creenciales: Desaojaderas y Ensalmadores.....	94
II.4.2 Entre lo empírico y lo supersticioso: El herbolario José Rodríguez (1669).....	100
II.5 Casos de convivencia: Medicina académica y extra-académica.....	119
II.6 Sanadores extra-locales	127
II.7 Los otros cuidadores: los miembros de la familia.....	133
II.8 Conclusión.....	139
Capítulo III: La comunidad de vecinos: comunicación y espacios de curación	141
III.1 Comunicación	143
III.2 Lugares de curación: oficiales y no-oficiales	151
III.2.1 Lugares oficiales	152
III.2.2 Lugares no-oficiales.....	168
III.3 Enfermedades hechizadas. La comunidad como causa y solución.....	187
III.3.1 La impotencia: un asunto público	193
III.4 Conclusión	203
Capítulo IV: Movilidad.....	204
IV.1 Los enfermos y sus motivos para viajar	205
IV.1.1 Insatisfacción con los remedios en el lugar de origen	205
IV.1.2 La figura de un sanador en particular	214
IV.1.3 Lugares con recursos/ofertas curativas	235
IV.2 Preparativos y organización del viaje.....	258
IV.2.1 Compañeros de viaje. La importancia de los actores secundarios.....	258
IV.2.2 Alojamiento, medios de transporte y caminos.....	268
IV.3 Las distancias recorridas: Visitas a curanderos, santuarios y balnearios	272

IV.4 Conclusión.....	279
Capítulo V: La consulta a distancia: el espacio virtual de la correspondencia médica. 281	
V.1 Juan Muñoz y Peralta (1665 – 1746): médico real, presidente de la Regia Sociedad de Medicina y preso en las cárceles secretas de la Inquisición	283
V.2 Por qué y cómo iniciar una relación de correspondencia con Peralta.....	289
V.2.1 Motivos	289
V.2.2 Estrategias	291
V.2.3 Percepción y representación de los tratamientos anteriores.....	297
V.3 El reto de comunicar y expresar el mal.....	301
V.3.1 El esquema de las <i>sex res non naturales</i>	302
V.4 Los tratamientos en curso de Peralta: Opción y uso con un margen de maniobra	316
V.5 Un negocio aparte: El suministro de polvos y píldoras	322
V.6 Conclusión	328
VI. Conclusions.....	331
VII. Bibliografía.....	341
VII.1 Bibliografía primaria impresa	341
VII.2 Bibliografía secundaria	343
VIII. Apéndice: Recopilación de fuentes de archivo.....	358
VIII.1 Los procesos inquisitoriales.....	358
VIII.1.1 Los procesos del Tribunal de Inquisición de Cuenca, Archivo Diocesano de Cuenca (ADC).....	358
VIII.1.2 Los procesos del Tribunal de Inquisición de Toledo, Archivo Histórico Nacional (AHN)	361
VIII.2 Las cartas de pacientes dirigidas al médico Juan Muñoz y Peralta (1665-1746) – una clasificación según autoría.....	362
VIII.2.1 Cartas escritas por el propio paciente	362

VIII.2.2 Cartas escritas por un mediador lego	364
VIII.2.3 Cartas escritas por médicos.....	366
VIII.3. Procesos de causa criminal, jurisdicción de la Ciudad de Toledo, Archivo Municipal de Toledo (AMT).....	367

Índice de tablas

Tabla 1.1	32
Tabla 2.1	129
Tabla 4.1	273
Tabla 4.2	276
Tabla 4.3	277
Tabla 4.4	278
Tabla 8.1	359
Tabla 8.2	361
Tabla 8.3	363
Tabla 8.4	364
Tabla 8.5	366
Tabla 8.6	367

Índice de gráficos

Fig. 1.1	21
Fig. 1.2	30
Fig. 1.3	33
Fig. 1.4	45
Fig. 2.1	102
Fig. 2.2	116
Fig. 2.3	130
Fig. 3.1	175
Fig. 3.2	187
Fig. 3.3	196
Fig. 4.1	217
Fig. 4.2	226
Fig. 4.3	250
Fig. 4.4	259

Índice de siglas y abreviaturas

ADC	Archivo Diocesano de Cuenca
AHN	Archivo Histórico Nacional
AMT	Archivo Municipal de Toledo
AGS	Archivo General de Simancas
ARCSCC	Archivo del Real Colegio Seminario de Corpus Christi, Valencia
Dicc. Auts.	Diccionario de Autoridades, Real Academia Española
fol.	Folio
Leg.	Legajo
exp.	Expediente
INQ.	Inquisición
EG	Estebanillo González
CE	Catastro de Ensenada

Abstract

This thesis aims to reconstruct the experience of seeking health care in Early Modern Spain from the perspective of those most directly affected by it: the sick. As previous studies on the history of the patient in Early Modern Europe have indicated, the patient was not a passive figure but was actively engaged in the search to find a cure. Based upon this fundamental assumption, this thesis is one of the first studies examining patients' experience of illness within the medical culture of baroque Spain; it seeks to elucidate how the sick acted and made use of the plurality of therapeutic resources available.

To assess the perspectives and perceptions of patients from different social and cultural contexts, various types of sources were utilised: letters between patients and a renowned royal physician, testimonies of the sick from inquisitorial interrogation protocols and criminal law proceedings, as well as picaresque literature.

The analysis of the data followed a distinctive approach: a combination of the anthropological concepts of "therapeutic itineraries" and the category of spaces of healing. Consideration of the many steps involved in the patients search for relief (therapeutic itineraries) helped to identify the complex process of decision-making, which was influenced not only by individual beliefs, but also by the conduct of other social actors. By structuring the patient's quest for therapy through spaces of healing (the domestic space, local community, travel to distant places and the virtual space of correspondence), the chosen categories proved to be broad enough to adequately illustrate both the coexistence of a diverse array of health care options and the patients' often eclectic use of these. A close look at the strategies applied by the sick, and the attitudes shown towards healing options lead us to the conclusion that seeking health care was a complex arrangement of individual choices, which, independent from social status and the availability of local medical assistance, could result in a kaleidoscopic journey to recovery.

Capítulo I: Introducción

El 26 de febrero de 2016 el periódico El País publicó un artículo cuyo titular afirmaba: “A mi hijo lo ha matado la incultura científica”, al cual le seguía el subtítulo: “Se reabre el caso de un joven que murió tras abandonar la quimioterapia por culpa de un curandero, según denuncia su padre”.¹ El artículo informa sobre el caso de Mario, un joven estudiante de Física, que tras haber sido diagnosticado de leucemia, se decidió por un tratamiento alternativo de “un falso médico”, rechazando al mismo tiempo los procedimientos habituales de la medicina oficial (trasplante y quimioterapia). Según el padre, recurrir al “pseudoterapeuta” fue debido a la iniciativa de la madre, quien admitió posteriormente que había sido una decisión equivocada. Tras seis meses de un tratamiento basado en vitaminas, Mario murió en julio de 2014. Además de la vida de su hijo, a estos padres la “pseudoterapia” les costó unos 4000 euros y el matrimonio. El padre no tardó en denunciar al curandero ante la Audiencia Provincial de Valencia, además de implicarse activamente en la lucha contra las “terapias pseudocientíficas”, creando con ese fin una asociación propia.

El artículo, publicado en la portada de uno de los periódicos españoles de más tirada, alude directamente al dilema en el que se ven inmersos los pacientes al tener que elegir entre las muchas opciones que ofrece el sistema sanitario (oficial y no-oficial) en la actualidad. Pero la preocupación de poder caer en las manos engañosas de un “charlatán” no es algo reciente, como tampoco lo es la aparente incoherencia de una persona con formación universitaria que no confía en la medicina científica sino en la “alternativa”, el conflicto que las actitudes divergentes han generado entre los padres, la iniciativa del padre de recurrir a la justicia para denunciar la mala praxis, ni el papel de los medios de comunicación de entrar en el debate,

¹ Javier SALAS, ""A mi hijo lo ha matado la incultura científica"", *El País*, 26 de febrero de 2016. http://elpais.com/elpais/2016/02/24/ciencia/1456341289_969832.html [Consultado la última vez: 2 de marzo de 2016]

señalando las consecuencias fatales del recurso a una determinada medicina. Pese a pertenecer a un sistema médico completamente diferente al de la actualidad, los elementos enumerados anteriormente son comunes a los que encontramos en la búsqueda de salud por parte de personas enfermas que vivían hace trescientos o cuatrocientos años. Al igual que le parecía relevante a la línea editorial de este periódico señalar lo que significa la existencia de una pluralidad médica para el paciente, también existen varios proyectos científicos europeos (biomédicos y médico-tecnológicos) cuyo objetivo es el estudio de la voz del paciente.² La inclusión de datos sobre la asimilación y conducta de las personas enfermas, que en último término son las que experimentan en su propio cuerpo las nuevas tecnologías y las que sufren las enfermedades recién descubiertas, se ha comprobado que es un método fundamental para el futuro desarrollo del conocimiento científico. Escuchar, integrar y dar voz al paciente representan una preocupación que en el presente trabajo se trasladará de la actualidad al pasado, concretamente a la sociedad española de la Edad Moderna. En las páginas que siguen se examinará en profundidad la experiencia de enfermar y de recuperar la salud de una diversificada población que pertenecía principalmente al territorio castellano.

Este viaje intelectual a la cosmovisión de los enfermos de los siglos XVII y XVIII se intenta emprender con un equipaje epistemológico e ideológico lo más reducido posible. Hablar desde la perspectiva del paciente no significa solamente documentar asuntos que le concernían, sino también explicar su forma de actuar e interpretar la enfermedad desde el contexto epistemológico que le rodeaba. Es por ello que, a lo largo de este trabajo, no se realizarán diagnósticos retrospectivos, ya que muy difícilmente nos podrían ayudar a entender el mundo en el que vivían. Por la misma razón no se emplearán términos nosológicos actuales, debido a que las enfermedades son construcciones sociales con fuertes vínculos al sistema científico y

² Para proyectos europeos sobre enfermedades raras y el papel de la asociación de pacientes, véase por ejemplo EUCERD, <http://www.eucerd.eu>. Para un proyecto interdisciplinario que enlaza la historia de la medicina con la sociología para averiguar los principios de la actual enfermedad de silicosis, véase SILICOSIS, ERC-Advanced Grant, <http://www.sciencespo.fr/silicosis/>.

cultural vigente en un determinado momento histórico y en una concreta sociedad o grupo humano.³

I.1 Revisión historiográfica

El interés por la perspectiva del paciente en la historia de la medicina se ha manifestado desde hace varias décadas. Inspirados en trabajos de historia social,⁴ antropología y sociología,⁵ fueron varios autores los que en diferentes momentos declararon la necesidad de ampliar el enfoque de una historia de la medicina que hasta entonces se había centrado exclusivamente en las figuras de los médicos y sus ideas científicas. La propuesta era que para llegar a entender adecuadamente la medicina era menester, tal y como señaló Henry Sigerist ya en 1951, incluir también a los enfermos, suscitando con ello una conciencia de la existencia de una variedad de formas curativas a las que recurrir, más allá del encuentro con el médico.⁶ Habitualmente se

³ Jens LACHMUND y Gunnar STOLLBERG, eds., *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1992). Jon ARRIZABALAGA, "Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social", *Arbor* 142, 558-560 (1992): pp. 147-165.

⁴ La creciente preocupación por hacer una historia de la medicina "desde abajo" no se puede entender sin considerar el impacto que tuvo para la historiografía europea en general los trabajos de la historia social, en particular el trabajo de E. P. Thompson, *The Making of the English Working Class* de 1963. Igualmente relevante ha sido la influencia por parte de la historia cultural con el pionero estudio de Peter Burke, *Popular Culture in Early Modern Europe* de 1978.

⁵ Las ideas y conceptos procedentes de la antropología han sido tratados y discutidos en Michael MACDONALD, "Anthropological perspectives on the history of science and medicine", en *Information Sources in the History of Science and Medicine*, ed. Pietro CORSI y Paul WEINDLING (London: Butterworth, 1983). En este artículo hace un recorrido de la aplicación de acercamientos antropológicos en historia de la medicina y matiza el diferente grado en el que se comprometían a realizar esa fusión los afamados historiadores de la medicina, Henry Sigerist, Erwin Ackerknecht y George Rosen. Así mismo, expone, por ejemplo, los variados aspectos que Keith Thomas ha prestado para su trabajo *Religion and the decline of Magic* (1971) de E.E. Evans-Pritchard y su obra clásica *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande* (1937), y también de las teorías sobre magia elaboradas por Bronislaw Malinowski, cf. *Ibid.*, p. 65. La obra de Keith Thomas, por su parte, ha nutrido considerablemente no sólo los propios estudios de MacDonalD, cf. Michael MACDONALD, *Mystical Bedlam: Madness, Anxiety, and Healing in Seventeenth-Century England* (London, New York: Cambridge University Press, 1981). También ha influido estudios más recientes, entre ellos, por ejemplo Lauren KASSELL, *Medicine and Magic in Elizabethan London. Simon Forman: Astrologer, Alchemist, and Physician* (Oxford: Clarendon Press, 2005). Para contribuciones por parte de la sociología, véase por ejemplo Nicholas JEWSON, "Medical Knowledge and the Patronage System in Eighteenth-Century England", *Sociology* 8 (1974): pp. 369-385.

⁶ Henry E. SIGERIST, *A History of Medicine. Primitive and archaic medicine*, vol. 1 (New York, Oxford: Oxford University Press, 1951). Incluso antes de incluir esa reflexión en su *History of Medicine*, Sigerist dedicó un artículo sobre la posición particular del enfermo, cf. Henry E. SIGERIST, "Die Sonderstellung des Kranken", *Kyklos* 2 (1929): pp. 11-20. A la importante proclamación "pre-porter" de Sigerist han aludido Alfons ZARZOSO, "El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII", *Dynamis* 21 (2001): pp. 409-433. Y también Philip RIEDER, *La figure du patient au XVIIIe siècle* (Genève: Droz, 2010), p. 11-12.

cita a Roy Porter y su llamada programática de hacer “a history from below”, incluso llegándose muchas veces a atribuir a su contribución el nacimiento de la historia del paciente.⁷ El eco que este artículo, publicado en 1985, ha tenido en la historiografía médica – y más todavía sus trabajos posteriores en colaboración con Dorothy Porter – es formidable. Aun así no se deben olvidar los numerosos trabajos anteriores y simultáneos que han contribuido de forma conjunta a preparar el terreno para la aceptación que goza en la actualidad la figura del paciente como objeto de estudio histórico-médico. En ese sentido cabe señalar la atención que Pedro Laín Entralgo dedicó en 1969 a analizar la relación entre médico y enfermo, aunque partiera para ello desde una perspectiva idealista, es decir, de cómo debería de configurarse aquella relación según los valores y las normas de conducta vigentes en las tres épocas históricas que estudia (la Antigüedad, la Edad Media y el siglo XIX).⁸ Aunque para nuestro estudio no podemos sacar provecho directo de sus escritos – en primer lugar por limitarse a lo ideal y en segundo lugar por no entrar en la Edad Moderna –, los trabajos de Laín Entralgo han inspirado a otros historiadores españoles y europeos, particularmente a José María López Piñero, a seguir desarrollando una historia en la que la medicina se entiende íntimamente ligada a la sociedad de cada momento histórico.⁹

Una importante contribución que ha precedido, por unos pocos años, la llamada de Porter y que, además, sigue siendo una de las referencias clásicas de cómo escribir una historia social y cultural de la medicina, es la monografía *Mystical Bedlam: Madness, Anxiety, and Healing in Seventeenth-Century England* (1981) de Michael MacDonald.¹⁰ Basándose en los “case books” del astrólogo Richard Napier, MacDonald ha podido reconstruir la red de una

⁷ Roy PORTER, "The Patient's View. Doing Medical History from Below", *Theory and Society* 14, 2 (1985): pp. 175-198.

⁸ Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* (Madrid: Revista de Occidente, 1964).

⁹ José María LÓPEZ PIÑERO, *Ciencia y técnica en la sociedad española de los siglos XVI y XVII* (Barcelona Labor, 1979). Los trabajos de Laín Entralgo han sido considerados por ejemplo por Robert JÜTTE, "Patient und Heiler in der vorindustriellen Gesellschaft. Krankheits- und Gesundheitsverhalten im frühneuzeitlichen Köln" (Habilitationsschrift, Universität Bielefeld, 1989), p. 83.

¹⁰ MACDONALD, *Mystical Bedlam*.

clientela específica, la de los enfermos mentales, quienes, categorizados según género, edad y origen geográfico, describían sus síntomas y revelaban sus interpretaciones acerca de las causas. Con ese análisis minucioso ha construido el fundamento de futuros estudios que han recurrido a las miles de anotaciones de Richard Napier y de su predecesor, el astrólogo, alquimista y médico Simon Forman.¹¹ En la muy citada, pero no publicada, tesis doctoral de Sawyer de 1986, al continuar la labor de MacDonald sobre los “casebooks” de Napier, el autor ha llegado a conclusiones que han anticipado los principios básicos que la historia del paciente, desde los años posteriores hasta la actualidad, ha tratado de comprobar y subrayar: el de un paciente activo que se encuentra rodeado de una pluralidad de opciones terapéuticas. Así, en sus propias palabras, Sawyer ha puesto de relieve que “medicine in seventeenth-century England was eclectic and pluralistic” y, en segundo lugar y más importante todavía, que “patients were not suffering objects of a healer’s medical gaze but were active and creative participants in their own quest for health”.¹²

Ahora bien, cuando a mediados de los años ochenta en el momento en que Porter pronunció su famosa llamada, los historiadores estaban suficientemente preparados y sensibilizados para prestarle atención y seguir su propuesta, lo que se explica, en cierta manera, la gran repercusión que tuvo y tiene. El libro colectivo *Patients and Practitioners*, editado por Porter y que apareció el mismo año, contiene una buena muestra de ejemplos para concretar qué se entendía bajo lo proclamado: explicar cómo percibían e interpretaban los afligidos sus enfermedades, poniendo énfasis en el contexto sociocultural, particularmente en la dimensión

¹¹ Los trabajos más destacados que han continuado y desarrollado el análisis de las anotaciones de los astrólogos y médicos, son la tesis doctoral de Ronald C. SAWYER, "Patients, Healers, and Disease in the Southeast Midlands, 1597-1634" (University of Wisconsin-Madison, 1986). Y las varias contribuciones de Lauren Kassell, entre ellas cf. KASSELL, *Medicine and Magic* Así, recientemente una síntesis de las colecciones, entendiéndolas como parte de una práctica médica general de “record-keeping”, cf. Lauren KASSELL, "Casebooks in Early Modern England: Astrology, Medicine and Written Records", *Bulletin of the History of Medicine* 88 (2014): pp. 595-625. Con su labor, Michael MacDonald ha participado en preparar el camino que ha llevado al actual proyecto de la edición y digitalización de los aprox. 80.000 casos e imágenes que componen los volúmenes manuscritos de Forman y Napier. Proyecto que se está llevando a cabo en la Universidad de Cambridge bajo la dirección de Lauren Kassell, cf. <http://www.magicandmedicine.hps.cam.ac.uk/>

¹² SAWYER, "Patients, Healers, and Disease " p. iv.

religiosa, que influía en gran medida en aquellas experiencias vividas.¹³

Dar una visión general sobre la inmensa cantidad de estudios europeos que se han insertado en el ahora bien definido programa de la historia del paciente supone un reto de cierta envergadura. Procedemos más o menos cronológicamente y atendiendo a las fuentes utilizadas. Como MacDonald y Sawyer, también hubo una serie de historiadores que han vaciado las anotaciones de los profesionales para obtener un mejor conocimiento sobre las demandas por parte del enfermo y las relaciones que se establecían entre sanador y afligido.¹⁴ Más fructífera todavía ha resultado la combinación de aquellos manuscritos médicos con anotaciones personales de personas no-expertas, como diarios o “commonplace books”, ya que de esta manera se han podido superar las limitaciones que suponía utilizar unas fuentes que parten únicamente de la perspectiva de los profesionales. En esta línea se encuentran, por ejemplo, los ahora clásicos trabajos de Lucía McCray Beier para el ámbito inglés y el de Robert Jütte sobre la ciudad alemana de Colonia.¹⁵ Ambos autores han podido reconstruir no solo la oferta sanitaria y el uso de la misma por parte de la población, sino también acercarse a la conducta individual de determinadas personas y sus familias en torno a la salud y la enfermedad. En general, el uso de los llamados ego-documentos, tales como correspondencia privada, diarios, autobiografías, etc., ha generado una prolífera producción de estudios pormenorizados sobre las prácticas de mantener y recuperar la salud, las preocupaciones, percepciones e interpretaciones en torno al malestar, el conocimiento médico lego y el intercambio del

¹³ Roy PORTER, ed. *Patients and practitioners. Lay perceptions of medicine in pre-industrial society* (Cambridge: Cambridge University Press, 1985).

¹⁴ Para una historia del cuerpo, sobre todo femenino, ha sido pionero el análisis de Barbara Duden, basado en las historias clínicas anotadas por el médico alemán Johann Storch (1681-1751), centrándose en las entradas de sus pacientes femeninos, cf. Barbara DUDEN, *The Woman Beneath the Skin. A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*, trans. Thomas DUNLAP (Cambridge, Mass., London: Harvard University Press, 1991). La edición alemana *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730* se publicó en 1987.

¹⁵ Entre el variado material que McCray Beier ha utilizado destacan el diario del vicario Ralph Josselin (1617-1683.) y las anotaciones del cirujano Joseph Binns (ca. 1619-1666), cf. Lucinda MCCRAY BEIER, *Sufferers and Healers. The experience of illness in Seventeenth-Century England* (London, New York: Routledge & Kegan Paul, 1987). Robert Jütte, por su parte, ha vaciado, entre otras fuentes, el hasta entonces desconocido diario del magistrado Hermann Weinsberg, y la lista de clientela de un cirujano de la ciudad), cf. Robert JÜTTE, *Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit* (München, Zürich: Artemis & Winkler, 1991).

mismo.¹⁶ Entender estos textos no solo como expresiones directas y casuales, sino también como narraciones funcionales y construidas, ha enriquecido la investigación de cuestiones más amplias, como por ejemplo la relación entre salud/enfermedad y la construcción de identidades.¹⁷ Así en el primer estudio que ha adoptado la perspectiva del paciente en la España Moderna, Alfons Zarzoso analiza a partir de cartas particulares la “cultura médica” de los Veciana, una familia catalana del siglo XVIII.¹⁸ Uno de los ejemplos que más detalladamente esboza las percepciones interiores del mal es la monografía *La figure du patient* (2010) de Philip Rieder.¹⁹ Basándose en correspondencias privadas y diarios de personas con identidades muy diferentes, ha revelado el complejo contexto social de la experiencia de enfermar y las diversas dimensiones del significado que los enfermos estudiados atribuían a su enfermedad. En su estudio pormenorizado sobre el uso de lenguaje para describir las dolencias por parte de pacientes del siglo XVIII, Rieder ha identificado la “dynamic, fluid or evolutionary perception of dis-ease”, la noción de la singularidad y el significado de la enfermedad como elementos constitutivos para interpretarla.²⁰ Otra historiadora que ha optado por centrarse en una serie de

¹⁶ Para diversos tipos de diarios y autobiografías, véase Raymond A. ANSELMANT, “The Wantt of health”: An Early Eighteenth-Century Self-Portrait of Sickness”, *Literature and Medicine* 15 (1996): pp. 225-243. Susanne HOFFMANN, *Gesundheit und Krankheit bei Ulrich Bräker, 1735-1798* (Dietikon: Juris Druck + Verlag, 2005). Gudrun PILLER, *Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts* (Köln, Weimar: Böhlau, 2007). Piller ha realizado un minucioso análisis literario de diarios y libros de familia que le ha permitido filtrar aspectos tan íntimos como actitudes individuales acerca del ideal de la salud o la manera en la que padres e hijos se preparaban mentalmente ante una muerte cercana. Para trabajos basados en correspondencias privadas, véase Elborg FORSTER, “From the Patient's Point of View: Illness and Health in the Letters of Liselotte von der Pfalz (1652-1722)”, *Bulletin of the History of Medicine* 60 (1986): pp. 297-320. Los estudios recopilados en Dinges y Barras también se centran en parte en correspondencias privadas, además ofrecen los editores en su introducción una útil reflexión crítica sobre el uso de cartas como fuente histórica, cf. Martin DINGES y Vincent BARRAS, eds., *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17. -21. Jahrhundert* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2007).

¹⁷ Jens LACHMUND y Gunnar STOLLBERG, eds., *Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien* (Opladen: 1995). Vincent BARRAS y Martin DINGES, “Krankheit in Briefen: Einleitung”, en *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17. -21. Jahrhundert*, ed. Martin DINGES y Vincent BARRAS (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2007), pp. 7-22. Philipp OSTEN, ed. *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2010).

¹⁸ Alfons ZARZOSO, “Mediating Medicine through Private Letters. The Eighteenth-century Catalan Medical World”, en *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de BLÉCOURT y Cornelia USBORNE (Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan, 2004), pp. 108-126.

¹⁹ RIEDER, *La figure du patient*.

²⁰ Philip RIEDER, “Patients and words: a lay medical culture?”, en *Framing and imagining disease in cultural history*, ed. George Sebastian ROUSSEAU (New York: 2003), pp. 215-230.

individuos selectivos es Alisha Rankin, cuyos trabajos han puesto de relieve la actividad médica de mujeres nobles junto con la conducta de las mismas como pacientes.²¹

Las consultas epistolares son otro pilar documental que sostiene en gran medida los estudios historiográficos que tratan de acercarse al mundo del paciente. Las colecciones de cartas de pacientes dirigidas a médicos reputados han generado casi una línea propia de investigación dentro de la historia del paciente.²² Redactadas en primera persona, muchas veces por el propio enfermo, los relatos clínicos epistolares permiten un acceso específico a la percepción de la enfermedad y la experiencia vivida ante diversos tratamientos médicos y episodios asistenciales. Parte de los trabajos más destacados de esta línea es, sin duda, la obra *Homo patiens* (2003) de Michael Stolberg, en la que el autor recopila la correspondencia de varios médicos europeos (L. Thurneisser, E.-F. Geoffroy, A.-S. Tissot), complementándolo con otras fuentes archivísticas. De esta forma le ha sido posible tratar diversas dimensiones de la experiencia de enfermar, tanto terapéuticas y epistemológicas como semánticas y sociales.²³ Las aprox. 450 cartas de pacientes pertenecientes al fondo epistolar del médico suizo Samuel Auguste Tissot (1728-1797) han recibido un estudio sistemático y pormenorizado por parte del grupo de historiadores de medicina de Lausanne y Ginebra. Severine Pilloud y Micheline Louis-Courvoisier han revelado las diversas dinámicas que entraban en juego a la hora de configurarse

²¹ Alisha RANKIN, *Panacea's Daughters: Noblewomen as Healers in Early Modern Germany* (Chicago: University of Chicago Press, 2013). La perspectiva del paciente ha recibido un estudio aislado en Alisha RANKIN, "Duchess, Heal Thyself: Elisabeth of Rochlitz and the Patient's Perspective in Early Modern Germany", *Bulletin of the History of Medicine* 82 (2008): pp. 109-144.

²² Uno de los primeros en publicar sobre el corpus de cartas de pacientes ha sido Laurence BROCKLISS, "Consultation by Letter in Early Eighteenth-Century Paris: The Medical Practice of Étienne-François Geoffroy", en *French Medical Culture in the Nineteenth Century*, ed. Anne LA BERGE y Mordechai FEINGOLD (Amsterdam, Atlanta: 1994), pp. 79-117. La revista suiza *Gesnerus* ha dedicado un número monográfico a la práctica de la correspondencia médica, cf. Hubert STEINKE y Martin STUBER, "Medical Correspondence in Early Modern Europe. An Introduction", *Gesnerus* 61 (2004): pp. 139-160.

²³ Puesto que los pacientes de Tissot aluden en sus cartas no pocas veces al contenido de su famoso tratado *L'Onanisme, essai sur les maladies produites par la masturbation* (1769), Stolberg ha podido analizar la asimilación popular del texto, que se manifiesta en la iniciativa por parte de los enfermos de emplear el discurso anti onanista en sus relatos y convertirlo en objeto de consulta, cf. Michael STOLBERG, *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der frühen Neuzeit* (Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 2003). En 2011 se publicó la traducción inglesa, cf. Michael STOLBERG, *Experiencing Illness and the Sick Body in Early Modern Europe* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2011).

las relaciones médico-paciente, entre ellas las estrategias de negociación y el papel de los mediadores.²⁴ Además, han puesto énfasis en la experiencia individual y singular de la enfermedad así como en la percepción del cuerpo y del mal en términos de movimiento y porosidad, conduciendo a una constante comunicación – tanto corporal como emocional – entre el interior y el exterior.²⁵ En estas líneas es donde hay que situar también el estudio que han realizado Pardo Tomás y Martínez Vidal sobre la colección de cartas de pacientes dirigidas al médico de corte Juan Muñoz y Peralta (1665-1746).²⁶ Este trabajo, que de hecho ha incitado la presente investigación, representa uno de las pocas excepciones que se han ocupado del paciente en la España Moderna. Aunque no termina aquí la lista de publicaciones sobre relaciones epistolares de pacientes con médicos ilustres,²⁷ cabe apuntar finalmente estudios que han trabajado con fondos menos comunes, como los de Marion Ruisinger que profundiza en los itinerarios de los pacientes que recurrían a la práctica – paradójica a primera vista – de iniciar y realizar tratamientos quirúrgicos a través de la correspondencia al cirujano Lorenz Heisters (1683-1758).²⁸ Aunque ha habido bastantes contribuciones que han puesto la cuestión del género en el centro de la investigación, por parte de la historia social de la medicina en general,²⁹ para la historia del paciente, sin embargo, contamos con pocas contribuciones, entre

²⁴ Séverine PILLOUD, Stefan HÄCHLER y Vincent BARRAS, "Consulter par lettre au XVIIIe siècle", *Gesnerus* 61 (2004): pp. 232-253. Micheline LOUIS-COURVOISIER y Séverine PILLOUD, "Consulting by Letter in the Eighteenth Century. Mediating the Patient's View?", en *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de BLÉCOURT y Cornelia USBORNE (Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan, 2004), pp. 71-88.

²⁵ Séverine PILLOUD y Micheline LOUIS-COURVOISIER, "The Intimate Experience of the Body in the Eighteenth Century: Between Interiority and Exteriority", *Medical History* 47 (2003): pp. 451-472. Séverine PILLOUD, *Les mots Du Corps: Expérience de la maladie dans les lettres de patients à un médecin du 18e siècle: Samiel Auguste Tissot* (Lausanne: Éditions BHMS, 2013).

²⁶ José PARDO TOMÁS y Àlvar MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease Written by Patients and Lay Mediators in the Spanish Republic of Letters (1680-1720)", *Journal of Medieval and Early Modern Studies* 38, 3 (2008): pp. 467-491.

²⁷ Wayne WILD, *Medicine-by-Post. The Changing Voice of Illness in Eighteenth-Century British Consultation Letters and Literature* (Amsterdam/New York: Rodopi, 2006). La última monografía que ha aparecido basándose en la consulta epistolar es Robert WESTON, *Medical Consulting by Letter in France, 1665-1789* (Farnham: Ashgate, 2013).

²⁸ Marion M. RUISINGER, *Patientenwege. Die Konsiliarkorrespondenz Lorenz Heisters (1683-1758) in der Trew-Sammlung Erlangen* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2008). Su monografía y otros artículos publicados representan las pocas excepciones que se han hecho para emprender una historia de la cirugía desde la perspectiva del paciente.

²⁹ Véase por ejemplo los estudios recopilados en un número especial mujeres editado por Mary Fissell, Mary E.

las cuales cabe destacar el reciente estudio de Olivia Weisser, en el que logra fusionar las experiencias específicas vividas tanto por cuerpos femeninos como masculinos.³⁰

La mayoría de los trabajos presentados hasta ahora han abordado las experiencias de pacientes que gozaban de circunstancias vitales más o menos acomodadas. Es tiempo, pues, de dedicarse a las voces de enfermos que constituían la mayor parte de la población en la Edad Moderna, aquellos de los grupos sociales menos privilegiados, hasta los más humildes. Evidentemente, hallar rastros de los mudos del archivo, supone un desafío considerable.

Para un acercamiento a prácticas de la medicina y experiencias tal vez más representativas para la época, que las exclusivas formas de ser atendido por un médico renombrado, ha comprobado su enorme utilidad el recurso a procesos judiciales, de índole tanto civil y criminal como eclesiástico. La aproximación de Gianna Pomata utilizando procesos del Protomedicato de Bolonia para investigar la relación médico-paciente ha contribuido a una mejor comprensión de los contratos de curación que fijaban entonces la relación terapéutica.³¹ En este contexto, ha puesto de relieve el comportamiento activo del paciente en cuanto a denunciar ante un tribunal el incumplimiento del contrato por parte del médico que consistía concretamente en no haber cumplido su promesa de curarle. Con el objetivo de tratar de incluir a toda la pluralidad de prácticas médicas, David Gentilcore ha combinado para su estudio sobre el Reino de Nápoles una gran variedad de fuentes, entre ellas documentos del Protomedicato y procesos eclesiásticos de canonización y de la Inquisición. De esta manera ha reconstruido no solo la amplia oferta de diferentes sistemas médicos sino también cómo estos coexistían, dando

FISSELL, "Introduction: Women, Health, and Healing in Early Modern Europe", *Bulletin of the History of Medicine* 82 (2008): pp. 1-17.

³⁰ Olivia WEISSER, *Ill Composed. Sickness, Gender, and Belief in Early Modern England* (New Haven, London: Yale University Press, 2015). Otro trabajo inspirador, aunque posterior a la época que abarca nuestro estudio, es un estudio de Martin Dinges en el que pone de manifiesto como cartas de pacientes, en este caso a Samuel Hahnemann, fundador de la homeopatía, eran lugares propicios para expresar y construir identidades y cuerpos masculinos, cf. Martin DINGES, "Männlichkeitskonstruktion im medizinischen Diskurs um 1830: Der Körper eines Patienten von Samuel Hahnemann", en *Geschichte schreiben mit Foucault*, ed. Jürgen MARTSCHUKAT (Frankfurt/New York: Campus Verlag, 2002), pp. 99-125.

³¹ Gianna POMATA, *Contracting a Cure. Patients, Healers and the Law in Early Modern Bologna* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1998).

la opción a los enfermos de elegir entre varios modelos explicativos y terapéuticos para sus enfermedades.³² Los estudios de Ronald Sawyer (historias clínicas de un astrólogo), Guido Ruggiero (proceso inquisitorial) y Philip Rieder (procesos de justicia eclesiástica protestante) han puesto de manifiesto cómo las dimensiones de lo religioso, mágico y sobrenatural permitían a los enfermos ampliar el margen en el que podían implicarse activamente en su búsqueda tanto de significado como de remedio.³³

En cuanto a acercarse a los enfermos pobres, o, al menos aquellos ingresados en instituciones benéfico-sanitarias, el vaciado sistemático de registros de hospitales, por ejemplo, ha sacado a la luz peticiones, testamentos y otros documentos que suministran informaciones sobre preocupaciones y estrategias de enfermos hospitalarios.³⁴ Es otra vez la combinación con otras fuentes complementarias (parroquiales, notariales, etc.) la que permite una reconstrucción detallada de las muchas implicaciones que iban relacionadas con el ingreso en un hospital. Cristian Berco, por ejemplo, quien centra su estudio en la ciudad de Toledo, ha puesto de relieve la dimensión social y cultural de la enfermedad del morbo gálico concretamente para pacientes hospitalarios, relevando las tácticas que empleaban las personas afectadas para encubrir o reparar los daños físicos y sociales.³⁵

³² David GENTILCORE, *Healers and Healing in Early Modern Italy* (Manchester, New York: Manchester University Press, 1998).

³³ Ronald C. SAWYER, "'Strangely Handled in All Her Lyms': Witchcraft and Healing in Jacobean England", *Journal of Social History* 22, 3 (1989): pp. 461-485. Guido RUGGIERO, "The Strange Death of Margarita Marcellini: Male, Signs, and the Everyday World of Pre-modern Medicine", *The American Historical Review* 106, 4 (2001): pp. 1141-1158. Philip RIEDER, "Miracles and Heretics: Protestants and Catholic Healing Practices in and around Geneve, 1530-1750", *Social History of Medicine* 23, 2 (2010): pp. 227-243.

³⁴ Para trabajos ejemplares que han utilizado peticiones como vehículo para acercarse al mundo de los enfermos humildes, sin omitir la problemática retórica que acompañan, véase Christina VANJA, "Arm und krank. Patientenbiographien im Spiegel frühneuzeitlicher Bittschriften", *Bios* 19 (2006): pp. 26-35; Angela SCHATTNER, "Probleme im Umgang mit Bittschriften und Autobiographien aus dem 18. Jahrhundert am Beispiel der Epilepsie", en *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen*, ed. Philipp OSTEN (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2010), pp. 99-113; Iris RITZMANN, "Der Faktor Nachfrage bei der Ausformung des modernen Medizinalwesens - Überlegungen am Beispiel der Kinderheilkunde", en *Zwischen Aufklärung, Policey und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens, 1750-1850*, ed. Bettina WAHRIG y Werner SOHN (Wiesbaden: Harrassowitz Verlag, 2003), pp. 163-178. Entre los estudios cualitativos que tratan el paciente hospitalario no puede faltar la ya clásica referencia de Claudia STEIN, *Negotiating the French Pox in Early Modern Germany* (Farnham, Surrey: Ashgate, 2009).

³⁵ Christian BERCO, "Textiles as Social Texts: Syphilis, Material Culture and Gender in Golden Age Spain", *Journal of Social History* 44, 3 (2011): pp. 785-810. Christian BERCO, "The Great Pox, Symptoms, and Social Bodies in Early Modern Spain", *Social History of Medicine* 28, 2 (2015): pp. 225-244.

El trabajo de Berco representa junto con los ya citados artículos de Zarzoso y de Martínez Vidal/Pardo Tomás las muy pocas excepciones que en el campo de la historia del paciente se ha realizado sobre la sociedad española de la Edad Moderna. De hecho, en el congreso de la Historia de la Medicina Española, titulado: La experiencia de enfermar en la historia, que se celebró en Granada en 2008, entre las más aprox. 110 contribuciones no figura ninguna comunicación que se ocupase de los experiencias vividas por los enfermos de la península ibérica durante los siglos XVI, XVII y XVIII.³⁶ Si bien hay que afirmar que existen estudios que – sin insertarse oficialmente en la línea de la historia del paciente – han hecho algunas aportaciones a la perspectiva del enfermo en la sociedad española. En ese sentido caben señalar los novedosos acercamientos del medievalista Carmel Ferragud y de María Luz López Terrada.³⁷

El presente trabajo se nutre de las muchas aportaciones que ha recibido la historia del paciente por parte de la historiografía europea y al mismo tiempo parte de los escasos pero valiosos estudios que se han situado en el ámbito español.

I.2 Objetivos

El objetivo principal de esta tesis no es el estudio de la práctica médica, ni del pluralismo médico, ni de las ideas en torno a la salud y la enfermedad, ni de los médicos universitarios y otros prácticos de la medicina española, sino lo que se pretende examinar aquí es la figura del

³⁶ Teresa ORTIZ GÓMEZ, Guillermo OLAGÜE DE ROS y Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA, eds., *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de la Medicina. Granada, 11-14 de junio de 2008* (Granada: Universidad de Granada, 2008).

³⁷ En varios artículos, Ferragud ha incluido la perspectiva del enfermo, como en cf. Carmel FERRAGUD DOMINGO, "Organització social i atenció mèdica a la cocentaina baixmedieval: el procés a Abrahim Abengalell (1318)", *Asclepio* 57, 2 (2005): pp. 3-24. En otros, los ha puesto en el centro de su estudio, cf. Carmel FERRAGUD DOMINGO, "La atención médica doméstica practicada por mujeres en la Valencia bajomedieval", *Dynamis* 27 (2007): pp. 133-155; Carmel FERRAGUD DOMINGO, "Enfermar lejos de casa. La atención médica y veterinaria en los hostales de la Corona de Aragón durante la Baja Edad Media", *Anuario de Estudios Medievales* 43, 1 (2013): pp. 83-113. La contribución "indirecta" de López Terrada se manifiesta en un artículo publicado desde hace ya más que veinte años, pero que no por ello se disminuye su relevancia, cf. María Luz LÓPEZ TERRADA, "El pluralismo médico en la Valencia foral. Un ejemplo de curanderismo", *Estudis: Revista de historia moderna* 20 (1994): pp. 167-182.

enfermo. Poner el paciente en el centro de atención permite abordar los aspectos antes enumerados desde la perspectiva del usuario, lo que proporciona una visión diferente y complementaria a la de los acercamientos más habituales. Una perspectiva polifacética que redundará en una mejor comprensión de la cultura médica barroca.³⁸

Los objetivos concretos de este trabajo parten de responder a cuatro cuestiones generales que nos acercan a la cosmovisión del enfermo. En primer lugar, cómo entendía e interpretaba el enfermo el mal que padecía; en segundo, a qué formas de práctica médica recurría; en tercero, las estrategias que empleaba para conseguir recuperar la salud; y, por último, cuál era su actitud frente a los diversos tipos de tratamiento médico.

Para ilustrar las líneas generales que guiarán este estudio, nos sirve de ejemplo un ilustrativo episodio de enfermedad relatado por el botánico Bernardo de Cienfuegos (1580-1640). En su manuscrito *Historia de las plantas*, un compendio inmenso de siete tomos que nunca fue publicado, introduce un relato de la propia experiencia de enfermar y de su mejoría gracias a las virtudes medicinales de una planta, concretamente, la romaza.³⁹ En torno a los años 1627-1631, momento en que fue compuesta la obra y en el que vivía en Madrid, Cienfuegos narra:

“Bien podré yo de experiencia para comprobación de la verdad y efectos desta planta dezir lo que en mí mesmo é experimentado della.

Aviendome salido en las piernas debajo las corbas unas como habas de sangre, encendimiento de higado y furioso dolor de riñones que avia procedido con alguna calentura, se mudaron en empeines, de empeines passaron a herpes miliars o mal de formica que dize in Italiano. Y cundiendo y dilatándose más cada día con los unguentos y medicamentos que me ponían los cirujanos, después de evacuación universales / con consultar de los mejores médicos de la Corte y de los cirujanos se resolvieron en que la enfermedad era gálica y que convenia tomar la zarza, sudar y tomar unciones. Hizose todo así y en lugar de corregirse las llagas se dilataron y hizieron ambulativas y corroiendo y paciendo la carne llegó a tanto que comida una pantorrilla y

³⁸ De hecho, los objetivos de este trabajo se sitúan en las mismas líneas planteadas en el siguiente volumen, aunque en el mismo no se trate explícitamente la historia del paciente, cf. John SLATER, María Luz LÓPEZ TERRADA y José PARDO TOMÁS, eds., *Medical Cultures of the Early Modern Spanish Empire* (Farnham: Ashgate, 2014).

³⁹ Bernardo de CIENFUEGOS, "Historia de las Plantas", (Biblioteca Nacional Española, 1627-1631). MSS/3357-3363. El manuscrito se conserva en la Biblioteca Nacional de España, y recientemente ha sido digitalizado y está disponible en la Biblioteca Digital Hispánica (<http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000140162&page=1>). Agradezco enormemente al profesor John Slater el haberme facilitado – en formato transcrito – esa relación tan difícil de localizar entre las casi 4000 páginas que componen la obra completa.

subiéndolo acia arriba cundiendo, se comió la carne de la mitad del muslo, quedando descubierto hasta el hueso con unas llagas sordidas y negras que cada día los Cirujanos me cortaban sin piedad grandes pedazos de carnes, martyrizándome con cauterios que aprovechan poco.

Entre los cirujanos insignes que acudían a curarme [...] se resolvió a que se me cortase la pierna por medio el muslo, a que no consentí. Y después de haverme gastado por espacio de cinco años la hacienda, me dejaron en la cama sin remedio y desesperado.

Acudí a los echacuerbos, montañebanchi, o curanderos que andan en Madrid y aunque muchos usaron de diversos medicamentos, ninguno pudo curar la malignidad de aquellas úlceras que siempre iban cundiendo.

Consulté un amigo cirujano y médico que estaba aquí de Alemania y él escribió a otro a / Alemania, dándole cuenta de mi enfermedad y como en aquellas partes usan con más libertad de las ciencias. No sé por qué camino respondió la causa de qué procedía mi enfermedad y con las sospechas que yo tenía le di algún crédito y usé del medicamento que me imbió cuyo fundamento es la Romaza. Adviertome que curaría las llagas, pero que la raíz y fomes del mal se quedaba en el cuerpo que avía de parar en otros accidentes. Y sucedió así que las úlceras se curaron pero el mal no, antes tubo nuevos accidentes que oy duran, sirvase Dios de todo.⁴⁰

En este relato minucioso de la enfermedad que padecía Cienfuegos, un hombre letrado y de ciencias, el mismo paciente reconstruye todos los pasos que emprendió para recuperar la salud. Empezando por ser atendido por cirujanos y médicos de la corte, utilizó los servicios que ofrecían los montambancos en las plazas de Madrid, para terminar finalmente con una consulta a distancia con un médico de Alemania.

Se ha recurrido a esta narración redactada en el periodo que se estudia para aclarar los objetivos específicos de esta tesis, ya que en ella están integrados algunos de los elementos centrales que se tratarán a lo largo de la misma. En primer lugar, una parte esencial de lo relatado es la descripción de cómo el enfermo percibía el mal – en su caso, como en el de otros muchos, en términos de evolución y movimiento por el cuerpo – y el sufrimiento que le ocasionaba. También aparece claramente otro objetivo a tratar, la autonomía del paciente, que se manifiesta en este caso cuando se niega, contra el parecer de los cirujanos, a que le amputen una pierna. Junto a esto, se relata claramente la utilización por propia voluntad del paciente (o su familia) de una amplia oferta sanitaria, incluyendo los charlatanes y otros sanadores, por personas con y sin formación académica, y procedentes de diferentes grupos sociales. Otra de las cuestiones

⁴⁰ Ibid., Vol. III, pp. 45v-46v.

que se plantean en este trabajo, como es la importancia de las redes sociales (familiares, amigos y vecinos) para la elección de un tipo u otro de tratamiento, Cienfuegos lo aclara relatando la mediación de un amigo cirujano para acceder a un afamado médico alemán. Por último, en el fragmento arriba reproducido aparece con toda su lógica, la propia estructura de la tesis y uno de sus objetivos fundamentales, al narrar desde la perspectiva del enfermo el uso de distintos espacios en los que se desarrolla la práctica médica: la casa, la ciudad y la correspondencia.

Sin embargo, además de estos elementos, hay otros temas centrales de la tesis que se escapan de un texto redactado por un hombre letrado que viene de un contexto decididamente urbano. En ese sentido, uno de los objetivos principales del presente trabajo es la aproximación a las difícilmente accesibles prácticas y actitudes en torno a la salud y enfermedad de personas que vivían en comunidades rurales. Acercarse a una forma de vida que era compartida por una gran parte de la población de la España Moderna cobra especial importancia cuando se trata de averiguar las distintas concepciones de la enfermedad que estaban ampliamente difundidas en la sociedad barroca. Con ello se alude, por un lado, a los diferentes modelos explicativos empleados para determinar la causa de la enfermedad (natural o sobrenatural) y, por otro lado íntimamente relacionado, a las formas que se consideraban adecuadas para curarse de un mal con una determinada etiología. En este mismo contexto surge otro objetivo a tratar: las actitudes frente a los diversos tipos de curación junto con los conflictos (familiares o vecinales) que fueron ocasionados cuando éstas discrepaban. Además, entre las cuestiones centrales que se pretenden abordar en este trabajo figuran las estrategias que empleaban los pacientes y/o sus allegados para conseguir la atención sanitaria que, desde su punto de vista, era la más pertinente para remediar sus dolencias. Esas estrategias implicaban a menudo consecuencias que influían y determinaban la relación sanador-paciente. El análisis de cómo se configuraba esa relación en diferentes situaciones constituye el último, pero no por ello menos importante, objetivo de esta tesis.

I.3 Descripción de las fuentes

El punto de partido para el presente trabajo fue la “herencia” de una colección de cartas de pacientes dirigidas al médico real Juan Muñoz y Peralta (1665-1746). Esta herencia me fue dada generosamente por los profesores Àlvar Martínez Vidal y José Pardo Tomás, la cual consistió en haber localizado y transcrito las cartas, así como realizado un estudio pionero sobre las mismas.⁴¹ Se trata de una colección de 67 consultas a distancia que hombres y mujeres mantenían con un médico destacado del movimiento novator a principios del siglo XVIII. Como tales ofrecen la singular oportunidad de poder reconstruir desde la perspectiva y narrativa del propio enfermo la experiencia de enfermar, sus actitudes frente a diferentes propuestas terapéuticas que oscilaban entre lo tradicional y lo moderno y la relación médico-paciente que se desarrollaba en ese contexto. Este fondo documental, cuya composición detallada se tratará en el siguiente apartado, ha representado desde el inicio del proyecto de investigación uno de sus pilares fundamentales. Sin embargo, el alcance de esta correspondencia tiene una cierta limitación. Por un lado, los enfermos o los mediadores que escribían las cartas procedían de un grupo social privilegiado y por lo tanto no representaban a la mayoría de la sociedad española del barroco. Por otro lado, las formas asistenciales plasmadas en el contenido de las cartas eran las propias de la medicina académica concentrada en las atenciones prestadas por los médicos. Las prácticas de otros profesionales de la medicina, como cirujanos, barberos, o flebotomistas, en cambio, apenas aparecen en los relatos clínicos, y todavía menos las variadas opciones que ofrecía la medicina no-reglada. Para obtener documentación que informase sobre la conducta de enfermos de otros grupos sociales y en otros contextos médico-culturales se ha emprendido un largo y, en ocasiones, tortuoso recorrido archivístico para localizar las fuentes apropiadas. La consulta de varios archivos valencianos, como el Archivo de la Diputación de Valencia (fondo del Hospital General), el Archivo del Reino de Valencia (fondo de la Real Audiencia:

⁴¹ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease".

pleitos civiles entre profesionales médicos), el Archivo del Patriarca (correspondencia privada de Mayans), el Archivo de la Catedral y el Archivo de los Predicadores (ambos para procesos de canonización), pero también otros como la Sección Nobleza del Archivo Histórico Nacional (correspondencia privada) no ha dado resultados satisfactorios, sea por la mala catalogación de los fondos archivísticos o por la poca información que proporcionaban los documentos revisados para el tema en cuestión. Inspirado por el provecho que otros estudios han sacado de procesos inquisitoriales⁴² y de causas criminales⁴³ para una historia cultural y social de la medicina, se ha optado por continuar la búsqueda por esa línea y concretar su objetivo: localizar pleitos judiciales contra prácticos de la medicina, tanto reglados como no-reglados, que contuvieran testificales de los propios enfermos. Es justamente en las testificales donde se encuentran los motivos que los enfermos o sus familiares tenían para consultar una u otra forma asistencial y los relatos de sus experiencias con las mismas.

Para el caso de la documentación inquisitorial resultó de enorme utilidad el catálogo que Dimas Pérez Ramírez elaboró para el Archivo de la Inquisición de Cuenca.⁴⁴ Aparte de la rigurosa catalogación de sus fondos, había otro motivo de capital importancia que justificaba la revisión sistemática en este archivo custodiado en el Archivo Diocesano de Cuenca, es uno de los escasos archivos provinciales cuyo fondo original se ha conservado casi por completo.⁴⁵ Su riqueza yace principalmente por contener los procesos originales, mucho más extensos y detallados que los resúmenes, las llamadas *relaciones de causa*, que se solían enviar al Consejo de la Inquisición a Madrid y que hoy en día constituyen una gran parte de los procesos inquisitoriales archivados en el Archivo Histórico Nacional. A base del catálogo, se ha hecho

⁴² GENTILCORE, *Healers and Healing*. RUGGIERO, "The Strange Death".

⁴³ FERRAGUD DOMINGO, "Atención médica doméstica". Silvia DE RENZI, "The Risks of Childbirth: Physicians, Finance, and Women's Deaths in the Law Courts of Seventeenth-Century Rome", *Bulletin of the History of Medicine* 84, 4 (2010): pp. 549-577. POMATA, *Contracting a Cure*.

⁴⁴ Dimas PÉREZ RAMÍREZ, *Catálogo del Archivo de la Inquisición de Cuenca* (Madrid: Fundación Universitaria Española, 1982).

⁴⁵ Joaquín PÉREZ VILLANUEVA y Bartolomé ESCANDELL BONET, *Historia de la Inquisición en España y América*, vol. I: El conocimiento científico y el proceso histórico de la Institución (1478-1834) (Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1984).

una preselección de unos 97 procesos a diversas personas, acusadas de curaciones supersticiosas u otras prácticas ilícitas relacionadas con la recuperación de la salud. Aquella lista se aumentó considerablemente gracias a un “intercambio de cromos” con el doctorando estadounidense Brad Mollman (Tulane University, New Orleans). Sus anotaciones de numerosos procesos relacionados con curaciones supersticiosas de otros tribunales, particularmente del Tribunal de Toledo, han facilitado la subsiguiente consulta de la Sección de la Inquisición del Archivo Histórico Nacional.

En lo relativo a los pleitos de causas criminales, ha resultado ser de gran provecho la consulta del fondo judicial del Archivo Municipal de Toledo. Gracias a la labor del personal archivístico de catalogar en los últimos años la documentación procesal según asuntos y, más importante todavía, según las profesiones que tenían las personas implicadas, ha sido posible detectar una serie de 65 pleitos contra profesionales de la medicina, acusados de mala práctica, intrusismo o peleas. Tanto de los procesos inquisitoriales como de los de la justicia criminal, se han seleccionado aquellos en los cuales entraban en acción los enfermos y sus parientes como testigos para aclarar el asunto.

Además de las cartas de pacientes y las testificales contenidas en los procesos, se ha considerado oportuno incluir otra perspectiva que reflejase la imagen del enfermo en la sociedad barroca. Por ello, se ha tenido también en cuenta la literatura de creación, en particular la novela picaresca. Es una valiosa fuente que nos ofrece una representación de las ideas sobre la medicina y la enfermedad difundidas entre la población y difícilmente accesibles desde otras fuentes. Tras la revisión de varias obras pertenecientes al género de la novela picaresca (Mateo Alemán: *Guzmán de Alfarache*; Jerónimo de Alcalá Yáñez y Ribera: *El dondado hablador Alonso, mozo de muchos amos*; Alonso Jerónimo Salas Barbadillo: *La hija de Celestina, El necio bien afortunado*; Francisco López de Úbeda: *La pícaro Justina* (1605); Alonso de Castillo Solorzano: *La Niña de los Embustes* (1632); Diego Villarroel: *La Vida de Diego Villarroel*), se ha seleccionado por su mayor concentración en alusiones a la medicina, salud y enfermedad a

una de las últimas de su género, *La vida y hechos de Estebanillo González* (1646).

Además de la literatura de creación, se ha recurrido para la redacción de esta tesis a una serie de textos médicos académicos, y publicados entre los siglos XVI y XVIII. El recurso a estos escritos se hizo con el objetivo de aclarar y completar aspectos concretos de la medicina de la época. Aunque la lista de todos los utilizados se encuentra en el apéndice bibliográfico, cabe destacar entre ellos por el uso que se les ha dado, la obra *Hippocrates Defendido* (1711) de M. M. Boix y Moliner y el *Espejo cristalino de las aguas de España* (1697) de A. Limón Montero.

A continuación, se especificará el material principal elegido para el presente trabajo y se discutirá su utilidad como fuentes históricas para el objetivo planteado. El orden en el que se presentan los tipos de fuente reflejan la intensidad de su aprovechamiento, es decir, desde lo más usado a menos usado.

I.3.1 Procesos inquisitoriales

Después de un vaciado sistemático de procesos inquisitoriales que tenían relación con el tema de la salud y la enfermedad en el período entre 1600 y 1750, se han escogido únicamente los que incluían testimonios de enfermos o de sus próximos. Esa selección ha permitido la obtención de 47 procesos procedentes del Tribunal de Cuenca (ADC) y 18 procesos del Tribunal de Toledo (AHN), sumando un total 65 procesos. Los tipos de acusaciones que se les imputaba a las reas y reos eran en su mayoría asuntos de hechicería y curaciones supersticiosas (f: 39 / m: 21) y, en algunos pocos casos, de judaísmo (f: 0 / m: 3) y proposiciones heréticas (f: 0 / m: 2). Puesto que las causas de estas denuncias pertenecían a la jurisdicción eclesiástica, las prácticas médicas que se perseguían con ellas procedían en su mayoría de un ámbito específico del pluralismo médico: el de las curaciones supersticiosas y mágico-creenciales. Por lo que los recursos sanitarios que podemos filtrar de las testificales estaban relacionados principalmente con la medicina extra-académica, aunque en varias ocasiones aludían los testigos también a

otros intentos propios de la medicina reglada, que se han emprendido o anterior o posteriormente a las curaciones “alternativas”. Los testigos que comparecían ante el tribunal eran hombres y mujeres, muchachas y muchachos, maridos y esposas, hijos y padres, hermanos y tíos, abuelos y suegros, vecinos, labradores, religiosos, pastores, regidores, médicos, cirujanos, boticarios, mesoneros, alcaldes, etc. Es decir, todo un conjunto de vecinos de una o varias comunidades, que tenían noticia de prácticas médicas no-regladas, tanto por haber participado en las mismas o por haber oído acerca de ellas gracias a la comunicación vecinal. Esas comunidades, distribuidas en las provincias de Cuenca, Guadalajara y Toledo, diferían en sus tamaños y por lo tanto, en su importancia como núcleo administrativo y económico para la zona en la que estaban insertas. Esta variedad es la que vuelve a la región de Castilla la Nueva sumamente interesante para un estudio sobre prácticas curativas, ya que incluía por un lado las urbes de Madrid, Toledo y Cuenca, pero por otro lado estaba marcada por extensas zonas rurales con algunas villas y muchos lugares pequeños. Para obtener una idea más concreta de la división demográfica, las localidades en las que se desarrollaban las prácticas sanitarias tratadas en los procesos se repartían en la forma siguiente: a) < 100 vecinos: 22; b) 100-500 vecinos: 28; c) 500-1000 vecinos: 4; d) > 1000 vecinos (ciudades como Madrid, Toledo, Cuenca, Requena, San Clemente, Huete y Talavera): 11.⁴⁶ Estos datos ofrecidos son meramente orientativos, sin pretender realizar con ellos un estudio comparativo entre la urbanidad y la ruralidad en lo relativo a la búsqueda de salud de sus poblaciones respectivas, ya que los datos recopilados hasta ahora todavía no permiten un acercamiento cuantitativo estadísticamente significativo. Sin embargo, la variedad que queda reflejada en el reparto demográfico nos sirve para indicar la existencia de una cultura médica que, reconociendo sus muchos matices, era más o menos

⁴⁶ Las publicaciones de censos de población utilizadas para este trabajo han sido: Alfredo ALVAR EZQUERRA, ed. *Relaciones Topográficas de Felipe II. Madrid*, vol. I-II: Transcripción de los Manuscritos (Madrid: Comunidad de Madrid - CSIC, 1993). El Censo de Castilla de 1591 y el Censo de los Obispos de 1587 están publicados en Tomás GONZÁLEZ, *Censo de Población de las provincias y partidos de la Corona de Castilla en el siglo XVI* (Madrid: Imprenta Real, 1829). Las relaciones topográficas de Felipe II, El Censo de la Sal de 1631, editado recientemente por el INE, cf. INE, ed. *Censo de la Sal 1631*, vol. I-II (Madrid: INE, 2015). Por último se ha usado el Censo de Campoflorido de 1712, cf. INE, ed. *Censo de Campoflorido: Vecindario General de España*, vol. I-II (Madrid: INE, 1996).

compartida en sus líneas generales (el pluralismo médico, el uso eclectico del mismo y la omnipresencia de lo preter y sobrenatural) entre los distintos grupos sociales que componían la sociedad española de la época, al menos en la Corona de Castilla.

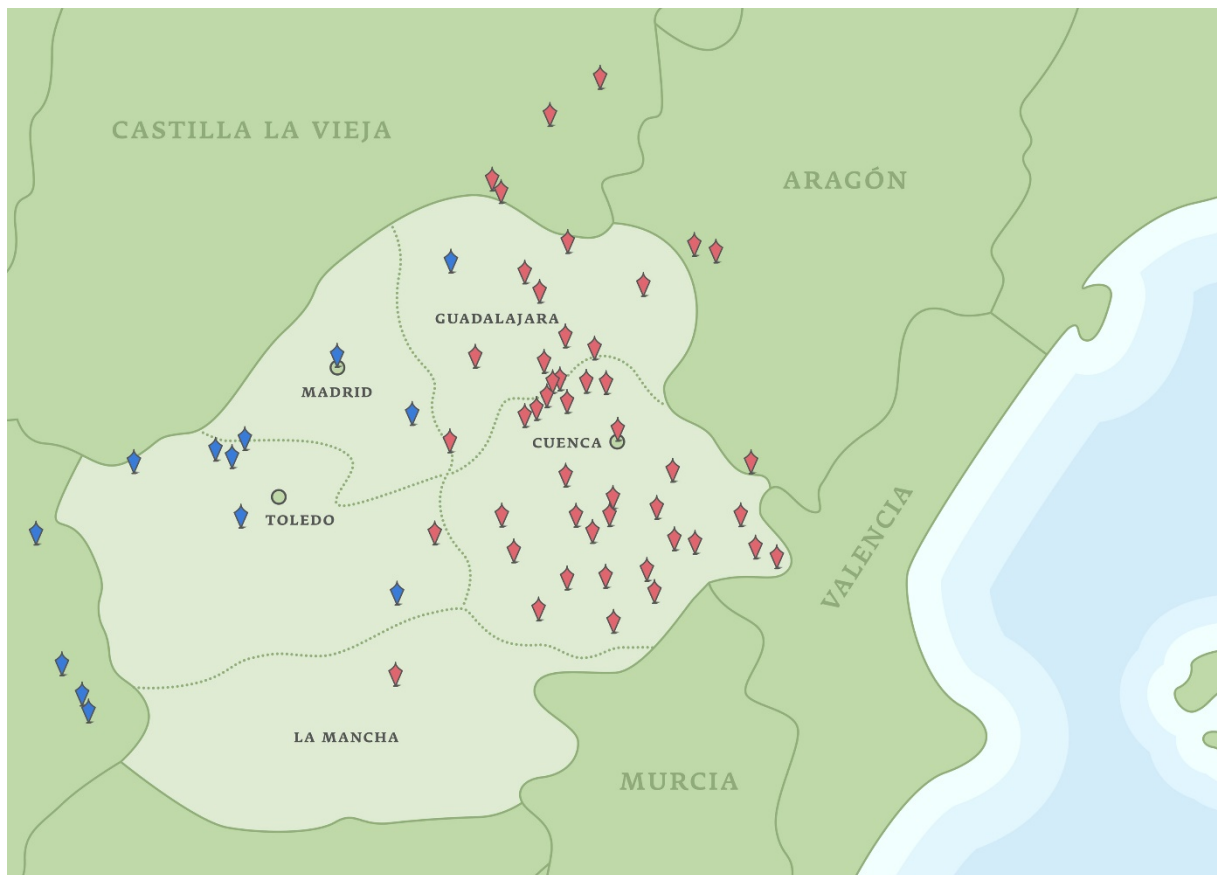


Fig. 1.1 Distribución geográfica de los procesos inquisitoriales del Tribunal de Cuenca (rojo) y de Toledo (azul), seleccionados para este estudio.

Ahora bien, para un estudio cuyos protagonistas son los usuarios de una práctica sanitaria en concreto, se ha puesto el foco de atención en los testimonios de aquellos que consultaban los curanderos acusados. Mientras que en la mayoría de los estudios realizados sobre temas relacionados con la Inquisición las testificales han sido utilizadas meramente como datos complementarios. Aquí, en cambio, constituyen la base documentaria principal. Por lo tanto, los demás documentos procesales que concernían de forma directa al reo (el

interrogatorio, la acusación del fiscal, las cualificaciones y la sentencia) se han tenido en cuenta solamente cuando ayudaban a aclarar y completar las informaciones sobre el recurso de los enfermos a un sanador determinado.

Las testificales formaban parte de los primeros trámites de un proceso inquisitorial. Tras la denuncia o acusación, los inquisidores se dedicaban a compilar testimonios que informasen detalladamente sobre los diversos elementos de la denuncia. Los testigos comparecieron ante el tribunal al haber sido llamados, o se presentaron por iniciativa propia “por descargo de su conciencia”. Tanto la denuncia como la comparecencia voluntaria de testigos, fueron promovidas en no pocas ocasiones por la publicación de los edictos de fé, que anualmente recordaban – bajo la pena de excomuni3n – a los habitantes de los actos que eran considerados heréticos o generalmente ilícitos por parte de la Iglesia.⁴⁷ Es importante señalar que aquellas testificales que un notario transcribía conforme los testigos las iban declarando oralmente, sólo se hallan presentes en los procesos originales. Para todos los trámites a continuaci3n bastaba la acusaci3n del fiscal, en la que se resumía la informaci3n sacada de las testificales, y “donde, capítulo a capítulo, va enumerando los cargos contra el acusado” – sin identificar a los testigos”.⁴⁸ En cambio, en las testificales originales los testigos se presentaban con su nombre, la edad, lugar de origen y de residencia, y a veces indicaban la profesi3n que ejercían. A las preguntas abiertas de los inquisidores contestaban de manera individual, con el resultado que algunas testificales eran extensas y detalladas, otras más cortas y escasas. Los testimonios transcritos pertenecían todavía a una fase inicial del proceso en la que la presi3n generada por los inquisidores no había alcanzado el nivel que iba a obtener por ejemplo en el interrogatorio del reo. Junto con un margen relativo de maniobra en cuanto a la extensi3n de su declaraci3n, las testificales originales proporcionan para nuestro estudio una gran cantidad de informaci3n

⁴⁷ María Luz DE LAS CUEVAS TORRESANO, "Inquisici3n y Hechicería. Los procesos inquisitoriales de hechicería en el Tribunal de Toledo durante la primera mitad del siglo XVII", *Anales toledanos* 13 (1980): pp. 25-92.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 26.

acerca de los usuarios de prácticas médicas no-regladas, la que en los resúmenes posteriores ya no figurará. Con ello se explica también la importancia atribuida a los numerosos procesos originales conservados del Tribunal de Cuenca (ADC) y del Tribunal de Toledo (AHN).

A pesar de las enormes posibilidades que ofrece la documentación del Santo Oficio para reconstruir prácticas y actitudes relacionadas con la salud y la enfermedad de una población mayoritariamente no-letrada que además procede de un entorno rural, es importante advertir a las limitaciones y dificultades que surgen con el manejo de estas fuentes tan particulares.

Los procesos inquisitoriales *per se* no son fuentes “fáciles”, ya que son fruto de la institución más represiva de la época. Las imputaciones de los acusadores y las declaraciones de los testigos, dependiendo de los intereses que persiguen, no se caracterizan precisamente por la imparcialidad.

Desde hace varias décadas, entre los historiadores se ha abierto el debate sobre la credibilidad de esas fuentes y por consecuencia sobre la validez histórica de las mismas. En el contexto de diversos estudios históricos, sea sobre prácticas y creencias de la cultura popular o sobre la identidad religiosa de los judeoconversos, moriscos o protestantes, el empleo de la documentación procesal de la Inquisición ha sido sometida a una revisión crítica. Para contrarrestar la negación radical de su fiabilidad,⁴⁹ Carlo Ginzburg argumentó en varios de sus trabajos a favor de su uso, afirmando que una vez decodificadas las declaraciones, los procesos inquisitoriales ofrecen una enorme utilidad para acercarse a la cultura popular y a las creencias que la sostenían.⁵⁰ La propuesta de Ginzburg ha tenido un eco considerable en el debate historiográfico, provocando por un lado réplicas críticas⁵¹ y, por otro lado, sigue siendo una de

⁴⁹ Para las posiciones escépticas sobre la validez histórica de fuentes inquisitoriales para una historia de creencias y prácticas culturales, véase por ejemplo Richard KIECKHEFER, *European Witch Trials: Their Foundations in Popular and Learned Culture* (Berkeley: University of California Press, 1976).

⁵⁰ Carlo GINZBURG, *El queso y los gusanos: el cosmos, según un molinero del siglo XVI* (Barcelona: Muchnik, 1981). El original en italiano se publicó en 1976.

⁵¹ Mary O'NEIL, "Magical Healing: Love Magic and the Inquisition in Late Sixteenth-Century Modena", en *Inquisition and Society in Early Modern Europe*, ed. Stephen HALICZER (Totowa: Barnes and Noble, 1987), pp. 88-114.

las referencias habituales para “romper una lanza a favor de la validez histórica de las causas de fe”.⁵² Estos debates han sido cruciales para promover y fomentar la aplicación de métodos cautelosos con cuya ayuda es posible equilibrar los dos extremos: “tanto la negativa hipercrítica de algunos, como la ingenua lectura que otros hacen de los documentos”.⁵³ Una de las cautelosas directrices consiste en ser consciente de los múltiples elementos que podían influenciar y determinar el discurso expuesto ante el tribunal, tales como la situación intimidatoria y coercitiva del interrogatorio, los diferentes intereses detrás de una denuncia o una testificación así como la existencia de varias voces en los testimonios transcritos – el testigo mismo, las directrices del inquisidor, y el filtro aplicado por el notario que podía dar forma (lingüística) y coherencia al discurso.⁵⁴ Aunque el debate todavía no se haya cerrado por completo, en la historiografía de los últimos años parece haberse establecido al menos la consciencia para un manejo crítico de fuentes inquisitoriales, ya que resulta hasta difícil encontrar un trabajo que no advierta a las limitaciones del material en que se basa.⁵⁵

Ahora bien, para nuestro trabajo, que se centra principalmente en las testificales, han sido particularmente problemáticas las contradicciones que a veces surgían entre los diferentes testimonios. Puesto que es difícil o incluso imposible resolver las afirmaciones contradictorias, nuestro procedimiento no ha sido tratar de averiguar el grado de “veracidad” que contienen. En lugar de ello, hemos optado por filtrar los elementos comunes y los datos plausibles que permitan desarrollar una reconstrucción coherente de lo ocurrido. Es decir, no es la “realidad”

⁵² María del Pilar RÁBADE OBRADÓ, "Límites y posibilidades de investigación sobre los procesos en los orígenes de la inquisición española", en *En el primer siglo de la Inquisición española. Fuentes documentales, procedimientos de análisis, experiencias de investigación*, ed. José María CRUSELLES GÓMEZ (Valencia: Universitat de València, 2013). La reflexión crítica de Ricardo García Cárcel también se nutre de las aportaciones de Ginzburg, cf. Ricardo GARCÍA CÁRCCEL, "¿Son creíbles las fuentes inquisitoriales?", en *Grafiás del imaginario. Representaciones culturales en España y América (siglos XVI-XVIII)*, ed. Carlos Alberto GONZÁLEZ SÁNCHEZ y Enriqueta VILA VILAR (México, D. F.: Fondo de cultura económica, 2003), pp. 96-110.

⁵³ Rafael BENÍTEZ SÁNCHEZ BLANCO, "El rey y los inquisidores: un juego de estrategias", en *En el primer siglo de la Inquisición española. Fuentes documentales, procedimientos de análisis, experiencias de investigación*, ed. José María CRUSELLES GÓMEZ (Valencia: Universitat de València, 2013), pp. 387-407., aquí p. 388.

⁵⁴ Sobre las voces múltiples, cf. John ARNOLD, "The Historian as Inquisitor. The ethnics of interrogating subaltern voices", *Rethinking History* 2 (1998): pp. 379-386.

⁵⁵ Entre otros véase Louise Nyholm KALLESTRUP, *Agents of Witchcraft in Early Modern Italy and Denmark* (Basingstoke: Palgrave, 2015). François SOYER, *Ambiguous Gender in Early Modern Spain and Portugal. Inquisitors, Doctors and the Transgression of Gender Norms* (Leiden: Brill, 2012).

a la que pretendemos acercarnos, sino a la probabilidad de haberse llevado a cabo una práctica sanitaria determinada en un lugar y momento histórico dado. Esa probabilidad se aumenta progresivamente con la repetición de casos parecidos. Más que la verdad jurídica entorno a un asunto en particular, lo que nos interesa es la “verdad cultural”, desarrollando en ello la idea expuesta por Louise Nyholm Kallestrup: “The construction of the accused and the accusation were closely linked to ideas of how certain individuals or groups behaved. When denouncing a person, an accuser may have made up stories about the suspect, but these stories were necessarily full of cultural truths; they needed to be plausible in order to convince the judge”.⁵⁶

Antes de cerrar este apartado cabe apuntar otro aspecto relacionado con el uso de fuentes inquisitoriales. Por tratarse de un asunto delicado, cambio por un momento a la primera persona singular. Como ya lo he anunciado más arriba, a lo largo de este trabajo no profundizaré en la figura del sanador acusado y con ello omito en gran medida lo que significaba para las reas y los reos estar acusado y sentenciado por la Inquisición – el terror, la pérdida de bienes y de libertad, la estigmatización e infamación social, los daños físicos y mentales de las torturas, etc. Utilizaré los documentos generados contra su causa únicamente para obtener y filtrar información que me haga adquirir conocimiento sobre las formas de pensar y actuar en relación con la salud y la enfermedad.

Pero lo que hay que tener muy presente es que se trata de informaciones que ni los testigos – y mucho menos los acusados – compartían de forma voluntaria. Sus declaraciones son el resultado de un aparato de represión y persecución bajo el cual sufrían en diferente grado una gran parte de la sociedad española. Cuando utilizo el conocimiento obtenido a través de sus declaraciones, lo hago sin olvidarme de su naturaleza represiva. Aunque los más afectados por ella, los reos, no sean aquí los protagonistas, quiero encomendar a la memoria lo importante que es mostrar una alta sensibilidad ante la realidad que englobaba a los individuos implicados

⁵⁶ KALLESTRUP, *Agents of Witchcraft*, p. 8.

en esos procesos – sobre todo a la hora de aprovecharse [cuando uno se aprovecha] de sus voces expuestas.

I.3.2 Cartas de paciente

La correspondencia conservada del médico Juan Muñoz y Peralta con sus pacientes es el segundo fondo documental en el que se basa esta tesis. Muñoz y Peralta, figura destacada del movimiento novator de la medicina española, era médico real y fue el primer presidente de la Regia Sociedad de Medicina y otras Ciencias de Sevilla, la primera academia científica española. Pero también fue preso durante cuatro años en las cárceles secretas de la Inquisición. Puesto que de momento no se ocupará de la vida de este médico, sino que se tratarán las características específicas de la colección de cartas, se remite al último capítulo de este trabajo para más información biográfica.

Para nuestro trabajo así como para los estudios que se han hecho y que se van a hacer sobre este médico resulta de primordial importancia una irregularidad burocrática que ocurrió en relación con el proceso inquisitorial. Como parte del procedimiento habitual, los señores inquisidores confiscaron en el momento de la detención todos sus documentos personales, entre ellos su biblioteca y su correspondencia. Cuando salió después de tres años de la cárcel, no le devolvieron – por causas desconocidas – sus documentos confiscados, algo que habitualmente sí que se hacía. Se debe a esa circunstancia inusual que hoy en día siga existiendo “la papelera” de Peralta, conservada en la sección de la Inquisición del Archivo Histórico Nacional en Madrid.⁵⁷

Dentro de la sección de la Inquisición del Archivo Histórico Nacional, bajo las signaturas Leg. 4208, exp. 1, Leg. 3946, exp. 4 y Leg. 4267, exp. 8, se hallan aproximadamente 300 cartas dirigidas a Juan Muñoz y Peralta que fueron redactadas entre los años 1709 y 1721.

⁵⁷ José PARDO TOMÁS y Àlvar MARTÍNEZ VIDAL, "Las consultas y juntas de médicos como escenarios de controversia científica y práctica médica en la época de los novatores (1687-1725)", *Dynamis* 22 (2002): pp. 303-325.

La mayor parte de este fondo epistolar está compuesta por cartas de otros médicos, que bajo la forma de una consulta querían saber la opinión de Peralta en cuestiones médicas concretas o que pretendían intercambiar información acerca de sus pacientes. Solo una pequeña parte procede de los pacientes de Peralta, los cuales se dirigían al médico real bien directamente o bien mediante un mediador. Las 67 cartas que componen en total aquellas consultas a distancia (conservadas principalmente en el Leg. 4208, exp. 1 y algunas pocas en Leg. 3946, exp. 4) es una cantidad relativamente pequeña en comparación con los varios centenares de cartas que forman las colecciones de los famosos médicos europeos como el suizo Auguste Samuel Tissot (aprox. 1000, de las cuales 450 están escritas directamente por el paciente) o el francés Étienne-François Geoffroy (400), etc.⁵⁸ No obstante, su valor es inestimable, no solo para la historia del paciente, sino también para la historia de la medicina en general, ya que informan sobre varios aspectos de la práctica médica de uno de los médicos más destacados del movimiento novator español. Se trata, además, de una época anterior a la Ilustración, que algunos llaman “primer siglo XVIII”, un momento histórico pocas veces considerado en los estudios que se basan en consultas médicas epistolares.⁵⁹

El fondo para nuestro estudio está constituido, pues, por 67 cartas de consulta que fueron redactadas por pacientes o en nombre de ellos entre los años 1709 y 1721.⁶⁰ Estos doce años se enmarcan justo en el espacio de tiempo en el que Peralta desempeñaba la función de médico de corte, es decir desde su llegada a Madrid, inclusive su estancia en París, hasta la encarcelación por la Inquisición. La mayoría de las cartas, sin embargo, están datadas a partir de 1716, es decir después de su vuelta de París. Este hecho puede estar relacionado con la pérdida de su

⁵⁸ PILLOUD y LOUIS-COURVOISIER, "The Intimate Experience of the Body". BROCKLISS, "Consultation by Letter in Early Eighteenth-Century Paris: The Medical Practice of Étienne-François Geoffroy".

⁵⁹ La mayoría de los trabajos que se han realizado basándose en cartas de pacientes están cronológicamente situados en la segunda mitad del siglo XVIII, cf. PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease", p. 469.

⁶⁰ De las 66 cartas, 40 están provistas con indicaciones de fecha. Se supone que las restantes 26 cartas sin fecha fueron escritas en el marco señalado de 1709-1721. En numerosos casos es el contenido mismo que sitúa la fecha de redacción para dentro de ese marco.

patrón y su paciente principal, el duque de Osuna, ya que a partir de su muerte Peralta disponía de más tiempo y de mayor libertad para atender a su variada clientela.⁶¹

Ese conjunto de cartas documenta los casos de un total de 54 pacientes, 34 de los cuales eran hombres y de 18 mujeres. Dos casos no han podido ser identificados. Sin embargo, para clasificar las cartas, la pregunta clave ha sido: si las cartas venían directamente de los pacientes o si estaban mediadas por otra persona no-experta o por un médico. Siguiendo este esquema que ordena y agrupa las cartas según la autoría, se han establecido tres categorías diferentes: en primer lugar están las cartas escritas por el propio enfermo, que posibilitan un acceso directo a la experiencia singular de su enfermedad, esto es, a su vivencia personal. Partiendo del número total de 67 cartas, 24 de ellas entran en la categoría “paciente”, de las cuales 18 están escritas por hombres y 6 por mujeres. En segundo lugar, figuran las cartas para cuya redacción se recurrió a una persona cercana al paciente, es decir un pariente o un amigo, a quienes por lo tanto se les considera parte de la esfera del enfermo. Las 25 cartas que proceden de los mediadores no-expertos, suponen un porcentaje casi idéntico al de los pacientes. Su división por género es muy desigual: 22 hombres y 3 mujeres. Por último, en 13 eran médicos los que habían mediado en nombre del enfermo o habían redactado el informe médico que a menudo era enviado como complemento a la consulta. Estos informes muchas veces no indicaban el autor, ni la fecha, ni el lugar, ya que se entienden como un documento adicional que acompañaba las consultas de los pacientes para una mejor comprensión del caso. La mayoría de estos informes figuran en los documentos conservados sin la carta de presentación con la que originalmente se habían enviado. Sin embargo, en cinco casos están vinculados a la carta del paciente, y se ha optado por contabilizar aquellos 5 informes por separado. Aunque las descripciones de una enfermedad mediadas por un médico se encuentran probablemente en el punto más alejado de la percepción personal y del mundo del enfermo, aún así han sido tenido

⁶¹ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease", p. 471.

en cuenta para el presente estudio. La razón para su inclusión ha sido porque en ellas aparece a menudo el comportamiento del paciente así como las decisiones que tomaba durante los tratamientos en curso.

Disponer de remedios financieros, culturales y sociales (poder pagar el estipendio de la consulta y el coste del material de escritura y de correos; ser capaz de leer y escribir; tener algún tipo de relación con el médico, aunque fuera indirecta, a través de una recomendación) eran requisitos que determinaban considerablemente la clientela que recurría a la consulta epistolar, ya que ésta se limitaba a personas pertenecientes a un grupo social privilegiado. Para el caso de Peralta, los pacientes y los interlocutores eran miembros de la alta nobleza (duque de Osuna, duque de Arcos, marqués de Santa Cruz y Bayona, marqués de Astorga y conde de Altamira, conde del Montemar, marqués de Navamorquende, duque de Atrisco, condesa de San Esteban, marqués de Castellón), algunos de ellos con altos cargos políticos (el presidente del Consejo de Indias, el conde de Frigiliana; Bartolomeo Odoardo Pighetti, “conte de Rivasso”, enviado del Duque de Parma a la corte de Francia), y del clero alto (el obispo de Tarazona, el obispo de Badajoz y un capellán de honor del Rey que residía en Málaga). Además figuraban entre los pacientes de Peralta personas que desempeñaban cargos administrativos (Fernando de Mansilla y Chacón, regidor perpetuo de Antequera), militares, caballeros, religiosos y personal de la corte. El origen social de los pacientes que tomaban o hacían tomar la pluma para consultar a Peralta procedían por lo tanto de la nobleza, tanto alta como baja, y de la alta clase media de la Corona de Castilla.

En el mapa siguiente que muestra la distribución del origen geográfico de los remitentes, a primera vista es evidente que Juan Muñoz y Peralta fue, por su práctica profesional y por su red clientelar, un médico preferentemente castellano.

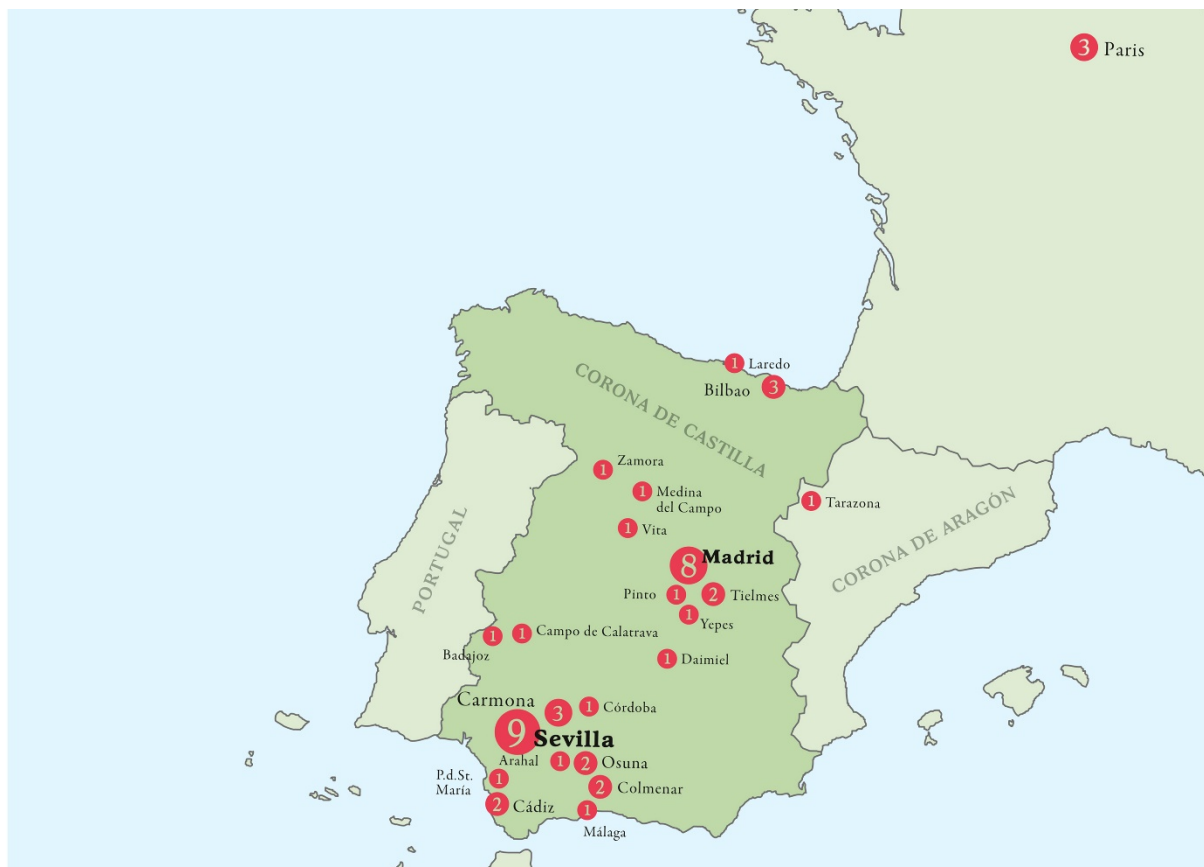


Fig. 1.2 Distribución geográfica de las cartas de pacientes al médico Juan Muñoz y Peralta (1665-1746)

Su área de influencia se extendía por toda la Corona de Castilla, del norte al sur. Al mismo tiempo, su cobertura se limitaba al territorio castellano, ya que desde la Corona de Aragón le llegó solamente una consulta. Esta carta, además, fue remitida por parte de un obispo que acababa de mudarse a Tarazona, es decir, se trata en realidad de un contacto que había nacido de su estancia anterior en Castilla. Esta ausencia llamativa de pacientes de la Corona de Aragón y de Navarra en la red de Peralta ha sido señalado por Pardo Tomás y Martínez Vidal.⁶² Mientras que dentro de la península su influencia no pasaba las fronteras castellanas, fuera de ella sí que logró extender su red de clientela. En París están datadas tres cartas, siendo ellas fruto de relaciones que, como ya se ha indicado, Peralta había establecido durante su tiempo en Francia en el que acompañaba como médico personal al Duque de Osuna.

⁶² Ibid., p. 489, n. 11.

Volviendo al territorio de Castilla, allí se puede observar claramente que los núcleos desde donde más cartas fueron remitidas fueron las ciudades de Madrid y Sevilla. Las cartas que enviaban los pacientes de Madrid, estando dentro de la misma ciudad que el médico, fueron en su mayoría para avisarle de la necesidad de una visita domiciliaria. Con respecto a Sevilla, las numerosas cartas que procedían de allí, son el resultado de una red de pacientes que Peralta había establecido durante su fase sevillana, una clientela que él procuraba mantener y extender desde su sede en Madrid. El mantenimiento de esta red translocal era de gran importancia para Peralta, ya que le posibilitaba, además de su ocupación en la corte, una fuente alternativa y estable de ingresos.⁶³

Los pacientes de Peralta recurrían a la correspondencia para conseguir fines diversos. En sus cartas se pueden distinguir tres tipos de solicitudes, y cada una de ellas implicaba la realización de diferentes formas de asistencia médica. El primer lugar, 35 cartas corresponden a las consultas a distancia en el sentido clásico de exponer el caso clínico y solicitar la opinión médica de Peralta. Para una mayor diferenciación, cabe decir que entre las consultas figuran también cartas que eran fruto de un tratamiento en curso e informaban sobre la evolución de la enfermedad. En ese tipo de correspondencia, el tratamiento podía haberse iniciado en su momento en persona, pero debido a un traslado de residencia por parte del enfermo o del médico, la correspondencia servía entonces como medio para continuar la asistencia. En otros casos, cuando la asistencia de Peralta se estaba llevando a cabo en la misma ciudad, el informe por escrito fue empleado para ahorrarle al médico una visita a casa.

En segundo lugar figuran los pedidos (20) que le llegaban a Peralta para conseguir sus famosos polvos y píldoras, o al menos, la receta para los mismos. También se han incluido en esa categoría las cartas que le informaban sobre los efectos de sus fármacos. Por último, están los avisos que se remitían en formas de billete para notificar a Peralta la necesidad de una visita

⁶³ Ibid., p. 470.

domiciliaria a la casa del paciente (7).

Tabla 1.1

Motivos de la correspondencia

	Consulta	Receta	Visita a casa
Paciente	12	12	—
Mediador lego	10	8	7
Mediador médico	13	-	-
Total	35	20	7

A lo largo del presente estudio se utilizarán las diferentes cartas según la relación que su contenido tenía con un determinado espacio de la práctica médica. Es decir, los billetes que avisaban a Peralta solicitando una visita al hogar del enfermo, por ejemplo, se tratarán en el primer capítulo sobre el espacio doméstico. Sin embargo, un análisis más pormenorizado sobre la mayor parte de las cartas se realizará en el último capítulo del espacio virtual de la correspondencia.

I.3.3 Procesos de causa criminal

En el Archivo Municipal de Toledo se conserva una rara colección de más de 8.000 actas de procesos criminales, correspondientes a causas penales no solo de la ciudad de Toledo, sino también de todas las poblaciones que pertenecían a la comarca de los Montes de Toledo.⁶⁴ A lo largo de la Edad Moderna la ciudad de Toledo ejercía dentro del régimen señorial la jurisdicción sobre los 17 lugares que estaban integradas en aquella comarca. Para el desempeño de la labor jurisdiccional se nombraba todos los años un juez llamado “Fiel del juzgado” a quien

⁶⁴ Para un estudio pormenorizado sobre la actividad de la jurisdicción toledana y la composición de la serie de las *Causas Criminales* conservadas en el Archivo Municipal de Toledo, cf. Alfredo RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, *Justicia y criminalidad en Toledo y sus Montes en la Edad Moderna* (Toledo: Consorcio de Toledo, Ayuntamiento, 2009). La información archivística de la documentación, presentada en estas líneas, procede principalmente del citado estudio.

se dirigían las autoridades de los diversos lugares, que en general eran localidades pequeñas de entre 10 y 600 vecinos. La serie de las *Causas Criminales* custodiadas en el AMT son por lo tanto fruto de un modelo de justicia rural a la que se suman – en un porcentaje menor – causas penales de la ciudad de Toledo.⁶⁵ Ahora bien, el motivo por el cual se ha recurrido a esta documentación en concreto para un estudio de la historia del paciente han sido los casos abundantes en los que estaban implicados profesionales de la medicina cuyos delitos ilustran aspectos diversos de las interacciones con los enfermos. De los 65 expedientes consultados se han seleccionado 36 procesos.



Fig. 1.3 Distribución geográfica de los procesos de causa criminal del Archivo Municipal de Toledo, seleccionadas para este estudio.

⁶⁵ Ibid.

Los delitos que dieron lugar a aquellos procesos eran de índole muy variada. A los profesionales de la medicina (barberos, cirujanos, boticarios y médicos) se les juzgaba principalmente por incumplir las normas reguladoras de su oficio (intrusismo), por mala práctica y por desobediencia a las autoridades civiles y judiciales. Al mismo tiempo podían ser víctimas de injuria, amenazas y lesiones cometidas por parte de otros profesionales (asuntos de competencia) o vecinos por motivos diferentes, que no necesariamente estaban relacionados con el oficio que ejercían. A diferencia de la notable iniciativa con la que los pacientes denunciaban ante el Protomedicato de Bolonia los incumplimientos profesionales, tal y como lo ha señalado Gianna Pomata en su libro *Contracting a Cure*,⁶⁶ en el caso de la justicia criminal de Toledo solo en muy pocas ocasiones fueron los pacientes o sus parientes quienes se dirigían directamente al citado tribunal. Habitualmente eran los regidores o alguaciles de las localidades que recriminaban ante el Fiel del juzgado “el mal uso de oficio” de los que no respetaban la regulación establecida. Fue solo en el segundo paso del procedimiento procesal, en la recopilación de testimonios, cuando llamados a testificar sobre lo ocurrido los enfermos se pronunciaban sobre las consecuencias de las prácticas ilícitas. Otra forma común en la que entraban los pacientes en acción era el recurso simultáneo a varios profesionales, provocando de forma indirecta los delitos que se disputaban o recriminaban a continuación entre los concurrentes. Es decir, la participación de los enfermos en los procesos criminales a nuestra disposición se caracteriza por ser mucho más indirecta en comparación con la conducta que se han observado en otros estudios. Fue solo en el segundo paso del procedimiento procesal, en la recopilación de testimonios, cuando – llamados a testificar sobre lo ocurrido – los enfermos se pronunciaban sobre las consecuencias de las prácticas ilícitas. Otra forma común en la que entraban los pacientes en acción era el recurso simultáneo a varios profesionales, provocando de forma indirecta los delitos que se efectuaron a continuación entre los concurrentes. Es decir,

⁶⁶ POMATA, *Contracting a Cure*.

la participación de los enfermos en los procesos criminales a nuestra disposición se caracteriza por ser mucho más indirecta en comparación con la conducta que se han observado en otros estudios. No obstante, son principalmente aquellos testimonios expuestos por los usuarios de la oferta sanitaria de una comunidad rural que finalmente representan una fuente valiosa para reconstruir sus inquietudes en relación con la práctica médica que oscilaba entre lo correcto y lo disidente.

El hecho de poder contar con una larga serie de procesos que reflejan asuntos de la *mala praxis* médica dentro de una jurisdicción municipal, es, particularmente para el caso español, una circunstancia feliz. Ya que, los documentos generados por el Real Protomedicato, institución por excelencia que trataba de controlar el ejercicio de las profesiones y ocupaciones sanitarias en toda la Monarquía Hispánica – si bien con divergentes resultados de aceptación en los diversos reinos –, han sufrido una pérdida sustancial en el incendio que afectó al Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares en 1939.⁶⁷ Ese deterioro archivístico ha planteado desafíos importantes sobre todo para estudios que tratan de acercarse a la práctica médica en la Corona de Castilla. Pero, al mismo tiempo, los historiadores interesados en esa temática pueden aprovecharse de otra circunstancia, en concreto la de la dispersión jurisdiccional, muy característica del el sistema judicial de la época moderna. Debido a que “no existían reglas fijas para atribuir los casos a una instancia determinada”,⁶⁸ es posible encontrar entre el fondo de un tribunal de justicia municipal, como el de Toledo, pleitos que en teoría competían a otras jurisdicciones: por ejemplo a las eclesiásticas – en el caso de delitos que conciernen a la moralidad cristiana – o a la del Protomedicato para asuntos de intrusismo o mala práctica cometidos por los profesionales que estaban sometidos bajo su control. Esa “dispersión jurisdiccional” es la que nos ha proporcionado un número elevado de causas criminales de las

⁶⁷ María Luz LÓPEZ TERRADA, "Los sistemas de control de la práctica médica en la monarquía hispánica de los Habsburgo", *The Colorado Review of Hispanic Studies* 7, Special Issue: The History and Representation of Hispanic Studies (2009): pp. 83-100.

⁶⁸ RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, *Justicia y criminalidad*, p. 19.

que además hemos podido seleccionar solamente aquellas en las que los enfermos y/o sus parientes habían dejado alguna huella, sea en forma de sus palabras o sea a través de su conducta integrada en la causa. La crítica de fuentes que hemos aplicado para los procesos inquisitoriales es parcialmente válida también para los testimonios encontrados en las causas criminales. Ya que, por una parte reflejan la anormalidad, es decir, se trata de casos conflictivos que no eran necesariamente representativos para la experiencia habitual con la asistencia sanitaria de su comunidad. Por otra parte, las testificales son textos configurados no solo por las voces de los testigos, sino también por las preguntas directivas del juez y las transcripciones del notario. Sin embargo, la diferencia fundamental entre los procedimientos penales del tribunal de la Inquisición y los de la justicia ordinaria es que en la última no hay una mediatización ideológica más allá de la propia legislación.

I.3.4 La novela picaresca *La vida y hechos de Estebanillo González* (1646)

Para conocer las enfermedades y sus tratamiento médico desde la perspectiva del enfermo en la sociedad española del Barroco, la literatura de creación, en particular la novela picaresca, es una valiosa fuente que nos ofrece una representación de las ideas sobre la medicina y la enfermedad difundidas entre la población, presentadas, además desde la perspectiva de un tímido representante de los grupos sociales más bajos.

Los rasgos constitutivos de la novela picaresca – la figura del pícaro, el realismo o la crítica social en forma de sátira e ironía – son elementos clave para explicar su utilidad como fuente para los estudios históricos en general⁶⁹, y esto es especialmente válido en lo que concierne el *Estebanillo González* (en adelante EG) para la historia social de la medicina. *La vida y hechos de Estebanillo González* es un relato narrado en primera persona, supuestamente autobiográfico, de un pícaro de origen gallego, que cuenta la trayectoria de su vida como criado

⁶⁹ José Antonio MARAVALL, *La literatura picaresca desde la historia social* (Madrid: Taurus, 1986). Anne J. CRUZ, *Discourses of Poverty: Social Reform and the Picaresque Novel in Early Modern Spain* (Toronto Press: University of Toronto Press, 1999).

itinerante de varios años durante la Guerra de los Treinta Años (1618-1648).⁷⁰ Después de haber recorrido la práctica totalidad de los estados europeos,⁷¹ Estebanillo termina el relato en 1646 con su retiro a Nápoles, enfermo de gota.

Ahora bien, el potencial concreto de esta novela picaresca en comparación con otras obras pertenecientes al mismo género consiste no sólo en las elevadas alusiones a la medicina, sino también en la visión que ofrece de tres aspectos diferentes del mundo médico en la Europa contrarreformista. En primer lugar, y para nuestra línea el aspecto más importante, al padecer distintas enfermedades, Estebanillo comparece en la narración frecuentemente como paciente, lo que nos posibilita un acceso al mundo particular del enfermo con sus propios significados, lenguajes y estrategias. En segundo lugar, en tanto que pícaro que procede de los grupos sociales más bajos y que no dispone de ninguna formación médica, Estebanillo ejerce durante su trayectoria como barbero-cirujano y charlatán. Por último, en sus viajes el protagonista observa y comenta las prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad en una población lega o no especializada, proporcionando en su conjunto una representación literaria singular sobre el pluralismo médico de la época.

La figura de Estebanillo como pícaro se caracteriza por una movilidad que le posibilita ver el mundo de la medicina desde las más diversas perspectivas: por un lado se mueve horizontalmente por espacios médicos europeos –académicos y extra-académicos– y, por otro, experimenta en términos verticales las diferentes esferas sociales del mundo médico. La característica quizás más destacada de esta novela sea la presencia de numerosos datos, personajes y lugares históricos, por otro lado muy diversos entre sí. Un manejo equilibrado del

⁷⁰ La cuestión sobre la autenticidad o ficcionalidad de la autobiografía sigue siendo un tema polémico, aunque en general se la considera un relato autobiográfico de ficción y es este el enfoque que asumo en el presente estudio, cf. Inke GUNIA, "Entre mimesis y poiesis. La novela picaresca y la autobiografía auténtica ante el problema de la verdad, La Vida y Hechos de Estebanillo González, Hombre de buen humor. Compuesto por el mismo (1646)", en *La novela picaresca. Concepto genérico y evolución del género (siglos XVI y XVII)*, ed. Klaus MEYER-MINNMANN y Sabine SCHLICKERS (Madrid: Iberoamericana, 2008), pp. 483-484.

⁷¹ La novela se editó seis veces en los siglos XVII y XVIII y, en total, 35 veces hasta la actualidad, además traducida a varios idiomas europeos, cf. Ángel ESTÉVEZ MOLINERO, *El (libro de) buen humor de Estebanillo González. Compostura de pícaro y chanza de bufón* (Córdoba: Universidad de Córdoba, 1995), pp. 10-12.

realismo y la literariedad del texto es importante, para no caer en ninguno de los extremos que consideran el texto o bien como reflejo de una realidad histórica objetiva o bien como una obra ahistórica, exclusivamente literaria.

El uso de obras literarias como fuente para la historia de la medicina cumple para el presente trabajo mucho más que una función meramente ilustrativa, ya que se enmarca en una metodología que estudia la relación, o mejor dicho, la confluencia entre medicina y literatura.⁷² En las últimas décadas, se ha analizado esta compleja interdependencia en diversos ámbitos, proporcionando mediante la introducción de la literatura — bien como fuente bien como método analítico — nuevas perspectivas sobre la práctica de la medicina y la experiencia de la enfermedad.⁷³ La idea que está detrás del uso de textos literarios para la historia de la medicina en este estudio no es obtener datos ‘objetivos’ sobre la medicina y enfermedad, sino analizar la manera en que están representados los diferentes ámbitos (profesiones médicas, prácticas y creencias legas así como las percepciones y experiencias de enfermedad), desde la perspectiva de un pícaro español del Siglo de Oro.⁷⁴ Para ello, se concibe el texto de ficción como un soporte (literario) de las ideas difundidas entre la población en torno a los saberes y las prácticas relacionados con la salud y enfermedad. El anónimo autor del texto actúa así como un filtro del saber médico propio de su época, esto es, él es quien transforma ese saber en una obra literaria,

⁷² Uno de los primeros en señalar la influencia mutua entre literatura y medicina fue George S. ROUSSEAU, "Literature and Medicine: The State of the Field", *Isis*, 72, 3 (1981): pp. 406-424.

⁷³ Sus objetos de estudio se pueden clasificar en: la función literaria de la medicina, la función médica de la literatura, y, en términos más generales, la literatura (médica) como vehículo para la formación del saber, de la práctica y del comportamiento médico, cf. Dietrich von ENGELHARDT, "Systematische Überlegungen zum Verhältnis und Medizin und Literatur im Zeitalter des Barock", en *Heilkunde und Krankheitserfahrung in der frühen Neuzeit. Studien am Grenzrain von Literaturgeschichte und Medizingeschichte*, ed. Udo BENZEHÖFER y Wilhelm KÜHLMANN (Tübingen: Max Niemeyer, 1992), pp. 30-54. Un ejemplo del uso de estas categorías y de sus fronteras fluidas es la obra de Misia Sophia DOMS, "*Alkühmisten und Decoctores*". *Grimmelshausen und die Medizin seiner Zeit* (Bern: Peter Lang, 2006). La autora analiza, por una parte, la función literaria de la medicina, es decir, la medicina como objeto de sátira e ironía en las obras del famoso escritor alemán Hans Jacob Christoffel von Grimmelshausen (1621/22-1676); por otra, se sirve de la función médica de la literatura, para acercarse a la cultura médica que engloba al escritor a través de su representación literaria. Relevante para la perspectiva del enfermo es la influencia que puede tener la estructura narrativa propia de los textos médicos en la experiencia de la salud y enfermedad, véase Michael SOLOMON, *Fictions of Well-Being: Sickly Readers and Vernacular Medical Writing on Late Medieval and Early Modern Spain* (Philadelphia, Oxford: Penn Press, 2010).

⁷⁴ Este acercamiento se orienta en la línea planteada por John SLATER y María Luz LÓPEZ TERRADA, "Scenes of Mediation: Staging Medicine in the Spanish Interludes", *Social History of Medicine* 24, 2 (2011): pp. 226-243.

convirtiéndolo en figuras retóricas, en sátira, en ironía, etc. El delicado equilibrio que requiere el análisis del texto literario desde la historia social de la medicina proporciona una perspectiva privilegiada, tal y como apuntó Anne J. Cruz para la historia de la reforma social: “That the authors ground their fictions in the stark realities that surround them does not, in the end ensure the authenticity of the narratives; where they succeed, however, is in expanding our awareness of the cultural foundations of social reform”.⁷⁵

De esta obra literaria se han seleccionado y analizado las formas en que la medicina está representada, con el fin de saber qué ideas y percepciones sobre los diferentes ámbitos médicos estaban presentes en la sociedad española del siglo XVII. Además, los episodios que incluyen datos históricos y verificables⁷⁶ y que transcurren en espacios y lugares concretos, pueden ponerse en relación con estudios históricos. Así, podemos construir un contexto en el que esos episodios se llenan de vida y en el que se configura el extraordinario valor del texto literario para la historia de la medicina: conocer mejor la mentalidad barroca entorno a la salud y la enfermedad.

I.4 Metodología: modelos y conceptos

Desde hace ya bastantes años los historiadores de la medicina han manifestado un creciente interés por la coexistencia de diferentes sistemas médicos. Un fenómeno muy bien conocido para las sociedades actuales y que poco a poco se ha ido incorporando al discurso histórico. Las tendencias historiográficas más recientes apuntan que tener en cuenta toda la diversidad de las opciones terapéuticas es absolutamente indispensable para entender adecuadamente las estrategias frente a la salud y la enfermedad en un periodo histórico

⁷⁵ CRUZ, *Discourses of Poverty*, p. xii.

⁷⁶ Las referencias históricas han sido constatadas en la edición crítica de Antonio CARREIRA y Jesús Antonio CID, eds., *La vida y hechos de Estebanillo González, hombre de buen humor. Compuesto por el mismo* II vols. (Madrid: Ediciones Cátedra, 1990). La edición de Carreira y Cid se divide en dos volúmenes y es ésta la edición que se ha utilizado para el presente trabajo. A continuación se citarán los pasajes extraídos de allí, con EG (Estebanillo González), indicando el volumen de la edición, el capítulo y la página.

determinado. Existen diferentes conceptos que ayudan a interpretar este fenómeno desde un punto de vista histórico.⁷⁷ Entre esas propuestas conceptuales es la del *pluralismo médico* la que desde nuestro punto de vista ha comprobado ser la más adecuada para representar la oferta sanitaria desde la perspectiva del paciente. Lo atractivo de ese concepto es, que está configurado lo suficientemente amplio para poder incluir todas las opciones terapéuticas que estaban al alcance del enfermo, sin ponderar ninguna de ellas. De esa forma resuelve metodológicamente los problemas que plantea, en especial la dicotomía entre medicina académica y no académica en la Edad Moderna y pone en pie de igualdad la pluralidad de las prácticas, las académicas-regladas junto con las empíricas no-regladas y el recurso a lo mágico-creencial. En relación con la definición del término, Robert Jütte, que ya lo había precisado en otro momento anterior,⁷⁸ afirma que el pluralismo médico en la Edad Moderna era “characterized by the lack of a monopoly and the openness of the system – at least from the point of view of the patient”.⁷⁹ En la historiografía médica española han sido varios autores, notablemente Perdiguero Gil y López Terrada, que se han acercado a la realidad del pluralismo médico para examinar cómo se configuraba el escenario de las prácticas sanitarias en la Edad Moderna.⁸⁰ Para convertir el concepto en un modelo analítico que respeta la referida complejidad, David Gentilcore ha

⁷⁷ Otro concepto es el denominado “medical marketplace”, introducido por Harald Cook, que ha gozado cierto éxito, particularmente en la historiografía británica, véase Harald COOK, *The Decline of the Old Medical Regime in Stuart London* (Ithaca: Cornell University Press, 1986). Brockliss y Jones, por su parte, aplican el término de la “penumbra médica” para referirse a todo lo que no pertenece a su contraparte de la comunidad médica corporativa, véase Laurence BROCKLISS y JONES, *The Medical World of Early Modern France* (Oxford 1997). Por la conotación mercantilista del primero y la rígida separación del segundo, ambos modelos resultan limitados para reflejar la complejidad de las culturas médicas existentes en la Edad Moderna.

⁷⁸ Según Jütte, bajo pluralismo médico se entiende “the complex world of medical practice, [that] includes the array of all manner of healers involved in the quest of therapy.” Robert JÜTTE, “Introduction”, en *Historical Aspects of Unconventional Medicine. Approaches, Concepts, Case Studies*, ed. Robert JÜTTE, Motzi EKLÖF y Marie C. NELSON (Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications, 2001), pp. 1-10.

⁷⁹ Robert JÜTTE, “Medical Pluralism in Early Modern Germany”, en *Medical Pluralism. Past, Present, Future*, ed. Robert JÜTTE, Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft (Stuttgart: Steiner Verlag, 2013), pp. 25-44.

⁸⁰ LÓPEZ TERRADA, “Pluralismo médico”. María Luz LÓPEZ TERRADA, “Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII”, *Dynamis* 22 (2002): pp. 85-120. Enrique PERDIGUERO GIL, “Protomedicato y curanderismo”, *Dynamis* 16 (1996): pp. 91-108. Enrique PERDIGUERO GIL, ““Con medios humanos y divinos”: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII”, *Dynamis*, 22 (2002): pp. 121-150.

elaborado tres esferas que, como anillos solapados o permeables, representan las diferentes prácticas y las subyacentes etiologías e, incluso, patogenias de las enfermedades.⁸¹ Esos anillos refieren entonces a la esfera médica (médicos, cirujanos, boticarios, comadronas, sanadores itinerantes, etc.), la esfera eclesiástica (curas, exorcistas, santos, santuarios, etc.) y la esfera de la “folk-medicine” (sanadores populares no-reglados). La permeabilidad de los anillos permite la múltiple asociación de prácticas y sanadores a varias categorías. El autor propone además la inclusión de las actitudes y formas de conducta tanto de los profesionales como de los enfermos. Siguiendo el esquema de Gentilcore, Fabián Campagne alude al complejo sistema de las etiologías, por el que el origen de las dolencias podía asociarse a “causas de orden natural, como al castigo divino, al demonio, a maleficios y hechicerías, a influjos astrales”.⁸² De acuerdo con esta concepción, según fuera la etiología, la curación de la enfermedad podía efectuarse vía natural, vía sobrenatural, vía empírico-natural o vía mágica.

Puesto que el modelo propuesto por Gentilcore tiene en cuenta la perspectiva y conducta del paciente, resulta en principio adecuado para utilizarlo en un estudio dedicado a los enfermos en la España Moderna. En este sentido se va a utilizar el modelo propuesto por este autor como un punto de partida a partir del cual reflejar una de las principales premisas de este estudio: la movilidad del paciente entre las diferentes esferas médicas.⁸³

No obstante, no es un modelo que sirva para un estudio que se dedica íntegramente a la perspectiva del paciente. Para ello necesita algunos ajustes y consideraciones. Con el objetivo de encontrar una forma con la que analizar en toda su amplitud esa perspectiva, en el sentido de un concepto metodológico que aclara y explica las decisiones tomadas y las estrategias

⁸¹ GENTILCORE, *Healers and Healing*, p. 3.

⁸² Fabián Alejandro CAMPAGNE, "Medicina y religión en el discurso antipersticioso español de los siglos XVI a XVIII: un combate por la hegemonía", *Dynamis* 20 (2000): pp. 417-456.

⁸³ En una reflexión reciente sobre su propio modelo, Gentilcore ha criticado por ejemplo la misma dimensión de todas las esferas, cuando en principio sería necesario ampliar la de la medicina “popular”, y dar más importancia a la medicina doméstica y el contexto de la familia, “wherein most sickness is managed”, cf. David GENTILCORE, “Medical Pluralism and the Medical Marketplace in Early Modern Italy”, en *Medical Pluralism. Past, Present, Future*, ed. Robert JÜTTE, Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft (Stuttgart: Steiner Verlag, 2013), pp. 45-55., aquí p. 49.

utilizadas por el paciente, se propone lo siguiente: tomar el modelo de Gentilcore como base, y combinarlo con otro concepto analítico, el del itinerario terapéutico.

De hecho, como Waltraud Ernst ha señalado recientemente, todavía se echan de falta estudios históricos que persiguen una línea parecida a la de los antropólogos médicos, que “deal with medical plurality within more or less hegemonic [...] socio-political and medical structure – while clearly putting the life-worlds and needs of patients, their families and communities at the centre of analysis”.⁸⁴ Se trata entonces de llevar a cabo de manera más consecuente aún la toma de perspectiva del enfermo para así poder reconstruir con más precisión y complejidad el pluralismo médico desde el punto de vista de sus usuarios. Siguiendo este objetivo, se ha optado en este estudio por aplicar el ya citado *itinerario terapéutico*.

Se trata de un concepto propio de la antropología médica que se refiere al camino que sigue el enfermo durante su búsqueda de salud. Es decir, intenta captar los “viajes” y movimientos que realiza en el contexto del pluralismo médico. El término fue acuñado por el antropólogo francés Marc Augé, y definido con claridad por Alice N. Sindzingre. Según esta socióloga, el itinerario terapéutico describe „the totality of processes involved with their detours and curves in a quest for therapy, going from the appearance of a problem to all its steps [...] where diverse interpretations may be identified (divination, rumors) as well as cures, in a pluralistic medical context”.⁸⁵ Adoptar ese concepto para la historia del paciente es, desde nuestro punto de vista, especialmente útil por la noción de proceso. Entender el itinerario terapéutico o la búsqueda de salud como un proceso permite incluir no sólo las percepciones y decisiones individuales del enfermo, sino también todas las personas que estaban involucradas,

⁸⁴ Waltraud ERNST, "Medical Plurality, Medical Pluralism and Plural Medicine. A critical reappraisal of recent scholarship", en *Medical Pluralism. Past, Present, Future*, ed. Robert JÜTTE, Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft (Stuttgart: Steiner Verlag, 2013), pp. 11-24., aquí p. 14.

⁸⁵ Nicole SINDZINGRE, "Présentation: Tradition et Biomédecine", *Sciences Sociales et Santé* 3 (1985): pp. 9-26. Citado en John M. JANZEN, *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology* (New York: McGraw-Hill, 2002), p. 220. Para la aplicación de este concepto en estudios antropológicos españoles y latinoamericanos ofrece Perdiguero un breve resumen en Enrique PERDIGUERO GIL, "Una reflexión sobre el pluralismo médico", en *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, ed. Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ (Quito: Ediciones Abya-Yala, 2006), pp. 33-49.

así como la comunicación como un elemento clave para promover los diferentes pasos. Con su utilización, pretendemos explorar las razones de las decisiones tomadas por los enfermos, y los diferentes actores sociales, así como los espacios, que en su conjunto forman parte del proceso de recuperación de la salud.

Tal y como han confirmado recientes estudios antropológicos que han aplicado este concepto, no existe un único modelo de itinerario terapéutico.⁸⁶ De igual modo, no hay una jerarquía predeterminada de recursos sanitarios a modo de “hierarchy of resort”. Es decir, no hay una secuencia típica o predecible para las diferentes consultas con los prácticos médicos o recurso a las distintas terapias. De esta manera, se le da un mayor protagonismo a la individualidad de la persona enferma, al tener en cuenta sus motivos tanto racionales como emocionales a la hora de tomar una decisión. En contraste, ha habido algunos estudios de la historia de la medicina que han adoptado ese término antropológico de “hierarchy of resort” para tratar de averiguar en qué orden solían los enfermos recurrir a las diferentes prácticas sanitarias, resultando en esquemas más rígidos y en otros más flexibles.⁸⁷ A lo largo de este trabajo se discutirá la aplicabilidad de tal esquema en cuanto a reflejar la conducta de los enfermos en la España Moderna.

La idea de emplear una herramienta de análisis prestada de la antropología a esta investigación, tiene la finalidad de afinar los modelos de análisis histórico del pluralismo médico poniendo en un primer plano la perspectiva del paciente.

Si estos itinerarios se estructuran en espacios de curación o de práctica médica, entonces es posible una aproximación conceptual tal que permita determinar no sólo las dinámicas de los procesos de curación, sino que también acerque a las categorías en las que la gente de la época

⁸⁶ Jacqueline FERREIRA y Wanda ESPIRITO SANTO, "The Paths to Healing. An anthropological approach about therapeutic itineraries of slum population of Manguinhos, Rio de Janeiro", *Physis* 22, 1 (2012): pp. 179-198.

⁸⁷ Para un esquema más flexible de “hierarchy of resort”, véase Margaret PELLING y Frances WHITE, *Medical Conflicts in Early Modern London. Patronage, Physicians and Irregular Practitioners, 1550-1640* (Oxford: Clarendon Press, 2003). Más rígido y preestablecido lo documenta RITZMANN, "Faktor Nachfrage".

vivía y actuaba. El espacio como concepto analítico ha tenido un enorme éxito en la historiografía de diversos campos, que ha resultado en el llamado *spatial turn*. Por parte de la historia de la ciencia y de la medicina ha recibido una atención y aplicación considerable.⁸⁸ La definición de espacio que se empleará en este trabajo entiende el espacio principalmente como un espacio social que se constituye a través de las relaciones sociales y de las prácticas que realizan los actores implicados.⁸⁹

El espacio como categoría tiene la gran y singular ventaja de incluir todas las posibles formas de curar que en un momento determinado estaban al alcance del enfermo. Además, permite entender y percibir en toda su complejidad la simultaneidad de los recursos disponibles, lo que determina la misma realidad del paciente. En vez de seguir manteniendo la dicotomía entre medicina académica *versus* medicina popular, científico *versus* supersticioso, medicina reglada (médicos, cirujanos, boticarios) *versus* prácticas de salud no-regladas (curanderas, saludadores, ensalmadoras, santiguaderas, herbolarios), empírico-racional *versus* mágico-creencial, conocimiento médico-científico *versus* conocimiento médico-lego etc., el espacio es un concepto que, sobre todo, permite reflejar en su conjunto y en pie de igualdad el amplio panorama de los recursos sanitarios. Es en este espacio, sea doméstico o comunitario, donde confluyen las diversas prácticas y los conocimientos relacionados con la salud y donde llegan a coexistir. También allí entran en acción los enfermos y sus familiares, y se establece la relación entre sanadores y pacientes. Por ello, lo que se pretende aquí es analizar las diferentes

⁸⁸ Para poner solo algunos ejemplos, cf. David LIVINGSTONE, *Putting Science in its Place. Geographies of Scientific Knowledge* (Chicago, London: University of Chicago Press, 2003). Daniel BREWER, "Lights in Space", *Eighteenth-Century Studies* 37, 2 (2004): pp. 171-186. Charles WITHERS, "Place and the "Spatial Turn" in Geography and History", *Journal of the History of Ideas* 70, 4 (2009): pp. 637-658. Nicholas ESCHENBRUCH, Dagmar HÄNEL y Alois UNTERKIRCHER, eds., *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit* (Bielefeld: Transcript Verlag, 2010). Para el siglo XVIII español, cabe mencionar el estudio de Pepe Pardo, en el que identifica diversos espacios (confiterías, salones, el patio de la Corte, la zona de Atocha, las alcobas de los pacientes y el coche del médico, el gabinete de curiosidades, etc.) que fueron utilizados para la práctica médica y la circulación de saberes e ideas médico-científicos entre los "cada vez más plurales públicos", cf. José PARDO TOMÁS, "Noticias, Novedades y Maravillas: Escrituras científicas y espacios urbanos", en *Opinión pública y espacio urbano en la Edad Moderna*, ed. Antonio CASTILLO GÓMEZ y James S. AMELANG (Gijón: Ediciones Trea, 2010), pp. 163-183.

⁸⁹ Las relaciones sociales y las prácticas como elementos constitutivos del espacio han sido formulado por Henri LEFEBVRE, *The Production of Space* (Oxford: Basil Blackwell, 1991). Y por Pierre BOURDIEU, *Sozialer Raum und "Klassen". Leçon sur la leçon. 2 Vorlesungen* (Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1995).

opciones terapéuticas elegidas por el enfermo en el espacio determinado donde se llevaban a cabo. Porque mientras dichas dicotomías cobraban importancia desde la perspectiva de instituciones como los tribunales de justicia, o el Protomedicato o la Inquisición, entre otras, no era necesariamente así en la cosmovisión de los usuarios. Por ejemplo, en el hogar, un espacio marcado principalmente por la realidad de la vida cotidiana de los enfermos, las dicotomías enumeradas no se mantienen tan rígidamente, sino que entran más bien en un “melting pot” que termina diluyendo aquellas barreras y que hace posible un uso simultáneo o sucesivo, incluso de prácticas que en función de las convicciones cognitivas y/o socioculturales pueden parecer contradictorias o difícilmente compatibles.

Mientras que la pluralidad de la oferta sanitaria es una premisa fundamental para todo el estudio, la siguiente imagen ilustra cómo se ha puesto en relación el concepto del itinerario terapéutico por un lado y los espacios como categorías por otro lado.

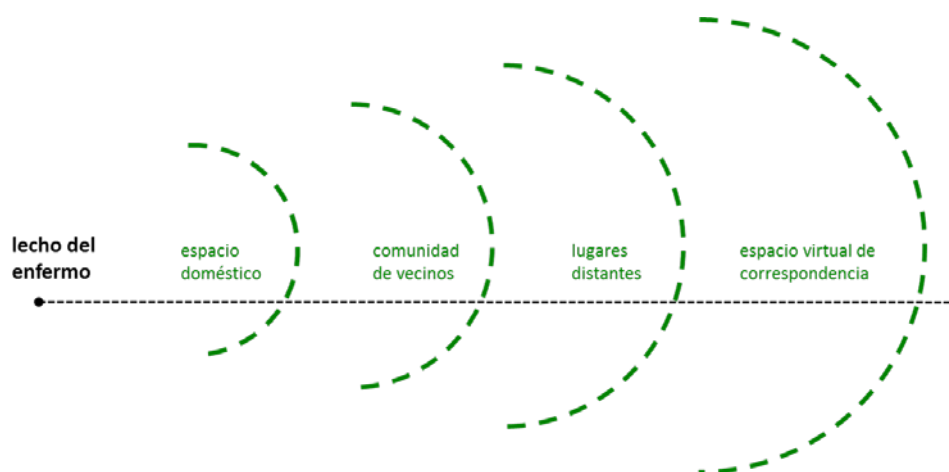


Fig. 1.4 Propuesta para un modelo del itinerario terapéutico (espacios de curación)

Cabe señalar que los espacios no tienen una demarcación rígida, sino que se caracterizan por tener unas fronteras permeables que permiten una oscilación pluridireccional de prácticas e informaciones. Por ello, la separación aparentemente rígida por espacios que se va a utilizar y

que se concretará a continuación es tan sólo un recurso que ayuda a estructurar las acciones, prácticas, costumbres, etc. que se realizaban con el fin de recuperar la salud, desde el punto de vista del propio enfermo.

I.5 Estructura del trabajo

La estructura general de esta tesis, que se divide en cuatro capítulos, refleja las etapas de la búsqueda de la salud desde la perspectiva del enfermo, y se ha organizado según espacios en los que se desarrollaban las diversas formas de asistencia sanitaria. Partiendo simbólicamente desde el lecho del enfermo, se le acompañará en su itinerario terapéutico, que empieza por el más inmediato, el espacio doméstico (1), para pasar a la comunidad (2), de allí a otros lugares más o menos distantes (3), terminando en el espacio virtual de la correspondencia (4). Es decir, la estructura sigue la lógica de la disponibilidad de recursos sanitarios para el enfermo, desde lo más cercano hasta lo más lejano.

El primer capítulo se centrará, por consiguiente, en el escenario más común de la práctica médica: el hogar del enfermo. En él, se analizarán los encuentros con los diversos tipos de sanadores que se efectuaban en el domicilio familiar, dejando en un segundo plano las difícilmente rastreables prácticas de auto-atención. Con el objetivo de reflejar el pluralismo médico de la época, se examinarán los tratamientos dados por médicos, barbero-cirujanos, empíricos, desajoaderas y ensalmadores junto al lecho del enfermo. A partir de ahí se analizará de forma sistemática cómo percibían los pacientes los tratamientos y cuáles eran sus actitudes frente a las diversas prácticas sanitarias. Se indagará en las relaciones entre enfermo y sanador, los conflictos que podían surgir entre ambos, pero también entre el enfermo y su familia o entre los sanadores por motivos de competencia. Además de la conflictividad, se tratarán casos de convivencia de distintos sistemas médicos, así como el importante papel de la familia en el cuidado diario del enfermo.

El segundo capítulo abordará la comunidad vecinal como el siguiente espacio por el que

el enfermo perseguía la búsqueda de la salud. Se investigará en torno a dos elementos centrales: por un lado, la comunicación entre los vecinos como parte fundamental para el proceso de hallar opciones terapéuticas y, por otro lado, los diferentes espacios de curación que existían dentro de la comunidad, siempre desde la perspectiva de cómo los experimentaba el enfermo. Entre los diferentes lugares dónde acudían los pacientes había tanto los espacios sanitarios que se podría considerar previsibles, como las barberías, las boticas o los hospitales, pero también los más imprevisibles o informales, particularmente los mesones y las casas de otros enfermos. Por último, se analizarán unas enfermedades que estaban por su etiología y por su tratamiento estrechamente vinculadas a la comunidad: las afecciones provocadas por maleficios y, como ejemplo de ello, el caso de la impotencia.

El tercer capítulo se ocupará de todo aquello que suponía para la vida del enfermo y su entorno los desplazamientos que se emprendían a otros lugares más o menos distantes en busca de un remedio. Se entrará en detalle sobre los diversos motivos que podían suscitar la búsqueda de recursos sanitarios fuera de la propia localidad, para poder argumentar que la movilidad como elemento del itinerario terapéutico no se debía a una simple falta de oferta sanitaria. Además, se tratará de acercarse a aspectos prácticos de los viajes realizados, como el ir acompañado, los alojamientos o el medio de transporte que se utilizaba con tal fin. Para terminar, se intentará obtener una idea aproximada de las distancias que se recorrían, según los tipos de dolencia y curación y los contextos sociales de los enfermos.

En el cuarto y último capítulo se profundizará en un recurso a menudo extremo: el espacio virtual de la correspondencia para realizar una consulta a distancia. Para ello se utilizarán las cartas de pacientes dirigidas al médico de corte Juan Muñoz y Peralta (1665-1746). Tras una breve presentación de la biografía de este médico *novator*, se analizarán, en primer lugar, los motivos y las estrategias que conducían a los pacientes a entrar en contacto epistolar con Peralta. En segundo lugar, con el objeto de conocer las descripciones y explicaciones en torno a cómo percibían su mal, se analizará el frecuente uso en las cartas del

esquema galénico de las *sex res non-naturales*. En los dos últimos subcapítulos se les dará un mayor protagonismo a la relación médico-paciente que se desarrollaba en este espacio particular de las consultas epistolares, averiguando el margen de negociación que tenía el paciente y en qué manera se configuraba la relación de poder entre solicitante e interlocutor.

Capítulo II: Espacio Doméstico: Prácticas sanitarias en el hogar del enfermo

II.1 Introducción

Gracias a la imagen típica que diversas historias, películas o cuadros nos han proporcionado de la asistencia médica en el pasado, cuando pensamos en los pacientes, nos los imaginamos enfermos en sus camas con un médico atendiéndoles que, bajo circunstancias más o menos dramáticas, había sido llamado por parte de la familia.

Ahora bien, la pregunta que surge inmediatamente para un trabajo que pretende situarse en la historia social de la medicina, es: ¿cómo de representativa es esa imagen de la atención sanitaria en la sociedad española de la edad moderna?

Para adelantar parte de la respuesta a esta pregunta, lo que ya se puede afirmar es que el elemento quizás más común y más repetitivo de esa situación esbozada es el lugar en la que está ambientada: el hogar del enfermo.

Los diferentes estudios de las últimas décadas dedicados a la historia del paciente en la edad moderna han señalado, por un lado, que el primer recurso asistencial lo encontraban los enfermos dentro de su entorno doméstico, el de la familia, en el cual los conocimientos y costumbres relacionados con la auto-atención cubrían una parte importante y a veces hacían incluso innecesaria la consulta a cualquier profesional sanitario. Por otro lado, han enfatizado en que el escenario más común para llevar a cabo las diferentes prácticas médicas era el hogar del enfermo.⁹⁰ Así, dada la gran importancia que tuvo el espacio doméstico para la medicina en

⁹⁰ La idea para este capítulo ha ido creciendo, en parte, gracias a una nota de pie de un artículo de Elaine LEONG, "Making Medicines in the Early Modern Household", *Bulletin of the History of Medicine* 82, 1 (2008): pp. 145-168. Dice en la n. 5, p. 148 como algunos trabajos de la historia del paciente, en particular los de Michael MacDonald y Ronald Sawyer, „have shown that for many sufferers, the first port of call for medical care was one's family and friends, and the setting for these medical activities was the domestic sphere.“ En esta línea, también Robert Jütte ha señalado: „Im Unterschied zu heute fand damals die Behandlung einer ernsthaften und langwierigen Krankheit nicht im Krankenzimmer eines Spitals statt, sondern in der Regel in einem eilig

sus más diversas formas, se ha optado por dedicarle un tratamiento pormenorizado en el presente capítulo. El objetivo concreto consiste en analizar los encuentros entre sanador y enfermo que tenían lugar en el domicilio del último. Se trata por lo tanto de poner en primera línea, no la medicina doméstica, concepto que engloba los saberes y prácticas de los “profanos”, sino el espacio de lo doméstico como arena en la que entraban los diferentes tipos de profesionales sanitarios para atender al enfermo en su entorno privado. Para esbozar una imagen detallada y diferenciada de las asistencias sanitarias que tenían lugar junto al lecho del enfermo, eso supone tener en cuenta toda la diversidad de los tipos de sanadores que acudían a casa del paciente, entre los cuales el médico fue uno entre muchos.

Aunque aquí no se analizarán las estrategias de auto-atención, las cuales se realizaban de forma autónoma e independiente a la intervención de algún sanador, quiero sin embargo señalar la importancia que ellas cobraban como recurso dentro del mundo de los enfermos y remitir brevemente a algunos estudios recientes que han incluido a la medicina doméstica en sus objetos de estudio. Muchas de las diversas prácticas de “self-help” pueden llegar a reflejarse en los recetarios o en los regímenes de salud.⁹¹ Ambos tipos de textos han sido objeto de numerosos estudios, tanto desde el punto de vista de la historia de la medicina, de la historia del género o de la historia de la alimentación. Para sacarle provecho a estos documentos para una historia social de la medicina y no meramente de una historia de ideas, es decir, para acercarse a su uso “real” del contenido, es imprescindible hacer el esfuerzo de traspasar el ámbito teórico-normativo y contextualizar los conocimientos. Este paso se puede lograr mediante la combinación de varios tipos de fuentes como correspondencia privada,

hergerichteten Raum im eigenen Haus oder bei Freunden und Verwandten“. JÜTTE, *Ärzte, Heiler und Patienten*, p. 167.

⁹¹ Los “Tesoros de pobres” era un género popular de libros de consejos médicos que recogía recetas o remedios para enfermedades. Apartados sobre remedios y medicinas “simples” iban incluidos incluso en obras que por su temática no se espera encontrar, como por ejemplo en el *Libro de los Secretos de la Agricultura, Casa de Campo y Pastoril* (Edición Zaragoza, 1703) del Prior Miguel Agustí. Entre los capítulos dirigidos al padre y a la madre del campo está el “Memorial de remedios universales para las enfermedades ordinarias de los de la Familia de la Casa del Campo”, pp. 32-46. Los autores de este capítulo eran dos médicos de París, Carlos Estevan y Juan Libaut.

testamentarios, recetarios manuscritos de familia, o los rara vez conservados diarios de personas no-profesionales. Existen varios trabajos de ésta índole, sobre todo para el ámbito inglés y alemán.⁹² Para España han sido sobre todo los medievalistas los que se han ocupado de la práctica de la medicina doméstica.⁹³ Sin embargo, para la Edad Moderna española este tema representa, salvo algunos primeros acercamientos, básicamente una desiderata de la historia socio-cultural de la medicina.

En el caso de los recetarios, ha sido, por ejemplo, Elaine Leong quien ha demostrado en su pormenorizado estudio sobre una serie de recetarios privados, como estos son frutos de una producción de conocimiento altamente colaborativa.⁹⁴ Aunque por lo general llevaban el nombre de una persona en concreto se caracterizan sobre todo por ser un artefacto que tenía varios dueños y era de varios autores ya que se iba pasando de generación en generación, por lo que tanto mujeres como hombres fueron añadiendo, comentando o corrigiendo el contenido de las recetas. Contextualizar un recetario en su debida forma requiere, por lo tanto, por un lado la compleja tarea de determinar la identidad y autoría de cada una de las múltiples letras presentes en los textos y, por otro lado, comprobar mediante anotaciones en el propio libro o a través de testamentos por qué casas o manos ha circulado. Estudios de ésta índole existen unos pocos para la España medieval, de los que cabe destacar el trabajo de Montserrat Cabré i Pairet.⁹⁵ Sin embargo, para la Edad Moderna, solo se han dado unos primeros pasos de un estudio de recetarios en profundidad. Pérez Samper, por ejemplo, publicó hace unos años una primera revisión y análisis de recetarios privados femeninos conservados en la Biblioteca

⁹² Trabajos que hicieron tal esfuerzo para incluir la medicina doméstica son los ya clásicos de JÜTTE, *Ärzte, Heiler und Patienten.*; STOLBERG, *Homo patiens*. Gracias a las anotaciones diarias del Ratsherr Hermann Weinsberg (1518-1597), Robert Jütte ha sido capaz de acercarse por ejemplo en qué medida y en qué regularidad se cumplían o no las normas de la higiene. Otros más recientes, que además tratan de forma más explícita la medicina doméstica son los de RANKIN, *Panacea's Daughters.*; y Elaine LEONG, "Collecting Knowledge for the Family: Recipes, Gender and Practical Knowledge in the Early Modern English Household", *Centaurus* 55 (2013): pp. 81-103.

⁹³ FERRAGUD DOMINGO, "Atención médica doméstica". Y Montserrat CABRÉ I PAIRET, "From a Master to a Laywoman: A Feminine Manual of Self-Help", *Dynamis* 20 (2000): pp. 371-393.

⁹⁴ LEONG, "Collecting Knowledge".

⁹⁵ CABRÉ I PAIRET, "Feminine Manual".

Nacional de Madrid.⁹⁶ Dichos libros de recetas son una fuente relevante, ya que entre los diversos consejos relacionados con la alimentación, la cosmética y otros asuntos domésticos, también aparecen una serie de remedios para curar enfermedades de diferentes tipos. Es decir, existen fuentes similares a las de otros países europeos para incluir la medicina doméstica en los estudios histórico-médicos centrados en la Edad Moderna española, sólo que sería necesario acercarse a los recetarios con un buen equipo de documentos adicionales que en su conjunto convierten la información “aislada” en un conocimiento valioso acerca de su uso, creación y circulación.

El otro género textual, el de los regímenes de salud, plantea un problema parecido. Como manual para llevar una vida equilibrada y por lo tanto sana se trata ante todo de un texto normativo y bastante estático, ya que no se introducen cambios sustanciales a lo largo de la Edad Moderna. Además refleja más bien una conceptualización teórica, de la cual no se puede deducir directamente la práctica.⁹⁷ Los primeros *regimina sanitaris* fueron redactados en la Edad Media, y estaban dirigidos a personas particulares para guiarles en su higiene individual. A lo largo de los siglos este tipo de escrito incrementó su popularidad en toda Europa, llegando a ser verdaderos best-seller entre los grupos privilegiados en el siglo XVI, con traducciones y reediciones tanto de obras conocidas como de nuevas composiciones.⁹⁸ Por lo general la

⁹⁶ María de los Ángeles PÉREZ SAMPER, "Los recetarios de mujeres y para mujeres. Sobre la conservación y transmisión de los saberes domésticos en la época moderna", *Cuadernos de Historia Moderna* 19 (1997): pp. 121-154.

⁹⁷ Sara Pennell alude a la gran falta de estudios profundos que van más allá de la teoría y que tienen en cuenta la asimilación de dichas prácticas recomendadas. En concreto, echa en falta semejantes estudios para los siglos XVII y XVIII: "This period is without doubt a forgotten era in recent studies: while in-depth analyses of medieval régime and diet, and of nineteenth- and twentieth-century health and nutrition, have been published in the last ten years, we still lack useful and focused studies of dietary knowledge for any country during the early modern period." Sara PENNELL, "'A matter of so great importance to my health': Alimentary knowledge in practice", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 43 (2012): pp. 418-424. Una excepción son textos que en su clasificación de género se hallan entre los *regimina sanitatis* y los *consilium medicos*, dirigidas a una persona en concreto para una enfermedad concreta. Entre ellos, destaca por su singularidad, una prescripción dietética redactada y comentada por el propio paciente, el clérigo Juan Rena (ca. 1480-1539), capellán de Juana I de Castilla y de Carlos V, véase: Fernando SERRANO LARRÁYOZ, "Prescripciones dietéticas para las élites rectoras del reino de Navarra durante la primera mitad del siglo XVI: los casos de Juan Rena y Juan de Alarcón", *Dynamis* 34, 1 (2014): pp. 169-192.

⁹⁸ SOLOMON, *Fictions of Well-Being*. El estudio de Kenneth Albala está dedicado íntegramente a los Régimenes de Salud, cf. Kenneth B. ALBALA, *Eating Right in the Renaissance* (Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 2002).

estructura de los regímenes de salud es la que dicta el esquema galénico de los *sex res non naturales*.

Antes de entrar con más en detalle en las *sex res non-naturales*, es preciso detenerse en el esquema teórico de la individualidad o la complejión, el cual está directamente relacionado con los efectos que las cosas no naturales pueden producir en el cuerpo. Los conceptos de complejión o temperamento, una de las bases de la medicina galénica, caracterizan e individualizan el funcionamiento de cada cuerpo. Para el humoralismo, el cuerpo humano se compone de cuatro humores, o cuatro sustancias: la sangre, la flema (pituita), la bilis negra (melancolía) y la bilis amarilla. Cada uno de dichos humores tenía asociado dos de las cuatro cualidades que según la tradición aristotélica eran: frío, caliente, húmedo y seco. La sangre, por ejemplo, tenía las cualidades de húmedo y caliente. El cuerpo era considerado como sano cuando existía un equilibrio entre los cuatro humores, es decir, cuando no había demasiada abundancia, carencia o putrefacción de ninguno de ellos. En cambio, si se producía un desequilibrio entre las sustancias humorales, entonces el cuerpo enfermaba. Según la teoría humoral, en cada persona sana había un predominio innato de uno de los cuatro humores, y aquel humor dominante era que defendía el temperamento de la persona.⁹⁹ Si, por ejemplo, la bilis negra era el humor predominante, el hombre o la mujer era de temperamento melancólico, con sus cualidades correspondientes de frío y seco.¹⁰⁰ La combinación del humor junto con sus dos cualidades daba lugar a la complejión individual. Esta complejión era la que determinaba los efectos que en el enfermo tenían el aire que rodeaba a un enfermo o el tipo de comida que comía, o el ejercicio que realizaba, es decir las *sex res non naturales*, que también estaban sujetas a la lógica de las cualidades. Por ejemplo, para una persona colérica cuyo temperamento provenía de la bilis amarilla y que tenía las cualidades de caliente y seco, era recomendable que

⁹⁹ María Luz LÓPEZ TERRADA, "Complejión", en *Gran enciclopedia cervantina*, ed. C. ALVAR (Madrid: Centro de Estudios Cervantinos / Editorial Castalia, 2006).

¹⁰⁰ Tayra LANUZA NAVARRO, "Medical Astrology in Spain During the Seventeenth Century", *Cronos* 9 (2006): pp. 59-83., aquí: p. 63.

disfrutase de un entorno y una dieta contraria a su complexión, en este caso fría y húmeda, para así no aumentar todavía más dicho humor colérico y contribuir a un mayor desequilibrio entre los cuatro humores. De ahí se consideraba para un enfermo con un temperamento colérico más saludable un entorno frío-húmedo o comidas frías y húmedas, como por ejemplo pescado. “Así, los humores, la complexión y el temperamento constituían un sistema interactivo en el que se basaban los estados de salud y de enfermedad”.¹⁰¹

Aunque el origen de este término no está claro, se entendían como los factores externos a la naturaleza del hombre – por eso “non natural” – que influían en su salud. Así, los *regimina sanitatis* estaban destinadas a indicar como llevar una forma reglada de vida en los seis ámbitos externos al cuerpo humano. Es decir que le afectan desde el exterior y que no son una parte estrictamente intrínseca de su naturaleza. Las seis “res” o factores son: aire y ambiente, comida y bebida, movimiento y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y afectos del ánimo.¹⁰²

Las *sex res non naturales* se refieren por lo tanto al estilo de vida que lleva una persona en relación con su entorno geográfico-natural. Con ello determinaban la higiene individual de cada persona, la llamada “dietética”, que a su vez formaba la base no solo para mantener la salud, sino que estaba entre los primeros recursos para restituirla. Además de ello, la dialéctica que caracterizaba a las *sex-res* influyó en gran medida en el dictamen sobre la causa de las enfermedades y, también servía en numerosos casos, como veremos, como modelo explicativo del origen de la misma por parte de los pacientes.¹⁰³ Los dos aspectos quizás más característicos de este esquema son: la salud se conserva o restituye al mantener un equilibrio (el justo medio)

¹⁰¹ LÓPEZ TERRADA, "Medicina".

¹⁰² José María LÓPEZ PIÑERO, "Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista", *Revista Española de Salud Pública* 80, 5 (2006): pp. 445-456., aquí: p. 449. A lo largo de la edad moderna, los regímenes de salud le han ido dedicando cada vez más espacio a la segunda res non natural, la comida y bebida. Es por ello que la historia de la alimentación encuentra en los regímenes de una fuente de gran valor. Ken Albala (cf. la cita que te he puesto en la nota 10).

¹⁰³ Como dice Andrew Wear, las *sex res non naturales* “were taken into account when preserving health or when explaining and curing illness.” Andrew WEAR, "The History of Personal Hygiene", en *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, ed. W.F. BYNUM y Roy PORTER (London, New York: Routledge 1993), pp. 1283-1308., aquí: p. 1283.

en cada uno de las “sex res”, y lo que es sano es un asunto individual determinado por la complejidad o temperamento de cada persona.

Aunque el concepto de *sex res non naturales* y el género de los regímenes de salud están estrechamente ligados entre sí, a la hora de su asimilación por parte de la población habría que diferenciar entre género y concepto. En cuanto a la idea de mantener un buen equilibrio en el estilo de vida y de los efectos positivos y negativos que pudiesen tener los factores externos a la salud del hombre, esos conceptos sí parecen haber traspasado los diferentes grupos sociales. En cambio, no ocurrió lo mismo con los *regimina sanitatis*. Los libros de consejos estaban destinados a los grupos privilegiados de la sociedad y, aunque se practicaban otras formas de difusión más allá de la lectura individual, como leer en voz alta,¹⁰⁴ aun así su uso fue limitado, en particular porque los ingredientes y alimentos de alta calidad que en ellos se recomendaban eran difícilmente accesibles por la mayor parte de la población.¹⁰⁵

Reconstruir la medicina doméstica para la sociedad española de la Edad Moderna en su debida amplitud y profundidad, además, desde la perspectiva de sus usuarios es un proyecto de investigación imprescindible para el futuro de la historia del paciente en España. Dejando de lado, de momento, la medicina doméstica, nos ocuparemos ahora de un aspecto igualmente poco estudiado dentro de la historia de la medicina. Un tema que pone en primer lugar, no el hospital, ni la consulta, ni la universidad, ni la academia, sino el espacio doméstico del enfermo como escenario en el que se llevaban a cabo las asistencias médicas que requerían la participación de la figura de un sanador. Como ya hemos indicado arriba, para tener presente el pluralismo médico, en este capítulo se analizarán la asistencia prestadas por diferentes tipos de práctico. Así, se tratará en primer lugar, de las visitas y acciones terapéuticas que realizaban los médicos en las casas de sus pacientes, poniendo énfasis en las relaciones de poder entre médico

¹⁰⁴ María José RUIZ SOMAVILLA, "Las normas de higiene y los consejos de carácter moral en la práctica médica", *Dynamis* 22 (2002): pp. 235-250.

¹⁰⁵ Sandra CAVALLLO y Tessa STOREY, *Healthy Living in Late Renaissance Italy* (New York: Oxford University Press, 2013).

y paciente, así como en la conducta del enfermo durante el tratamiento. En segundo lugar, el capítulo se centrará en los encuentros con los cirujanos y barberos, analizando cómo percibían los enfermos sus prácticas quirúrgicas y cómo se comportaban los pacientes y sus familiares en los conflictos surgidos con estos profesionales. Por último, los representantes del inmenso campo de la medicina extra-académica, como desajoaderas, saludadores, herbolarios y ensalmadores, también asistían al enfermo en su hogar. Así se verán las diferentes actitudes e implicaciones de los enfermos y sus familiares en todo lo relativo a los tratamientos no-reglados. Además de los tres ejes (médicos, barbero-cirujanos, sanadores irregulares), se presentarán y discutirán algunos casos de convivencia entre los diferentes sistemas médicos junto al lecho del enfermo y, así mismo se tratará el tema de los sanadores “forasteros” o procedentes de otra localidad que acudían cuando eran llamados a las casas. Para cerrar el capítulo, se dedicará un último apartado a los cuidados que realizaban de forma diaria principalmente los miembros de la familia.

Con todo ello, se quiere entender el espacio doméstico en primer lugar como un espacio neutro, una plataforma que en teoría permite la entrada a todas las formas de la medicina, ya que el factor determinante que decide sobre el recurso a una u otra forma de curar en este espacio depende casi siempre del parecer del enfermo y su familia.

II.2. Médicos

Habitualmente, el médico era llamado por personas que estaban en una posición social lo suficientemente privilegiada como para poder permitirse la costosa asistencia de un profesional académico universitario. Sin embargo, no hay que olvidarse que entre los médicos, igual como entre los cirujanos, existían diferentes niveles en cuanto a su reputación tanto profesional como social. Desde un médico de partido hasta un médico de corte había una franja enorme que determinaba también la clientela que los consultaba. Cuando a continuación trataremos principalmente los casos de pacientes que de una u otra forma aparecen en la

documentación conservada del médico real Juan Muñoz y Peralta, es importante ser consciente del específico contexto social en el que se desarrollaban sus encuentros. A lo largo de este subcapítulo, se abordará las estrategias comunicativas que empleaban los pacientes o sus familiares para hacer posible una visita del médico a su casa, las relaciones de poder entre el que solicitaba el servicio y el que lo realizaba, así como la forma en la que el enfermo trataba de mantener su autonomía durante los tratamientos que recibía, sea de modo individual o en una junta de médicos.

II.2.1 Llamar a un médico

Los pacientes del médico Juan Muñoz y Peralta que vivían en un entorno cercano a la Corte podían recurrir a sus visitas a domicilio. De algunas de las muchas llamadas que le llegaron durante su tiempo en que vivía y ejercía en Madrid, queda constancia materializada en forma de notas de aviso. Disponemos de seis de dichos billetes, casi todos de ellos escritos por criados que pedían en nombre de sus señores o señoras la visita personal de Peralta. Sólo en un caso es al revés, siendo el señor quién solicitó la visita del médico para su ama enferma.¹⁰⁶

Los avisos son textos cortos que no suelen extenderse más allá de algunas líneas. A pesar de su poca cantidad de número y contenido, las notas que nos han llegado ofrecen una gama de motivos y secuencias relacionados con la llamada a un médico. Además, dejan entrever el tipo de relación que estos pacientes mantenían con un médico de corte como Juan Muñoz y Peralta en una situación tan específica como la de una asistencia domiciliaria.

El Duque de Arcos, que en varias ocasiones anteriores ya había consultado la opinión de Peralta vía correo, determinó que para el estado crítico de salud en el que se hallaba en este momento, ya no bastaban los consejos terapéuticos a distancia, sino que era imprescindible la presencia personal de Peralta en su casa. El cura, que fue encargado de contactar con el médico, escribió el 21 de octubre de 1709 una nota informándole cómo el malestar del Duque alcanzó

¹⁰⁶ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Francisco de Robles. Colmenar, 15 de agosto de 1718.

tal nivel, que “no a podido explicar a vuestra merced por escrito lo que padeze siendo preziso azerlo a boca”. Según la relación del cura, el paciente se había despertado esa mañana con un gran frío, siguiéndole una calentura, “que a esta ora que son las zinco de la tarde continua”. Además, padecía desde hacía un par de días de “dolores en todo el cuerpo y con gran devilidad en los nerbios”.¹⁰⁷ Desde el punto de vista del paciente, la visita de Peralta era algo urgente. Para que ésta se efectuase lo más pronto posible, el Duque ordenó una serie de cosas, entre las cuales estaba que se enviara el aviso con la posta de las siete de la tarde. También, que lo llevara el cuñado del médico, para lo cual se había pedido previamente licencia al presidente de Castilla. Por último, una vez entregado el billete, Peralta debería “adelante[ar] quanto pudiere sus marchas para el consuelo dese”. La realización de estas diligencias (la posta y la entrega) asumió un coste de 77 pesos y 6 reales de vellón. No se sabe desde qué lugar se envió tal aviso y por lo tanto tampoco dónde se hallaba el Duque en aquel momento. pero lo que queda patente es que para que se cumpliera el deseo del paciente, éste utilizó una serie de estrategias, que consistían básicamente en usar su poder ducal para ordenar a varias personas a colaborar en este empeño. El cura y el cuñado, pero también Peralta mismo, son para el paciente personas dispuestas a recibir y seguir sus órdenes. La relación de poder que se manifiesta aquí entre paciente y médico es claramente en favor del primero.¹⁰⁸ Al hablar de relaciones de poder entre médico y paciente es difícil omitir el famoso modelo propuesto por Jewson que asocia la posición de ambas partes con el cambio y el avance de las ciencias médicas. Sin embargo, no entraremos en discusión sobre la utilidad de este modelo, debido a que varios estudios ya han puesto de manifiesto las limitaciones que tiene un esquema tan generalizado como este.¹⁰⁹ Para el presente trabajo tratamos de acercarnos a las relaciones de poder con una óptica diferente

¹⁰⁷ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Antonio de Sadava. Sin lugar, 21 de octubre de 1709.

¹⁰⁸ Nicholas JEWSON, "The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870", *Sociology* 10 (1976): pp. 225-244.

¹⁰⁹ Entre ellos, cf. Michael STOLBERG, "'Mein äskulapisches Orakel!' Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert", *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 7, 3 (1996): pp. 385-404. RIEDER, *La figure du patient*, pp. 22-23.

que intenta ver elementos alternativos que podrían haber contribuido a la configuración de una relación asimétrica.

Volviendo al caso de los pacientes de Peralta, el tono de mando correspondiente a una relación entre señor y sirviente estaba también presente en los otros avisos que le llegaban. El ama de Francisco de Robles se encontraba desde antes de julio de 1713 en tratamiento con Peralta, esto es lo que por lo menos indica una carta dirigida a él que trata del envío y de la aplicación de un parche de algarrobo como remedio para la enferma.¹¹⁰ El autor de dicha carta es un tal Francisco de Robles, quien parece ser un hombre a servicio del Duque de Atrisca. “Su ama”, debido a la manera en cómo expresa sus deseos, debe ser una figura femenina de dicha casa ducal con cierta autoridad. Un mes después, el estado de esta mujer empeoró tanto que ella misma planteó que la visitara Peralta en persona. Para conseguirlo, el mismo Francisco de Robles redactó una nueva nota, en la que transmitió la orden de su señora: “Mi ama [...] quiere que inmediatamente se ponga Vm en camino”,¹¹¹ anunciándole que para que realizase el viaje de Madrid a Colmenar lo más rápidamente posible, tendría a su disposición “un tiro” del Duque de Atrisco. Además, en esta nota de aviso se le recuerda que “juntamente trahera consigo el remedio u remedios que se pueden poner.” El deseo de que el médico acudiese personal y rápidamente fue, como en el caso anterior, motivado por el empeoramiento del paciente. Desde la perspectiva de la enferma, la visita a casa fue percibida como un recurso primordial, que se tenía que efectuar además de forma inmediata. La estrategia que se aplicó para asegurarse una pronta realización de la misma fue recoger al médico con un vehículo propio de la casa ducal. Son dos aspectos que llaman la atención. Por un lado hay un cambio sustancial entre las dos notas de un mismo autor: mientras que en el primer billete se cuidaron las formas, demostrando todo el respeto hacia Peralta (“pues sabe soi suio y deseo más ocasiones de servir a Vm a quien guarde Dios muchos años”), en cambio, en el segundo billete muy breve, que no difiere apenas

¹¹⁰ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Francisco de Robles, Colmenar, 13 de julio de 1718.

¹¹¹ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Francisco de Robles, Colmenar, 15 de agosto de 1718.

del primero, no se tomó tiempo para cortesías, tal vez por la urgencia del caso, siendo su único objetivo transmitir de forma clara y precisa la voluntad de la paciente. En vez de deseo, la palabra orden sería tal vez más apropiada para este tipo de comunicación, lo que nos lleva al segundo aspecto que cabe destacar: en este aviso, como en casi todos de este tipo que reclaman la presencia de Peralta en el hogar del enfermo, se hace evidente una actitud por parte de los pacientes y sus allegados de poder disponer libremente de los servicios y el tiempo del médico siempre que lo necesiten por su estado de salud. Es decir, en las notas de aviso no se pregunta por la disponibilidad del médico, sino que se insinúa que el médico acudirá al instante a la llamada. Estas notas muestran los inconvenientes de ser médico de nobles similares a los que aludió Flores al escribir a Peralta tras su regreso de París a Madrid: “No dudar se hallara Vm. con bastantes empeños de señores para que sea su Médico, pero si mi suplica vale algo le pido no vuelva a suxetarse a ninguno pues la libertad para asistir cómo i cuándo quisiese no tiene precio, [...]”.¹¹² El grado de la prontitud que se exige del médico varió, dándole, según el caso, mayor o menor flexibilidad para cumplir con sus deseos. Por ejemplo, una exigencia de atención inmediata parecida a la anterior se encuentra en la llamada que se le hizo para atender a el Marqués de Navamorquende. La nota de aviso del 5 de agosto de 1716 le llegó a Peralta desde el mismo Madrid, informándole sobre los “bomitos mui fuertes” que sufría el Marqués. Como la visita de Peralta no podía esperar se le insistió en que “se sirva de llegarse a verle en la primera visita que salga de su casa”, aumentando el nivel de compromiso con la frase siguiente: “Espero que Vm. no [h]ara falta”.¹¹³

En cambio, Doña María Theresa Zavalza le concedió un poco más de flexibilidad a Peralta, cuando le pidió que atendiese tanto a su marido (“un dolor cólico”) como a ella (malestar por un aborto que sufrió).¹¹⁴ Mediante un escribano, la enferma “le suplica no dege

¹¹² AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Leonardo de Flores, Sevilla 23 de junio de 1716.

¹¹³ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Juan Fernando Sanz, Madrid, 5 de agosto de 1716.

¹¹⁴ “por haber malparido y sentirse después cada día peor”. Malparir es según el Diccionario de Autoridades: “Abortar y parir antes de tiempo.” Y Malparida: “Se llama la muger que malparió o abortó.” (Dicc. Aut., 1734, p. 466,2.) Se entendía entonces “malparir” como sinónimo de abortar.

de verla oy en todo el dia, o lo más presto que pueda y le den lugar sus ocupaciones”. Es decir, aunque en principio requiso su visita inmediata, se mostró algo más empática con las posibles otras ocupaciones ya agendadas del médico. Sin embargo, para conseguir el objetivo que Peralta atendiese a los dos y dar un mayor énfasis a su petición, la paciente utilizó una estrategia persuasiva: alabar la pericia del médico recordándole al mismo tiempo la vieja amistad que tenían: “Espera de ver al señor don Juan por la antigua amistad, y por la experiencia que tiene de lo que siempre ha executado, y esta muy presente en su reconocimiento”.¹¹⁵

En otro billete fue el marido, Manuel Marqués, quién solicitó a Peralta que acudiese a visitar a su mujer por la enfermedad que padecía desde hacía cinco meses. Aunque en el aviso se pidió que la visita se hiciera de un día para otro, la forma en la que se dirigió al médico en esta ocasión es mucho más respetuosa, y se le dió un margen de actuación algo más amplio. El escribano anónimo de la carta escribió como “vuelve Don Manuel a suplicarle [que Peralta] tome el trabajo de visitarle mañana por la tarde, o quando fuere más de su combeniencia”.¹¹⁶ Manuel Marqués y su mujer enferma debían ser clientes “nuevos” de Peralta, ya que se indica en ella que el portador les indicará la ubicación de su casa.¹¹⁷ De este billete corto se desprende además que anteriormente hubo otros intentos por parte de Don Manuel Marqués de contactar con Peralta, ya que se indica que el marido de la enferma había acudido dos veces en persona a ver al médico para pedirle que visitase a su mujer: “Y no haver logrado hallarle en casa, se bale de este medio para suplicar al Señor Don Juan [que] pase”.¹¹⁸

Además de éste, hubo otro caso en el que se optó por dejar el aviso por escrito al no haber encontrado a Peralta en su casa para avisarle oralmente de la necesidad de sus servicios médicos. El motivo para esta llamada fue una junta de médicos que se pensaba hacer en casa de Manuel de la Cruz para la cual contaban con la participación de Peralta. El hecho de no

¹¹⁵ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta en nombre de María Theresa Zavalza, sin lugar, sin fecha.

¹¹⁶ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta en nombre de Don Manuel Marqués, sin lugar, sin fecha. Aunque es de suponer que la carta procede de Madrid.

¹¹⁷ “el portador de éste dará las señas de la casa”, Ibid.

¹¹⁸ Ibid.

haberle podido localizar hasta entonces, parece que causó cierta desesperación en el autor de la carta, Miguel de Ybarra, una persona cercana al enfermo. Así, sin más, empieza la carta así: “Amigo y señor, no ay quien bea a Vm, aunque le busquen en su casa y en el interin que lo repito suplico a Vm. con todo encarecimiento me aga el favor de asistir a la Junta”.¹¹⁹ La junta de médicos, a la que esta carta invita a uno de sus miembros elegidos, representa uno de los escenarios más típicos de la práctica de la medicina académica, de la que trataremos más adelante.

En resumen, los enfermos implicados en estos billetes solicitaron la visita domiciliaria de un médico, cuando la hasta entonces practicada consulta a distancia resultó insuficiente para las necesidades de los enfermos. Esto sucedía muchas veces cuando el estado de salud había empeorado. En otros casos, fue simplemente a causa de una enfermedad larga o complicada para cuya curación se pensó que había llegado el momento de solicitar la asistencia de un médico. Otro motivo por el que se solicitó la presencia personal de Peralta en casa de los enfermos fue la convocatoria de una junta de médicos.

Las estrategias que se aplicaron para conseguir dicha visita de Peralta fueron diversas: desde el encargo de varias personas, el uso de la posta y la recogida de Peralta en su casa con el medio de transporte propio de una casa ducal, hasta el recurso a medios retóricos, sumamente emotivos, aplicados en un mismo billete. Dependiendo de la posición socio-económica del paciente y de la confianza que tenía con el médico, variaba (ligeramente) también el tipo de relación médico-paciente. Sobre todo en el caso del Duque de Arcos, pero también en los enfermos relacionados con el Duque de Atrisco y el Marqués de Navamorquende, el tono que domina estos billetes es imperioso y categórico. Vinculado a ese tono es la inmediatez con la que se requiere la atención médica. Son los pacientes y sus próximos los que deciden sobre cuando Peralta ha de acudir a su domicilio. En cambio, en pacientes algo menos poderosos o

¹¹⁹ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Miguel de Ybarra, lugar: “de la Posada”, fecha: “oy Domingo”.

que al parecer no tienen la suficiente confianza con Peralta, la forma de dirigirse al médico se suaviza en cierta manera, utilizando en mayor grado un lenguaje de cortesía y mostrándose ligeramente más paciente en torno a cuando contar con su visita.

Sin embargo, en todos los casos la relación que se muestra aquí es la que se establece por lo habitual entre un usuario y una persona que ofrece determinados servicios. Al contratar aquel servicio, la persona que lo realiza se convierte automáticamente en un servidor y como tal lo tratan las personas que le encargan, en este caso los pacientes. Es decir, aquí hallamos la típica – pero no exclusiva – relación de poder en la que es el paciente quien la domina, no el médico. Esta lógica que subyace a muchas relaciones médico-paciente, se puede ampliar también a otros servicios de salud, más allá del ámbito académico. Finalmente, se hace evidente que para llamar a un médico lo habitual era acudir a éste en persona para avisarle oralmente. Tal y como algunos casos lo demuestran, el uso del billete a veces fue el resultado de un segundo intento de contactar con Peralta, tras un fracasado intento verbal.

II.2.2 Tratamientos médicos

En el siguiente apartado se analizará la actitud, la percepción y el comportamiento del paciente ante un tratamiento recibido por un médico. Para ello, nos basaremos en una selección de casos que están relatados en la mayoría de ellos, no por los pacientes, sino por los médicos que resumen todos los intentos terapéuticos que se ha aplicado hasta entonces. Como no mostraron el efecto esperado, dichos médicos buscaron la opinión de otro experto, siendo en nuestro caso el médico Juan Muñoz y Peralta. Aunque se trate de relatos escritos desde el punto de vista de un médico, es posible captar la reacción del enfermo ante las terapias aplicadas, ya que su conducta forma parte de dichas relaciones.

El primer caso es el de Catalina de Barrios, una chica joven de 17 años que tras una larga serie de diferentes dolencias acabó padeciendo ataques epilépticos. El médico que relató este caso clínico en el año 1716 a Peralta fue el doctor Juan Perfecto de Carvallo de la ciudad

de Puerto de Santa María quién algunos años más tarde obtendría los honores de Médico de Cámara.¹²⁰ Como modelo explicativo de la causa de la enfermedad, Carvallo dio a entender que todo había empezado hacía dos años por culpa de unas obstrucciones en el estómago que habían resultado de un consumo excesivo de ciertos alimentos. Los residuos de dichas obstrucciones anteriores se unieron con “algunas recientes crudezas”, “nacidas de la audacia que semejantes señoritas regularmente tienen en comer frutas i otros acidos”.¹²¹ Del mismo modo que existían determinados alimentos que se clasificaban como alimentos propicios para la salud, sobre todo para fortalecer el cuerpo débil de un enfermo,¹²² también existía otra serie de comestibles que eran considerados nocivos tanto para las personas sanas como para las afligidas. Entre aquellos alimentos dañinos para la salud destacaba en particular la fruta.¹²³ Si recordamos la importancia que entre las *sex res non-naturales* asumió la regulación en la comida y bebida, vemos aquí otro ejemplo de las consecuencias graves que un consumo excesivo de ciertos alimentos podía causar: provocaban enfermedades que podían terminar incluso en epilepsia. Pero demos un paso atrás. En el caso de Catalina de Barrios, antes de la aparición de los ataques epilépticos lo que más molestaba a la enferma eran unas fiebres tercianas. Para hacer frente a ellas, el doctor Carvallo aplicó una serie de remedios para ablandar los humores obstruidos, empezando por unos más suaves como el agua Angélica, algunas deccociones y purgantes. Progresivamente aumentó la intensidad de los fármacos, hasta que llegó a administrarle quina y sales febrífugas. Sin embargo, esa terapia no mostró el efecto deseado. Al contrario, provocó que la fiebre se prolongara aún más y que la enferma sintiera inapetencia y sed, además de no poder conciliar el sueño. La teoría explicativa detrás de la ineficacia de dicho tratamiento fue que “se había

¹²⁰ Dichos honores le fueron otorgado en 7 de agosto de 1729, véase Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, Vol. 6, Madrid: Manuel Tello, 1885, p. 311.

¹²¹ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de J.P. Carvallo sobre la enfermedad de Cathalina de Barrios, Puerto de Santa María, 16 de junio de 1716.

¹²² Ken ALBALA, "Food for healing: Convalescent cookery in the early modern era", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 43 (2012): pp. 323-328.

¹²³ ALBALA, *Eating Right in the Renaissance*. La relación establecida entre el consumo de frutas y enfermedades crónicas la hemos visto ya en otro caso, trazado brevemente más arriba. AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Fray Miguel, sin fecha, sin lugar.

excalentado el aparato morbo con su uso y que necesitaba encenderlo”. La falta de menstruación confirmó todavía más dicha teoría. Entonces se modificó la terapia, volviendo a la clásica de sangrías (dos sangrías en los tobillos) y purgaciones.¹²⁴ Particularmente contra la fiebre persistente, le aplicó a la enferma unas sanguijuelas “para evacuar y atemperar la causa”, completándolo con la administración de unos sueros y otra sangría de la salvatela.¹²⁵ Con toda esta serie de remedios la paciente obtuvo una notable mejoría: por primera vez en mucho tiempo quedó libre de las tercianas durante tres días. Según el discurso del médico, probablemente hubiera encontrado un final feliz con este tratamiento, si no hubiese sido frustrado por el comportamiento de la misma enferma. Catalina de Barrios, durante el tratamiento, “hizo exceso de comer una buena porción de ensalada y aceitunas, y beber a su placer, de que resultó el repetir como antes diariamente dos tercianas”.¹²⁶ Controlarse en la alimentación fue concebido y definido como uno de los deberes con los que deberían cumplir los pacientes para garantizar el buen desarrollo de un tratamiento médico. De ahí que comer y beber sin control en pleno curso terapéutico fue, según las reglas de la medicina galénica, una conducta irresponsable que causaba la recaída. Signo del empeoramiento y del nuevo rumbo que tomó el curso de la enfermedad fue un cambio notable en el estado de ánimo de la enferma. “Se [substituio] una congoxa i tristesa, que le ofendia el comercio de sus fami liares i solicitava la soledad para llorar, acompañada de un dolor de cavesa”.¹²⁷ Esta alteración fue interpretada como el inicio de una nueva fase de la enfermedad, en la que empezaron a aparecer ataques de epilepsia. Los padecimientos de esta recaída alcanzaron tal nivel que Catalina de Barrios terminó sufriendo 140 ataques epilépticos en 46 días. En la retrospectiva del relato construido por el médico, la “non-compliance” por parte de la enferma figura aquí como el momento de inflexión en esta historia de caso. La evolución dramática de su enfermedad aporta una

¹²⁴ Las purgaciones aplicadas eran: “apnemas de raíces diuréticas, decoquentes de cristal tártaro y jarabe de chicorias, infusión de ruibarbo y de nuevo jarabe de Conde y Persico”.

¹²⁵ Se denominaba “salvatela”, la vena que se halla entre el dedo meñique y el anular, Dicc. Aut., 1788.

¹²⁶ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de J.P. Carvallo.

¹²⁷ Ibid.

dimensión todavía mayor al error cometido y con ella a la culpabilidad de la enferma.

En resumen, el médico Juan Perfecto de Carvallo elaboró una relación minuciosa del curso de la enfermedad de Catalina de Barrios y del tratamiento aplicado, en el que la conducta de la paciente se manifestó en dos maneras. En primer lugar, durante la terapia no se adaptó a las normas dietéticas, sino que comía y bebía lo que le apetecía. En segundo lugar, sabemos como a Catalina de Barrios le molestaba la presencia de los familiares. En lugar de tener que relacionarse con ellos, prefería retirarse para poder expresar sus sentimientos melancólicos en soledad. Nos encontramos aquí con un ejemplo de cómo percibía una enferma, con una afección determinada, la constante presencia de familiares y otros visitantes que solían reunirse en torno a su lecho, y cómo ella articulaba su deseo.

La articulación de deseos por parte de los pacientes durante un tratamiento en curso, no sólo es un signo para querer mantener la autonomía sobre su cuerpo, sino que también puede representar un primer paso en la negociación con el médico acerca de los remedios que debía aplicar. Era rara vez en que las voces de los enfermos o de sus próximos no influía en el dictamen terapéutico o que por lo menos interferían en él, sea por opinar o por actuar. El caso de don Fernando de los Ríos, “capellán de honor de su Magestad y canónigo de la Santa Iglesia de Málaga”, proporciona un buen ejemplo para las dinámicas posibles que pueden llegar a desarrollarse en una negociación entre médico y paciente.¹²⁸ A sus 68 años de edad, Fernando de los Ríos, apenas había tenido problemas de salud. Era un hombre trabajador, que había viajado mucho y que acostumbraba a tomar bebidas heladas en todas las estaciones del año, incluso en invierno. El autor anónimo del relato informa como la enfermedad de Fernando de los Ríos – unos problemas de digestión – estaba relacionada con su modo de beber.¹²⁹ De hecho, el propio paciente admitió que el anterior verano había aumentado el consumo, por lo que a primeros de septiembre sufría de flato. Para remediar su mal llamó a dos médicos. Pero el

¹²⁸ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Enfermedad de Francisco de los Ríos, capellán y canónigo de Málaga, sin fecha.

¹²⁹ No queda claro si el relato clínico fue redactado por un mediador no-médico o acaso Antonio de la Torres, el último médico que fue llamado para asistirle, y quién hablaba de sí mismo en tercera persona.

cuerpo del capellán no respondió en su debida forma a casi todo lo que le aplicaron. La purga con maná y algunas píldoras no pudo aliviar su dolencia, “antes le causaron vehementes dolores de vientre y flatos y hasta hoy una sequedad de boca que se abraza”.¹³⁰ Tampoco funcionó el régimen que siguió para ayudar a su cuerpo a digerir mejor, con la consecuencia que “se ha ido secando y está muy flaco”. Únicamente la aplicación de sanguijuelas surtió algún efecto, las que le fueron administradas porque había echado sangre por la boca, sangre que el enfermo declaró proceder de la cabeza, “porque la sentía vajar”. Al observar la poca mejoría del tratamiento, Francisco de los Ríos decidió que había llegado el momento de volver a su conducta habitual de beber frío, probablemente porque consideraba que así recuperaría algo de su fuerza perdida. Así interfirió activamente en la terapia:

“Y aviendo ynstado muchas vezes le diessen de beber frío y agua de limón por la tarde y algunas orchatas por la mañana, no fue possible querer dárselas los médicos. Y él, sin lizenzia, tres tardes tomó un vazo de agua de limón sin enfriarla, sino es del tiempo, con la qual le parecía sentía grande alibio y gana de comer”.¹³¹

Oponerse de forma consciente a las órdenes de los médicos y seguir con su propio remedio que a lo largo de toda su vida se había relevado como beneficioso, fue lo que por fin mostró un efecto. Fernando de los Ríos informó a los dos médicos sobre el buen resultado de su “non-compliance”, a lo que ellos reaccionaron aplicándole otros sueros, uno de ellos una infusión de sen, “el qual hizo tal operazió de dolores de vientre y flatos que, aviendo más de un mes que lo tomó, aun todavía le duran algunos dolorsillos y continuados flatos”. Esta serie de malas experiencias con los médicos finalmente condujo al capellán a despedirlos, “diziendo que no avia de tomar cosa que le mandassen”. Desde entonces vivía mejor, hasta que quince días antes de la redacción de la carta le “sobrevino una destemplanza”, para cuya curación llamó al médico Antonio de la Torre. Éste trató de curarlo con polvos de ojos de cangrejo, cristal tártaro y agua de grama, junto con la aplicación de unciones en el vientre. Aquí termina el relato

¹³⁰ Ibidem.

¹³¹ Ibid.

que refiere el caso clínico del capellán y que en algún momento llegó a las manos del médico de corte Juan Muñoz y Peralta. Aunque no sabemos si la consulta a Peralta se efectuó en nombre del paciente, del médico Antonio de la Torres, o de otra persona, lo que queda patente es la participación activa del capellán en todo el proceso de su curación. La forma en la que influye en dicho proceso empieza por expresar como percibía los efectos de las medicinas aplicadas. Después de un tiempo en el que colaboraba y seguía los dictámenes de los médicos, articuló explícitamente lo que el cuerpo le pedía: beber agua fría. Como no le hicieron caso, el paciente terminó en desobedecer y en actuar en contra de las indicaciones terapéuticas. El resultado positivo de esta medida, al parecer, le dio la suficiente confianza para informarles a los médicos de su desobediencia. Pero, en vez de respetar la experiencia subjetiva del enfermo y a adaptarse a ella con un acercamiento terapéutico diferente, los médicos continuaron con su método tradicional. La ruptura de esta relación médico-paciente que el enfermo realizó poco después se ha de entender como consecuencia de problemas de comunicación y entendimiento entre ambas partes. Por un lado, y desde el punto de vista de los médicos, el paciente se equivocaba al oponerse a su dictamen. En cambio, desde la perspectiva del enfermo, los médicos erraron al no escucharle. La capacidad de decisión del enfermo en su afán de mantener la autonomía sobre su cuerpo se manifiesta claramente en este ejemplo, siendo su última expresión la consulta a continuación de varios médicos.

El cambio de profesionales sanitarios, el llamado *healer-hopping*, era una práctica habitual en la Europa de la Edad Moderna.¹³² Hacer venir a unos, despedir a otros, llamar a representantes de diferentes corrientes médicas de la época podía terminar en numerosos encuentros con profesionales de la medicina en el domicilio del enfermo. Aquellas reuniones se podían efectuar de forma consecutiva o simultáneamente en una junta de médicos. Para tratar la primera de las dos formas, nos sirve el caso de la enfermedad de Enrique Guerrero, un hombre

¹³² ERNST, "Medical Plurality".

de 57 años y natural de Pinto.¹³³ Enfermo de melancolía hipocondríaca había consultado a una serie de médicos durante los más de dos años, que duraba su enfermedad. El caso de Guerrero es un perfecto y representativo ejemplo de un paciente que, a principios del siglo XVIII, podía recurrir tanto a la medicina tradicional como a la medicina moderna. Por lo que relata el médico de partido de Pinto, Joseph Antonio Pomares y Noguera, quien hace un resumen de todos los tratamientos que hasta entonces le habían dado el enfermo, para Enrique Guerrero y sus familiares no debía haber sido fácil orientarse en aquellos sinfines de corrientes, métodos y terapias aplicados en el curso de su enfermedad. Aunque los representantes de los diferentes sistemas estuvieran de acuerdo en el diagnóstico de la enfermedad, la forma para entender la causa del mal, sin embargo, difería completamente. Cada sistema o corriente médica ofrecía un modelo explicativo para el origen de la enfermedad y, estrechamente vinculado a tal modelo, estaba la indicación terapéutica. Es decir, la orientación sistémica de un médico a veces se podía reconocer simplemente a base de las medicinas que aplicaba, otras veces, sin embargo, se mezclaban en la práctica los remedios recetados. Ahora bien, para un enfermo como Enrique Guerrero, ¿cómo se plasmaban en la práctica aquellas atenciones médicas que procedían de corrientes diversas? Y, a la hora de elegir entre uno y otro, ¿cómo se comportó el paciente?

El primer médico que fue llamado para remediar su mal era el médico de Valdemoro representante de la medicina tradicional. Su oferta terapéutica se componía básicamente en administrar diversos tipos de purgaciones (píldoras católicas, polvos cornechinos y maná)¹³⁴ y de poner sanguijuelas. Después de haber aplicado esa serie de remedios, a Francisco Guerrero “le pusieron en suma devilidad, pues coynsidió como antes en una melancholía ypocondríaca,

¹³³ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta del médico Joseph Antonio Pomares y Noguera sobre la enfermedad de don Enrique Guerrero, Pinto, 12 de agosto de 1716.

¹³⁴ El maná es un “licor que fluye haciendo incisiones en la corteza del orno (*Fraxinus ornus* L.) durante el verano y que se convierte en una masa sólida de color amarillo y sabor dulce.” Como tal figura entre las cosas principales que debería tener una botica, véase Charles DAVIS y María Luz LÓPEZ TERRADA, "Protomedicato y farmacia en Castilla a finales del siglo XVI. Edición crítica del Catálogo de las cosas que los boticarios han de tener en sus boticas, de Andrés Zamudio de Alfaro, Protomédico general (1592-1599)", *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia* 62, 2 (2010): pp. 579-626.

gran cansancio, difícil respiración, sed y nexausta, tos seca [...] y otros diferentes síntomas”.¹³⁵ Por lo visto, la debilidad del enfermo y la ineficiencia del tratamiento eran razones suficientes para cambiar el médico. El siguiente “candidato”, ejercía una medicina muy diferente a su antecesor. En su indicación terapéutica entraron varios medicamentos que se solían relacionar con la medicina moderna, en concreto con la iatroquímica. Entre ellos figuraban por ejemplo los polvos “estomacales de Zapata”, una untura y píldoras “anteypocondriacas” de Carlos Mussitano, y la leche de burra, medicina que a menudo entraba en las terapias del propio Peralta. No sabemos en qué manera el tratamiento de este médico anónimo fue recibido por parte del enfermo. Lo único que podemos constatar es que después de este médico innovador, a Guerrero le atendió una de las figuras más representativas de la medicina tradicional galénica en su casa. Dicho médico fue nada menos que el catedrático de la facultad de medicina de la Universidad de Alcalá, el doctor Antonio Díaz de Castillo. La postura que mostraba Antonio Díaz en sus defensas públicas del galenismo se refleja igualmente en su práctica terapéutica.¹³⁶ Los diferentes remedios que recetó para la enfermedad de Enrique Guerrero son de los más clásicos que la botica galenista tenía para ofrecer, aunque también figura alguno del ámbito espagírico:¹³⁷ Unos “caldos alterados” en los cuales entraron polvos de rasuras de marfil, antiéctico de Poterio, ojos de cangrejos, raíz de china y cuerno de ciervo. A continuación, le purgó con unas píldoras de acíbar, lavado con zumo de violetas, goma de armoníaco y escamonea sulfurada. Además tomó el enfermo cada día treinta gotas de agua de melisa. La última medida terapéutica que el médico de Alcalá mandó hacer fue ir a tomar las aguas de la Fuente del Toro. Pero como desde Pinto a El Molar, localidad en la que se hallaba dicha fuente, había un trayecto de unos 65 kilómetros, “no se ejecutó, por las pocas

¹³⁵ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta del médico Joseph Antonio Pomares y Noguera sobre la enfermedad de don Enrique Guerrero, Pinto, 12 de agosto de 1716.

¹³⁶ Antonio Díaz de Castillo publicó varios tratados en defensa del partido de los galenistas. Por ejemplo, en la polémica iniciada por M. M. Boix y Moliner salió dos veces en defensa del galenismo: *Hypocrates desagaviado de las ofensas por Hypocrates defendido*, Alcalá, 1713 y en *Hyppocrates entendido a beneficio de la doctrina de Galeno*, Alcalá, 1719.

¹³⁷ Menos el antiéctico de Poterio, todos los remedios recetados por Antonio Díaz aparecen en el Catálogo de Andrés de Zamudio de finales del siglo XVI, véase DAVIS y LÓPEZ TERRADA, "Protomedicato y farmacia".

fuerzas del enfermo”. Cambio de turno. El médico siguiente era el autor de la carta, el doctor Joseph Antonio de Pomares y Noguera que acababa de instalarse como médico de partido en la villa de Pinto. Debido a que el enfermo “se alla al presente mui extenuado”, el médico que entró como último en el proceso de curación de Enrique Guerrero, obró con mucha prudencia y administró solo algunos remedios leves para fortalecerle (leche de azufre con agua de escabiosa, agua de rayas de fresas y agua tibia con unas rayitas de orozuz). Fue finalmente el enfermo quién encargó a este último médico de escribir a Muñoz y Peralta una relación del curso de su enfermedad y tratamientos, para poder recibir de ese gran médico novator nuevas indicaciones.

El proceso de curar a Enrique Guerrero es un buen ejemplo para la gran variedad de médicos y sus respectivos sistemas terapéuticos – oscilando entre lo tradicional y lo moderno – que podía suponer la asistencia médica a principios del siglo XVIII. Aunque la relación procede de la pluma de uno de los médicos implicados, la conducta del enfermo y sus allegados se deja entrever de forma indirecta en su decisión de cambiar relativa y frecuentemente de profesionales sanitarios. El tratamiento se inició con un médico tradicional de la vecina localidad de Valdemoro, el segundo fue un médico de corte moderno, el tercero un representante renombrado de la medicina galénica, el cuarto un médico de partido de la villa de Pinto con una cierta inclinación hacia lo moderno, que además, sirvió de mediador para contactar con la gran figura de la medicina moderna, el médico Juan Muñoz y Peralta. Todo indica que Enrique Guerrero cambiaba de médico cuando las medicinas recetadas no le hacían efecto o le debilitaban. Con cada nuevo doctor, el enfermo se enfrentaba a nuevos métodos terapéuticos, teniendo que consumir todo tipo de medicinas, desde lo más galénico-tradicional hasta los fármacos más recientes de la espagírica. Lo que destaca en la forma de elegir los profesionales es el hecho que el enfermo y/o sus allegados no lo hacían de una forma lineal desde la medicina tradicional para cambiarse después definitivamente a la moderna, sino que eran movimientos dinámicos de un ir y venir entre un sistema y otro. Para entender ese comportamiento, a primera vista poco lógico, de volver a recurrir a un sistema médico del que

anteriormente ya se había experimentado su ineficacia, es importante tener en cuenta quién era la figura que ejercía dicha medicina. Cada vez que se volvía a uno de los dos sistemas, no se llamó a cualquier representante de ellos, sino a una de sus mayores autoridades. Es decir, después de la experiencia con un médico moderno, en la casa del enfermo no se recibía a un simple médico tradicional, sino a una eminencia entre los defensores del galenismo, el catedrático de la Facultad de la Medicina de la Universidad de Alcalá. Así mismo, para el segundo intento con la medicina moderna se dirige a nadie menos que a Muñoz y Peralta, una de las figuras más centrales del movimiento novator de la medicina española.

II.2.3 Junta de médicos

En lugar de consultar a diferentes médicos de forma consecutiva, tal y como lo hemos visto ahora, entre las familias adineradas también era habitual convocar juntas de médicos para obtener varios pareceres en el marco de solo un evento.

En la época, un lugar de encuentro típico donde también se manifestaba la relación del médico con el paciente era la junta de médicos a la cabecera del enfermo, un encuentro que ponía en juego las jerarquías y las preeminencias sociales, así como los saberes y los valores que las sustentaban. Como práctica se mantenía durante toda la Edad Moderna, desapareciendo paulatinamente a principios del siglo XIX.¹³⁸ Convocadas por el enfermo o sus parientes, a la cabecera del enfermo expresaban y defendían los médicos llamados su parecer ante la causa de la enfermedad y el tratamiento adecuado para restablecer su salud. El orden en que cada uno tomaba la palabra era relevante ya que refleja la autoridad y el prestigio de cada médico ante el público. Por su importancia, el orden de intervención en las juntas de médicos fue objeto de varias disputas.¹³⁹ El objetivo era alcanzar un acuerdo sobre el caso clínico, para así poder comunicar un dictamen conjuntamente con la indicación terapéutica oportuna. El enfermo

¹³⁸ Pilar LEÓN, "La consulta médica. Una práctica de la medicina en el siglo XVIII", *Dynamis*, 22 (2002): pp. 279-302.

¹³⁹ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Las consultas y juntas".

asume un papel activo en las juntas: tanto por su competencia de convocar la junta como por su decisión de aceptar o no el dictamen de los médicos.¹⁴⁰

Una puesta en escena de una junta de médicos ideal nos proporciona la obra *Hipócrates defendido* (1711) de Miguel Marcelino Boix y Moliner, médico, cirujano y miembro fundador de la Regia Sociedad de Sevilla.¹⁴¹ El libro, que suscitó una gran polémica a principios del siglo XVIII, reconstruye en el núcleo de la obra una fingida junta de médicos, presidida por el propio Hipócrates. Dicha junta sigue un esquema ideal, en la que se plasman las interacciones entre un buen médico y un buen enfermo en el momento de su encuentro. La situación es la siguiente: en casa de un enfermo rico que padece una calentura aguda, tiene lugar una junta de médicos, a la que fueron convocados, además de Hipócrates, ocho médicos que representan las diferentes corrientes médicas que circulaban en ese momento en Europa: un galenista, un paracelsista, respectivos seguidores de Jan Baptista van Helmont, Thomas Willis, Franciscus Sylvius, René Descartes, Juan Doleo, así como el fibrista Giorgio Baglivi en persona. Todos entraron a ver el enfermo, quien les recibió con mucho agrado, en particular al viejo Hipócrates que se había bajado a propósito de los Campos Elíseos para poder asistir. El enfermo les hizo una corta pero exacta relación de su enfermedad. Los médicos salieron de la habitación del enfermo y se retiraron a otra para celebrar la Junta. Empezaron a hablar por el orden según la antigüedad y grados de cada uno. Hipócrates escucho, sin intervenir, a cada uno y cuando todos terminaron, de repente dando un golpe sobre el brazo de la silla, dio un grito y preguntó: “¿Para

¹⁴⁰ Ibid., pp. 310-311.

¹⁴¹ Miguel Marcelino BOIX Y MOLINER, *Hippocrates defendido de las imposturas y calumnias que algunos Medicos poco cautos le imputan: En particular en la curación de las enfermedades agudas: Pues hasta aora todavía se ignora como las curava: con sola la Exposicion, o Comento del primer Aphorismo: Vita brevis, Ars vero longa, etc.* (Madrid: Matheo Blanco, 1711). Aunque el único estudio monográfico sobre el médico Boix y Moliner y su actividad como polemista es de José F. PRIETO AGUIRRE, *La obra de Boix y Moliner. Historia de una polémica* (Salamanca: Universidad de Salamanca, 1960)., la obra de Boix y su causada controversia forman parte de trabajos más recientes, véase Àlvar MARTÍNEZ VIDAL y José PARDO TOMÁS, "Un siglo de controversias: la Medicina española de los Novatores a la Ilustración", en *La Ilustración y las Ciencias. Para una historia de la objetividad*, ed. Josep Lluís BARONA, Javier MOSCOSO y Juan PIMENTEL (Valencia: Universitat de València, 2003), pp. 107-135.; Jesús María GALECH AMILLANA, "Astrología y medicina para todos los públicos: las polémicas entre Benito Feijoo, Diego de Torres y Martín Martínez y la popularización de la ciencia en la España de principios del siglo XVIII" (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 2010).

qué me tienen por Príncipe de la Medicina, cuando yo no enseñé nada de todo lo que Vuestras mercedes han dicho en la junta?”¹⁴² Hipócrates debatió con cada uno de los representantes de las diversas doctrinas, y al final les hizo ver a todos los errores que estaban defendiendo. Volvieron junto al enfermo y después de una detenida observación, el presidente pronunció el pronóstico: sin aplicar ningún remedio, solo con dejar todo al beneficio de la naturaleza, después de tres días el enfermo sudará y se quedará libre de la enfermedad. Y así fue. Los parientes le dieron las gracias a Hipócrates por haber curado al paciente. Estaban tan agradecidos que insistieron en pagarle una gran cantidad de doblones. Hipócrates se negó a aceptar el dinero por considerarlo indigno de un médico, pero con un regalo sí que se podía conformar.

A modo de contextualización, esa junta de médicos es una escenificación de la controversia científica que desde el punto de vista de Boix y Moliner tanto definía a la medicina europea de principios del siglo XVIII: un sinfín de conceptos y teorías en los que nadie se ponía de acuerdo. En opinión de Boix hacía falta la autoridad del gran Hipócrates para dar orden y claridad al asunto. Sobre todo el resultado de esta junta fingida le servía al autor para promover la doctrina del llamado hipocratismo renovado. Según Boix, consistía en dejar obrar al poder curativo de la naturaleza y no interrumpir innecesariamente el curso natural con una aplicación excesiva de remedios. Experiencia, observancia y un abstencionismo terapéutico al estilo de Thomas Sydenham (1624-1689) eran los elementos claves de esa corriente y también de la obra *Hipocrates defendido*.¹⁴³ Recordemos que la junta esbozada por Boix se caracteriza además por ser un encuentro del médico ideal con el enfermo ideal, según las ideas de Boix. Dejando para ahora de lado el médico, el enfermo está representado aquí como alguien que trata al médico con mucho respeto, que tiene paciencia, que es obediente, y que se muestra junto con sus parientes muy agradecido por el trabajo del médico. Y, sobre todo, no interfiere con su opinión

¹⁴² BOIX Y MOLINER, *Hippocrates defendido*, p. 355.

¹⁴³ MARTÍNEZ VIDAL y PARDO TOMÁS, "Un siglo de controversias", p. xxx.

propia, sino que solo participa en el discurso cuando es preguntado.

Dado que esa junta idealizada se cumplía rara vez en la realidad, algunos médicos ponían en entredicho la utilidad de la práctica de reunir tantas opiniones diferentes junto al lecho del enfermo. De hecho, Boix propone la junta fingida, precisamente por su actitud crítica hacia su provecho tanto para la ciencia como para la salud del enfermo.¹⁴⁴

Veamos ahora otra junta, una real y descrita por el propio enfermo, que evidentemente contrasta con la representación idealizada de Boix y Moliner. En una carta de consulta a Muñoz y Peralta, un fraile de Bilbao relata su dolor continuo en el vientre durante varios meses, sin que los remedios aplicados a lo largo de sus viajes le hubieran hecho ningún efecto. Cuando llegó a Burgos en marzo de 1719, llamó a varios médicos para tratar su enfermedad: “Y aviendome visitado los mejores medicos de la ciudad, y viendo tanta contrariedad en los accidentes y ningun alivio en los remedios, empezaron a dividirse los pareceres”.¹⁴⁵ Unos médicos veían el origen de la enfermedad en un dolor nefrítico que formaba piedras en el riñón. Otros optaban por “una fluxión reumática a los músculos de la abdomen y [del] peritoneo, y que dicha fluxión o reuma embebida en dichos músculos [...] causava las opresiones”. Sea por unas piedras o por una fluxión reumática, en opinión de todos los médicos radicaba el problema principal en el hígado. Juzgaban que allí se producían humores cálidos y sueros acres, así como una mala depuración de las sales lixiviales. Hasta aquí la explicación del caso clínico, reproducido por el propio paciente. En cuanto al dictamen terapéutico, los médicos convocados coincidieron en la necesidad de hacer varias sangrías, por lo que “se ejecutaron nueve en brazos, tobillos y salvatela, y aun no quedaron algunos contentos”. Le administraron además unos remedios atemperantes, como sueros y horchatas. La reacción del fraile después de haber aguantado todas aquellas indicaciones terapéuticas fue que “Y io, mas apurado que curado, dejé

¹⁴⁴ En la misma línea crítica también se expresaron otros médicos, como Pedro Gassendi quien describe una junta de medicos en su libro *Disquisición metafísica. Sintagma philosophicum* (1658), tomo 2, libr. 12, sect. 3, cap. 5 de “morborum crisisibus”. Y también Joseph GAZOLA, *El mundo engañado de los falsos médicos. Obra posthuma, traducida fielmente del Toscano* (Madrid: Antonio Marín 1732).

¹⁴⁵ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de un fraile de Bilbao, posterior de 1719.

todos los remedios y empecé a hazer un poco de exercicio [...]”. El fraile, que no veía ningún efecto positivo en los remedios ordenados por estos médicos, sino que al contrario se sentía casi más debilitado que antes, tomó la decisión de no seguir más sus instrucciones, y en lugar de ello, de hacer lo que a él le parecía lo más adecuado: practicar ligeros ejercicios. De hecho, experimentó a continuación una notable mejoría de su dolor de vientre. En el caso del fraile, vemos no sólo de nuevo la función curativa llevada a la práctica de una de las *sex res non-naturales*, el movimiento, sino más importante todavía, el papel activo que asume el paciente en una junta de médicos. Aunque el enfermo solicita con su convocatoria de la junta las opiniones e indicaciones de los profesionales, al fin y al cabo, es él quien decide sobre el curso de la terapia, es decir, si continuar o rechazarla. El criterio en el que se basa para tomar dicha decisión es el propio conocimiento médico, acumulado a través de sus experiencias personales. De allí, lo que en los círculos médicos se clasificaría como conducta desobediente o “non-compliance”, es, por parte de los pacientes, una forma de aplicar su conocimiento personal y de expresar la autonomía sobre su cuerpo.

En la literatura médica se ha establecido una relación entre el grado de autonomía del enfermo y su posición social. Sin duda, la procedencia social del paciente determinaba considerablemente la relación de poder entre él y su médico. Sin embargo, en cuanto a los márgenes de su autonomía, habría que diferenciar y contextualizar más allá de razones socio-económicas. Pero volvemos primero a uno de esos textos médicos que se ocuparon de dicha relación. En opinión del médico Manuel Pellaz y Espinosa eran, sobre todo, aquellos pacientes que pertenecían a los grupos sociales privilegiados los que, con su autonomía, exigencia e impaciencia interferían en el tratamiento y así dificultaban enormemente cualquier proceso de curación. En su obra *Espejo verdadero de consultas* (1708), Pellaz y Espinosa criticó la actitud que solían mostrar los pacientes adinerados, contrastándola con la de los enfermos humildes:

“No sucede esto en los pobres y humildes, quienes vestidos de una paciencia laudable aguantan a todo quanto el Médico ordena y asimismo no ay en ellos razón de dudar que cada día se experimenta en qualquier remedio que se huviere de executar en aquellos primeros, lo qual es

causa de que en estos últimos se logran cada día unos admirables sucesos".¹⁴⁶

Es posible que la idealización de los enfermos humildes en este texto médico tuviese aquí una función meramente retórica. En cualquier caso, tiene poco que ver con la realidad, como lo muestran no sólo las frecuentes alusiones paródicas en diversas obras literarias al comportamiento poco obediente de los enfermos de los hospitales, sino que también existen abundantes ejemplos de personas sin recursos con una conducta parecida a la de la gente rica. Establecer la conexión de la procedencia social con el grado de autonomía en un encuentro terapéutico, no sólo simplifica la complejidad de la conducta humana en la búsqueda de salud, sino, y eso es aún más importante, al representar a las personas menos privilegiadas sumamente pasivas y dóciles, se les priva del afán y la necesidad de querer decidir sobre su cuerpo. En los capítulos siguientes veremos cómo eso, claramente, no era el caso.

II.3 Cirujanos y barberos

II.3.1 La práctica quirúrgica

Aunque el barbero-cirujano solía disponer de su propia tienda, la barbería o simplemente su casa, adónde la gente acudía para recibir sus servicios, muchos de sus tratamientos también los realizaba en casa de los enfermos. A continuación, veremos cómo se desarrollaban las acciones quirúrgicas en el espacio doméstico, poniendo de relieve por un lado los motivos que impulsaban a los enfermos de llamar a uno u otro o a varios barberos-cirujanos y, por otro, cómo actuaba el paciente en lo relativo a las competencias que diferenciaban legalmente las tareas del médico, el cirujano y el barbero. Para ambos aspectos es importante conocer el contexto médico-legal que regulaba y determinaba las actividades de cada oficio. En teoría, existía en la Edad Moderna una clara separación entre los ámbitos de competencia de

¹⁴⁶ Manuel PELLAZ Y ESPINOSA, *Espejo verdadero de consultas que con luz participada de los Príncipes de la Medicina se manifiesta para utilidad de muchos* (Madrid: Véndese en casa de Isidro Colomo, mercader de libros en la Plazuela del Angel, 1708), p. 357. Citado en PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Las consultas y juntas", p. 325.

los médicos y los cirujanos, respectivamente. Los trabajos que realizaba cada uno de ellos estaban bien definidos: Los médicos recetaban los medicamentos “internos” o daban órdenes para realizar diferentes intervenciones quirúrgicas, como las sangrías, las cuales luego los cirujanos o barberos llevaban a cabo. Además, se diferenciaba entre cirujanos licenciados y barberos sangradores o flebotomistas. Estos últimos, para realizar sus tareas que estaban limitadas a sangrar, sajar, sacar muelas y aplicar ventosas y sanguijuelas, necesitaban de un orden que les daba un cirujano o médico. Todo esto era en teoría, pero en la práctica, por lo que nos dicen las fuentes, parece que era difícil respetar aquellos límites establecidos. De allí, que no es raro encontrar en los tribunales de la justicia abundantes casos de intrusismo. Mientras que aquella divergencia entre teoría y práctica en el ejercicio de las profesiones médicas ya ha sido señalada por parte de la historiografía médica,¹⁴⁷ lo que pretendemos hacer aquí es centrarnos en cómo se comportaba el paciente en lo relativo a esa regulación.

A modo de introducción queremos presentar un caso que vincula las elecciones que hacían los pacientes entre los profesionales con el tema del intrusismo y su procedimiento legal. Se trata de las curaciones que realizaba el barbero Joan Alvarez de Tolosa de Navahermosa, localidad de la comarca de los Montes de Toledo, en el año 1626.¹⁴⁸ Este barbero de 32 años se había instalado dos años atrás en dicho lugar, donde por los éxitos en sus curaciones había obtenido una muy buena reputación. Al parecer, su fama adquirió tal nivel que propició que otro barbero del lugar, competencia directa suya, lo denunciase por ejercer más de lo que a él, como simple barbero, le correspondía. Fue imputado por “mal uso de oficio, por actuar como cirujano sin estar examinado”, concretamente por tratar a diferentes pacientes de piedra en el riñón y de heridas en las piernas y la cabeza. Como era un asunto legal entre los profesionales, la implicación de los pacientes se limitaba – en un principio – a dar testimonio sobre las prácticas ilícitas del acusado. Esas testificales incluidas en el pleito resultan de gran valor para

¹⁴⁷ LÓPEZ TERRADA, "Los sistemas de control".

¹⁴⁸ Archivo Municipal de Toledo, a continuación: AMT. AMT, C. 6213, exp. 153. Proceso criminal contra Joan Alvarez de Tolosa, Navahermosa, 1626-1627.

la historia del paciente, ya que gracias a ello podemos contar con datos sobre cómo el enfermo experimentaba determinados tratamientos quirúrgicos. La descripción de uno de los pacientes del barbero Joan de Tolosa ilustra varios aspectos de una intervención quirúrgica en un pueblo rural, como la toma de contacto y la realización de la misma en la casa del enfermo. Según lo relatado por Gabriel Díaz, un hombre de 46 años con problemas por no poder orinar, entró en julio de 1625 en la tienda del barbero Joan Alvarez de Tolosa. Había ido “a rogarle que le hiciese algún remedio para que pudiese orinar porque avia estado desde por la mañana hasta bien tarde que se iba a poner el sol sin poderla hacer”.¹⁴⁹ El barbero recogió sus instrumentos y se trasladó a casa de Gabriel Díaz, dónde atendió al enfermo para eliminar lo que había causado la retención de la orina: una piedra en el riñón. Así, según la descripción del paciente, “con unas tenayas le sacó a pedazos parte de una piedra que tenía atravesado en el caño y via natural de la orina”. Con esta operación quirúrgica, el enfermo Gabriel Díaz fue tratado por un barbero de lo que en teoría pertenecía a la competencia de un cirujano examinado.

Pero sigamos en el tratamiento: hubo algunas complicaciones y Joan de Tolosa no pudo sacar la piedra completamente. Ante este problema, el barbero, al parecer lo suficientemente experimentado, se sirvió de otra técnica: “le abrió con una herramienta que sacó de su estuche el caño, rompiéndole que contiene y le sacó lo restante de la dicha piedra.” El paciente, aliviado de su achaque, “luego orinó sin impedimento ninguno”. Para finalizar el tratamiento y para procurar una buena curación de la herida que había producido la intervención, Tolosa aplicó un remedio habitual para ese fin: una clara de huevo con un estopal. Cuatro días después, Gabriel Díaz “estuvo bueno y sanó porque la herida fue pequeña”.

La pericia del barbero Joan de Tolosa en aspectos de cirugía se manifestaba también en otros enfermos del lugar. Esta pericia consistía en su experiencia en saber encontrar soluciones rápidas y operar de forma poco invasiva, en disponer de herramientas adecuadas, así como en

¹⁴⁹ AMT, C. 6213, exp. 146. Testifical de Gabriel Díaz.

garantizar una cicatrización sana. Gabriel Díaz sabía por ejemplo que Pedro González, casero de los frailes, a quién dicho Tolosa curó “de una herida muy peligrosa en la cabeza y sanó de ella brevemente.” Son varios los vecinos del lugar que confirman que su labor no solo era de barbero, de sangrar y echar ventosas, sino también de cirujano, desconociendo si estaba examinado y aprobado para ello.¹⁵⁰ Ni siquiera lo tenía claro Joan Ruiz de Esteban, otro paciente, cuando llamó a Tolosa para tratarle de una pierna.¹⁵¹ La afección consistía en que tenía una pierna “sobresana”, es decir, que le molestaba una herida en la pierna que se había cerrado sólo de forma superficial, “quedando dañada la parte interior y oculta”.¹⁵² Esto se produjo por la autoatención del enfermo, sin utilizar ayuda profesional, haciendo ahora necesario abrirla. Para remediar las consecuencias, Joan Ruiz recurrió a alguien de quien tenía referencias que sabía realizar tal oficio de cirujano. El hecho de tener licencia o no para ello, parecía que carecía de importancia para el paciente. A los ruegos de Joan Ruiz de curarle, Tolosa aceptó, bajo la condición de no recibir ningún tipo de honorario para ello. Como el paciente estaba alojado durante varios días en casa de otro vecino de Navahermosa, Andrés García, el barbero acudió a casa de este. Allí desarrolló la intervención en la que liberó a la herida oculta de sus sustancias purulentas, de lo que queda constancia gracias a la testifical del enfermo: Cogió un sedal, que según la definición del Diccionario de Autoridades, era una especie de “cinta o cordón que se mete por una parte de la piel y se saca por otra a fin de provocar una supuración en el lugar donde se introduce, o de dar salida a las materias allí contenidas.”¹⁵³ Con dicho sedal le abrió la pierna. Tras la intervención volvió varias veces a casa de Andrés García, para seguir curando a Joan Ruiz de la herida. Con el resultado que el paciente “está con mucha mejoría”.¹⁵⁴ El éxito que tenía en todas las curaciones quirúrgicas, testificado por sus pacientes, no impedía que fuese acusado y procesado por intrusismo y

¹⁵⁰ AMT, C. 6213, exp. 146. Testifical de André García.

¹⁵¹ AMT, C. 6213, exp. 146. Testifical de Joan Ruiz.

¹⁵² „sobresanar“, Dicc. Aut., 1739.

¹⁵³ „sedal“, Dicc. Aut., 1739.

¹⁵⁴ AMT, C. 6213, exp. 146. Testifical de Joan Ruiz.

finalmente condenado a pagar una multa de tres mil maravedís. La gente del pueblo no se quedó inactiva ante semejante medida legal, considerada por algunos como desproporcionada dado el gran aprecio que se tenía al “nuevo” barbero Tolosa. Así, unos meses después de haberse comunicado la sentencia, Francisca Gómez, vecina de Navahermosa, tomó partido en el asunto y confrontó públicamente a la persona que ella consideraba responsable de dicha denuncia: Luis González de la Cueva, barbero establecido desde hacía tiempo en dicho lugar. Cuando varias personas estaban reunidas, Francisca Gómez, se dirigió al barbero “antiguo” y le culpó de forma directa de que “era él que había hecho llevar sus dineros a Joan Alvarez de Tolosa por averle denunciado”.¹⁵⁵ Con ello, la vecina no solo señaló el daño económico al que el barbero sentenciado tenía que enfrentarse, sino que también pretendió que la comunidad de Navahermosa se enterase de quién había sido el responsable de la precaria situación de Tolosa. Esta iniciativa de haber tomado posición y defendido la causa de un barbero por parte de una posible clienta, muestra por un lado la implicación de los enfermos en asuntos legales que, en un principio, eran tratados entre los profesionales y, por otro, refleja también cómo los propios vecinos se preocuparon por hacer justicia en una causa percibida como injusta, independientemente de que aquella denuncia fuese justificada a nivel médico-legal o no. La razón por la que quedó constancia documental de esa iniciativa es porque aquella inculpación pública fue para dicho barbero Luis González motivo suficiente para denunciar a Francisca Gómez por difamación.¹⁵⁶ La frecuente participación de Luis González – sea de manera oficial o sospechada – en pleitos judiciales no se limita al año de 1626. A lo largo de unos treinta años aparece implicado en un total de seis procesos de justicia criminal, unas veces como querellante, otras como acusado. La primera vez que fue procesado fue en 1612, a los 24 años de edad, fue por haber cometido un delito de intrusismo, actuando como cirujano siendo barbero (“ha

¹⁵⁵ AMT, C. 6213, exp. 153. Proceso criminal contra Francisca Gomez, Navahermosa, 16 de septiembre de 1626. Testifical de Inés López.

¹⁵⁶ AMT, C. 6213, exp. 153. Proceso criminal contra Francisca Gomez, Navahermosa, 1626 – 1627.

sangrado y echado ventosas sin licencia ni orden de médico”),¹⁵⁷ es decir, el mismo delito por el que unos catorce años más tarde probablemente acusó al otro barbero del pueblo, Joan de Tolosa. Los pleitos restantes son de 1620, 1636 y 1643. En todo ese trayecto procesal destaca casi siempre por ser una persona sumamente conflictiva, a la que varias personas intentaban de rehuir, “por su mal natural y ser un hombre muy ocasionado reboltoso, y que muchas beçes se ha descompuesto con la justicia”.¹⁵⁸ Su violencia, tanto verbal como física, culminó en intentos serios de matar a otro barbero-cirujano de Navahermosa, Alonso de la Peña, y en el acoso sexual a varias mujeres jóvenes del pueblo.¹⁵⁹

Lo que podemos concluir de los procesos mencionados, en cuanto a la perspectiva del paciente, es: La localidad rural de Navahermosa contaba entonces en el año 1626 con dos barberos, de una edad parecida (González: 38 años / Tolosa: 32 años), con la misma titulación (barbero examinado) y con más de diez años de experiencia en su oficio. Sin embargo, diferían en dos aspectos. Mientras que González representó el barbero que estaba establecido en aquel pueblo desde hacía más que catorce años, Tolosa era “el nuevo”, que había llegado apenas dos años antes de iniciarse el proceso contra él. Pero mucho más importante que la antigüedad fue la conducta social lo que diferenciaba a los dos. Los escándalos que frecuentemente producía el uno contrastaban con la satisfacción general que mostraban los enfermos con el otro. Así que ante dos barberos con similares requerimientos profesionales (título, años de experiencia), los enfermos de un pueblo rural optaban por el profesional que se caracterizaba, además de sus habilidades, por ser una persona cumplidora y responsable. Lo que a primera vista pareció ser un caso de intrusismo y una mala praxis de la medicina, contra la que otro barbero pretendió luchar para poner todo en orden, resultó ser más bien el producto de competencia entre dos profesionales iguales, así como la consecuencia de decisiones tomadas por parte de los

¹⁵⁷ AMT, C. 6292, exp. 2739. Proceso criminal contra Luis González, Navahermosa, 1612.

¹⁵⁸ AMT, C. 6224, exp. 508. Proceso criminal contra Luis González, Navahermosa, 1620.

¹⁵⁹ AMT, C. 6224, exp. 508. Proceso criminal contra Luis González, Navahermosa, 1620; AMT, C. 6215, exp. 249. Proceso criminal contra Luis González, Navahermosa, 1643-1644.

enfermos. Es decir, ante una oferta competitiva, el paciente podía elegir entre el uno o el otro. Su decisión cayó en la mayoría de los casos en aquel profesional que se cualificó por hacer un buen trabajo y – sobre todo en comparación con el otro – por sus habilidades sociales.

No disponemos de información exacta sobre la oferta sanitaria en el lugar de Navahermosa en el tiempo referido – de forma segura, solo podemos constatar la presencia de un cirujano examinado para los años 1613, 1615 y 1643.¹⁶⁰ Pero, independientemente de sí existía o no un cirujano aprobado al que hubieran podido llamar los enfermos para realizar los tratamientos quirúrgicos, lo relevante es que el tema de la licencia no parecía importar a los pacientes de Juan de Tolosa. Lo que sí formaba parte de su preocupación era asegurar la asistencia de un barbero en que confiaban y, para ello se implicaban en una causa de intrusismo, en la que tomaron partido para el barbero dañado, siendo irrelevante si haya cometido un delito según la legislación médica o no.

II.3.2 Decisiones y sus consecuencias

En el apartado que sigue, se entrará con más en detalle en las decisiones que tomaban los enfermos a la hora de elegir entre uno u otro profesional del amplio campo de la barbería-cirugía. Si la asistencia sanitaria de un lugar determinado permitía la consulta de varios profesionales, posibilitaba múltiples formas para el paciente de actuar, y en concreto, de elegir y decidir. Las decisiones tomadas por parte del enfermo en sus experiencias con barberos-cirujanos, se tratarán siguiendo las preguntas siguientes: ¿En qué forma hacía el enfermo uso de la oferta médica (junta de cirujanos)? ¿En base a qué elegía al profesional más adecuado para sus dolencias externas? y ¿qué consecuencias podían resultar de su decisión de llamar a varios profesionales para tratarse de una misma enfermedad?

¹⁶⁰ En 1613 y 1615 ejercía como cirujano examinado Alonso de la Peña, véase AMT, C. 6292, exp. 2751. Proceso criminal contra Alonso de la Peña, Navahermosa, 1613 y AMT, C. 6298, exp. 2945. Proceso criminal contra Alonso de la Peña, Navahermosa, 1615. En el mismo lugar cinco años después, aparece en otro proceso de nuevo el nombre de Alonso de la Peña. Sólo que está clasificado como barbero examinado y por eso no se ha incluido en la lista de cirujanos presentes en dicha localidad, véase AMT, C. 6224, exp. 508. Proceso criminal contra Luis González, Navahermosa, 1620. En 1643 eligió el consejo de Navahermosa a Blas Calbo, barbero con título de cirujano, véase AMT, C. 6215, exp. 249, Proceso criminal contra Luis González, Navahermosa, 1643-1644.

Un primer ejemplo del tema se puede observar en el siguiente caso: En una ciudad como Toledo, donde la oferta de cirujanos examinados debía haber sido abundante, empezó a trabajar en el año 1723 otro hombre forastero que disponía de conocimientos quirúrgicos. Era Juan de España, natural de la villa de Foncea, Obispado de Calahorra, quien, a pesar de solo poder presentar el título de sangrador, aseguró que había adquirido amplios conocimientos prácticos en la cirugía, porque durante tres años había sido ayudante del cirujano mayor de los Reales Ejércitos, Juan Buroso, en el reino de Sicilia y Cerdeña.¹⁶¹ Juan de España llevaba ya varios meses en la ciudad, cuando a finales del mes de julio fue llamado para asistir en la curación de un hijastro de Gregorio Millan, vecino de Toledo. El joven tenía un tumor, y como se trataba de una enfermedad externa su tratamiento era competencia de un cirujano. El problema residió en que Juan de España no fue ni el primer ni el único profesional a quién la familia de Gregorio Millán recurrió. Para iniciar el tratamiento del tumor hicieron ir a su domicilio al cirujano aprobado Manuel de Buitrago. Mientras lo curaba, “los de la casa” decidieron llamar, por razones desconocidas, además a Juan de España. El encuentro de los dos profesionales en la casa produjo una discrepancia de pareceres sobre el diagnóstico de la enfermedad. Mientras que el cirujano aprobado opinó que se trataba de una relajación intestinal, Juan de España le contradijo afirmando que era un “yncordio” (o dos apostemas) lo que había causado el tumor. Los familiares del enfermo, al parecer, no estaban dispuestos decidirse por ninguna de las dos opiniones, sino que, para resolver la duda, “los mismos de la casa quisieron tener Junta y con efecto llamaron”¹⁶² a un tercer cirujano: Juan Albares. Tuvo entonces lugar junto al lecho del mozo enfermo una junta de cirujanos, que contaba con dos cirujanos aprobados y uno sin título. El resultado de dicha junta fue que los dos cirujanos aprobados estuvieron de acuerdo en el diagnóstico de la relajación intestinal y, asimismo, convencieron a Juan de España. La reacción por parte de la familia fue despedir al supuesto cirujano y que terminara el tratamiento Manuel

¹⁶¹ Las informaciones biográficas de Juan de España proceden de su confesión. AMT, C. 6380, exp. 5366. Proceso criminal contra Juan de España, Toledo, 1723, fol. 12v-16v.

¹⁶² AMT, C. 6380, exp. 5366, Toledo, 1723.

de Buitrago, con el que el paciente “está mui mejorado”. La casa de Gregorio Millán debía ser una de las privilegiadas de la ciudad, porque además de los tres profesionales implicados en el tratamiento del hijastro, estaba presente al mismo tiempo un cuarto cirujano, Fernando Rozuela, que se encargó de otro enfermo. Rozuela había ido para asistir la enfermedad de un criado de la casa, un tal Juan, que tenía una apostema en el pie derecho.¹⁶³ Para curar al criado no se aprovechó la presencia de los tres cirujanos que ya estaban en la casa, sino que al llamar para ello otro cirujano, los señores de la casa hacían una distinción en la asistencia respecto a la persona enferma.

La familia de Gregorio Millán sabía muy bien cómo hacer uso de la oferta sanitaria de la ciudad de Toledo. Aprovecharon su situación acomodada para ser atendidos por varios cirujanos, entre los cuales también figuró un forastero sin los títulos necesarios para ejercer como tal. Pero parece que ese detalle no fue relevante para los allegados del enfermo a la hora de pedir su asistencia.

Llamar, convocar, asignar, despedir, y diferenciar son actuaciones que nacían de decisiones que el enfermo y sus allegados tomaban durante un tratamiento médico en curso. Hay que tener en cuenta que esa gama amplia de participar y co-determinar se debía a unas circunstancias concretas: El caso arriba tratado se desarrolló en uno de los centros urbanos más importantes de la Monarquía Hispánica, además en una casa que disponía de los medios necesarios para poder costearse la opinión de numerosos expertos en cirugía.

Vemos ahora, cómo se presentaban las opciones en zonas rurales en cuanto a elegir y decidir sobre la figura del barbero-cirujano. En la pequeña localidad de Horcajo¹⁶⁴, situada en una zona montañosa (de sierras, entre la Sierra del Rubial y la Sierra del Castellón) del suroeste del partido de Toledo, se lesionó en 1656 Diego Fernández de los Casillos, vecino del lugar. En el mes de agosto fue herido en el muslo por el disparo de un arcabuz. Aquel “alcabuzaco” hizo

¹⁶³ AMT, C. 6380, exp. 5366, Toledo, 1723. Testifical de Fernando Rozuela.

¹⁶⁴ Según el censo de 1591, Horcajo contó con 109 vecinos, GONZÁLEZ, *Censo de Población*. En 1712, según el censo de Campoflorido, con 77 vecinos. INE, *Censo de Campoflorido*.

necesario llamar al barbero de la localidad, Diego González, para que le curase. Eso no hubiese planteado ningún problema si Diego González no fuese conocido como una persona conflictiva, que en palabras de la mujer del enfermo “es un hombre muy descompuesto así con la justicia como con los vecinos de este lugar, dando muchas ocasiones para disgustos y pesadumbres”.¹⁶⁵ Un ejemplo de este carácter son las amenazas a la gente del pueblo cuando tenían algún tipo de querrela con él, que „se lo a de pagar en la primera ocasion que tenga de curarle“. Justamente algunos días antes de haberse lesionado, Diego Fernández tuvo una discusión con él, por lo que tener que depender de las manos de dicho barbero, no debió ser muy agradable. Efectivamente, la cura realizada por Diego González, resultó ser problemática: “siendo como era la dicha herida de poca consideracion, le abrio dos beçes el muslo y, en el yntermedio cesó la dicha cura por decir no le daban dineros”.¹⁶⁶ Como el barbero no quería terminar el tratamiento por una cuestión económica, el enfermo y su mujer decidieron interrumpirlo y buscar otra alternativa que encontraron en un barbero de la localidad vecina de Navalpino, a quién llamaron, pidiéndole que se desplazase a Horcajo y curase al enfermo en su casa. La estrategia de recurrir no sólo a la asistencia sanitaria que ofrecía el propio pueblo, sino también considerar y hacer uso de la oferta de las localidades circundantes, es un ejemplo para el margen de actuación que tenían, incluso, los pacientes de un pueblo rural. Sin embargo, lo que no se tenía en cuenta (se subestimaba probablemente), es que con ampliar la oferta, automáticamente se creaba una competencia para el barbero del lugar que antes no existía. Las consecuencias en el caso del paciente Diego Fernández fueron fatales. Enterado de la presencia de otro barbero en casa del enfermo, el barbero local se enfadó y acudió a la casa, dónde lanzó amenazas e interrumpió constantemente la cura. Tal y como lo declaró Joana García, la mujer del enfermo, su marido decía “muchas veces que le matava el dicho barbero por no curarle como le abia de curar”.¹⁶⁷

¹⁶⁵ AMT, C. 6253, exp. 1600. Proceso criminal contra Diego González, Horcajo, 1656. Testifical de Joana García, viuda de Diego Fernández de los Casillos, fol. 3r.

¹⁶⁶ AMT, C. 6253, exp. 1600. Testifical de Joana García, fol. 3v.

¹⁶⁷ Ibid.

El temor que el paciente expresó ante una posible muerte causada por la mala praxis del barbero, se mostró fundado, puesto que “con efecto murio de la dicha herida, culpando todos al dicho barbero”.¹⁶⁸

Decidir llamar durante un tratamiento en curso a otro barbero-cirujano, podía tener consecuencias perjudiciales para el enfermo, pero también causar conflictos, incluso violentos, entre los profesionales en cuestión. Un buen ejemplo de las peleas que surgieron entre los sanadores por “culpa” del enfermo o sus allegados, es el caso de Francisco García de Claudio, un hombre joven del lugar de Ventas.¹⁶⁹ El día siete de octubre de 1709, Francisco García, mientras estaba en la fragua, fue herido en la cabeza por el hijo del herrero, Bartolomé del Castillo. Para curar la herida, llamaron inmediatamente al cirujano del lugar, Antonio González, quien le trató principalmente con sangrías. El cambio en el curso del tratamiento se produjo cuando la madre del chico responsable de dicha herida, Francisca Albarrán, se fue a hablar con Francisco García y su madre. Allí, en la casa de la madre, la mujer del herrero les ofreció llamar a otro cirujano del lugar, Diego González, para que éste se encargase de aquí adelante de la cura. La razón por la que propuso a este cirujano en concreto es porque ella y su marido le conocían desde hacía mucho tiempo y habían tenido buenas experiencias con él.¹⁷⁰ Al parecer, Francisca Albarrán se sentía responsable del daño que su hijo había causado a otro vecino. A pesar de la buena intención con que la vecina interfirió en la elección del profesional, su propuesta fue recibida con cierto recelo, ya que la madre del enfermo, María López, consciente de los conflictos que un cambio inesperado de cirujano podría ocasionar, advirtió que sería mejor no llamar al segundo cirujano “porque no lo llevaria bien el otro”.¹⁷¹ No obstante, al final los convencieron y llamaron a Diego González. Al día siguiente, cuando éste había llegado a

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ AMT, C. 6406, exp. 6154. Proceso criminal contra Diego González, Ventas, 1709. La debominación actual es “Las Ventas Con Peña Aguilera”.

¹⁷⁰ AMT, C. 6406, exp. 6154. Testifical de Francisca Albarrán, mujer de Gabriel del Castillo, herrero, fol. 4r.

¹⁷¹ AMT, C. 6406, exp. 6154. Testifical de María López, viuda de viuda de Claudio García Callejo, fol. 5r.

casa del enfermo y empezado la cura, entró también el “primer” cirujano, Antonio González. Asombrado de encontrarse con otro sanador que estaba curando a “su paciente”, le dijo: “que se quitara de allí, que a el no le tocava aquello”.¹⁷² A continuación, los dos cirujanos empezaron a insultarse, de los insultos pasaron a darse “quatro o cinco puñadas ambos”, hasta que uno de los dos sacó un cuchillo. El enfermo, su madre y Francisca Albarrán los separaron no sin cierta dificultad y dejaron a uno dentro de la cocina y al otro fuera de ella. Para calmar la situación se decidió que Antonio González, cuyas provocaciones no cesaron, se fuese de la casa, mientras que Diego González se quedó curando la herida de Francisco García.¹⁷³ Aquella pelea violenta entre los dos cirujanos terminó con una denuncia por causa criminal de Antonio contra Diego.

Este caso muestra de forma ilustrativa hasta qué punto pueden llegar las consecuencias que se generaban mediante el recurso simultáneo de varios sanadores: a una competitividad, o más bien rivalidad que desembocó en un enfrentamiento violento entre dos profesionales. Además de eso, refleja también como la elección del sanador es un proceso de negociación, en el que intervenía no sólo el núcleo de familia, sino que la opinión de los vecinos también podía tener un peso decisivo. Finalmente cabe señalar que entre los usuarios de la oferta médica existía una consciencia sobre los problemas que podían derivar de su decisión de incluir a otro sanador en un tratamiento en curso.

II.3.3 El paciente y el intrusismo

En este apartado entraremos más en detalle en los casos de intrusismo, analizando el papel que jugaba el paciente a la hora de producirse semejante delito. Para ello, trataremos de tener en cuenta las cuestiones siguientes: Cuando los enfermos llamaban a los profesionales de la cirugía o barbería, ¿actuaban acorde a las normas, es decir, respetaban los límites de

¹⁷² AMT, C. 6406, exp. 6154. Testifical de Francisco García de Claudio, fol. 3r.

¹⁷³ El proceso, iniciado por Antonio González contra Diego González terminó con una “fee de amistades” en la que ambos se dieron las manos. Para llegar a esa resolución pacífica, Antonio González ofreció apartarse de la querrela, bajo la condición de que Diego González se examinase de sangrador y cirujano, quien por lo visto no disponía de los títulos necesarios para ejercer como tal.

competencia que iban relacionados con sus oficios? O, en el caso contrario, ¿acaso los ignoraban o el tener o no tener licencia no era un requisito relevante para el punto de vista del enfermo? O, ¿simplemente burlaban las normas a sabiendas para implementar sus propios intereses? Veamos ahora varios pleitos en los que los practicantes fueron encausados por intrusismo y que plasman el comportamiento de los enfermos y sus allegados en relación con este delito.

En Toledo, a principios del siglo XVIII se estableció Juan Bautista Güell, un cirujano valenciano con buena reputación. Ejercía como tal libremente a pesar de no poseer ningún título que le autorizase para ello, ni siguiera un simple título de sangrador. Su práctica ilícita, porque además de cirujano también actuaba como médico, produjo un gran malestar entre los médicos, cirujanos y barberos de la ciudad, por lo que en el año 1731 fue denunciado por el médico Roque de Alfaro ante la justicia criminal de Toledo, contando para dicho proceso con las declaraciones en su contra de varios cirujanos y sangradores.¹⁷⁴ Uno de ellos, Manuel de Velasco, cirujano y sangrador examinado, había coincidido varias veces con el hombre que entre los habitantes de Toledo era conocido como “el valenciano”, por ejemplo como cuando estaba curando a Gabriel de Ancos, un albardero que residía en el Arrabal, de un herpes que tenía en el brazo. A mitad del tratamiento, el enfermo y sus allegados le hicieron saber al dicho cirujano examinado, que no querían seguir con su asistencia, porque preferían la de Juan Bautista: “le despidieron al testigo, diciendole no bolviese porque querian llamar al dicho don Juan Bautista, por averles dicho que tenia mucha avilidad para curar de Ziruxia”.¹⁷⁵ Es decir, para Gabriel de Ancos y su familia el criterio de tener una aprobación oficial de cirujano no tenía tanto peso como la fama de estar muy capacitado. Esa actitud de poner la habilidad por encima de tener un título, coincide con la del propio Juan Bautista, quien se defendió ante la acusación de intrusismo alegando la diferente normativa existente en el Reino de Valencia para

¹⁷⁴ AMT, C. 6380, exp. 5369 . Proceso criminal contra Juan Bautista Güell, Toledo, 1731.

¹⁷⁵ AMT, C. 6380, exp. 5369. Testifical de Manuel de Velasco, fol. 6r-7r.

el ejercicio de la cirugía. Allí, según su afirmación, no hacía falta título para ejercer: “porque en la dicha ciudad de Valencia lo que se practica es que el que tiene la habilidad y suficiencia para usar de dicho Arte de Medicina y Cirujia le hexercita, sin que en ello se les pongo ynpedimiento alguno”,¹⁷⁶ explicación muy alejada de la realidad como lo han demostrado algunos estudios.¹⁷⁷ El tratamiento del “valenciano” para tratar el herpes de Gabriel de Ancos, consistió en “unos jarabes y purga, y poniendole algunas medicinas en el brazo”.¹⁷⁸ Tenemos noticia precisa, porque el mismo enfermo se lo contó al cirujano examinado con quien había iniciado el tratamiento. ¿Se puede deducir de esa nueva toma de contacto con Manuel de Velasco que la experiencia con el valenciano no había surtido el efecto deseado? No lo podemos averiguar. Pero lo que sí que podemos constatar es que los enfermos, ante una posibilidad de mejorar el tratamiento, se tomaban la libertad de cambiar los profesionales. Si los sanadores en cuestión disponían de un título para ejercer legalmente o no, no parecía importar, siendo desde la perspectiva del paciente más relevante las habilidades y los resultados positivos.

Otro caso, que ocurrió algunos años antes también en Toledo, nos permite diferenciar actitudes de los enfermos y sus allegados hacia el intrusismo. Entre los pacientes que consultaron a Juan de España, aquel cirujano sin la titulación necesaria que hemos tratado ya más arriba, también figuraba Manuela Gómez. Dicha mujer, que estaba viviendo con su hija y el marido de ésta, enfermó en el verano de 1723 de unas tercianas. Según la información que suministró su yerno, Pedro López Mellido, maestro de cerrajero, entre los tres estaban tratando de decidir a quién llamar para remediar su enfermedad con opiniones discrepantes, mientras que la enferma y su hija optaron por la asistencia de Juan de España, Pedro López estaba totalmente en contra de llamar a aquel cirujano forastero sin título. Finalmente, las dos mujeres hicieron ir a Juan de España a su casa para que viese a la enferma. Así, por el mes de junio

¹⁷⁶ AMT, C. 6380, exp. 5369, Toledo, 1731. Confesión de Juan Baptista Güell, fol. 18r.

¹⁷⁷ LÓPEZ TERRADA, "Los sistemas de control".

¹⁷⁸ AMT, C. 6380, exp. 5369, Toledo, 1731. Testifical de Manuel de Velasco, fol. 7r.

apareció dicho sanador en su domicilio, que según la descripción de Pedro López “anda con una peluca postiza, bestido a lo militar y en un cavallo castaño”.¹⁷⁹ Con semejantes requisitos (peluca e ir en caballo), la construcción de su imagen pública como autoridad en el arte de curar estaba bastante conseguida. La testifical del yerno también informa sobre otro aspecto interesante, como es la negociación sobre el precio de los medicamentos a aplicar: “y haviendola bisto, dijo necesitaba de darla una bebida y que para ella era preciso le diesen quarenta reales que tenia de costa, y regateado se ajusto en treinta y seis reales, que se los entregaron”.¹⁸⁰ Además de dicha bebida que la enferma tomó dos o tres veces, Juan de España le recetó algunas unturas. Recetar y aplicar medicinas internas excedía claramente no sólo de la competencia de un sangrador, sino también de la de un cirujano examinado. Pues, según la legislación castellana estaba autorizado únicamente el médico a realizar esas tareas. El malestar de la enferma que se produjo después de haber tomado la bebida recetada por el sanador – “haver quedado con tales dolores que no se pudo, ni puede oy moberse en la cama” – lo atribuyó el suegro a que una persona sin los conocimientos necesarios le había recetado un medicamento de uso interno. Para demostrar que él no era el culpable, Pedro López declaró una vez más que a Juan de España “nunca quiso el testigo llamar, y el haver hido fue echo propio de la dicha su suegra y su muger”.¹⁸¹ Incluso las advertencias de un miembro de la familia contra la consulta de un cirujano sin título no impedían que la enferma misma, con el apoyo de su hija, quisiese llamar a ese hombre que tanta fama había adquirido en la ciudad de Toledo. Es decir, aunque avisada de las posibles inconvenientes de un sanador que ejercía sin licencia, el deseo de la paciente se mantuvo firme, por lo que se realizó la consulta, a coste de un conflicto familiar interno y un gasto, no menor, de 36 reales.

Para finalizar este apartado, veamos ahora un caso de una madre que por la salud de su

¹⁷⁹ AMT, C. 6380, exp. 5366. Proceso criminal contra Juan de España, Toledo, 1723. Testifical de Pedro López Mellido, fol. 6r.

¹⁸⁰ AMT, C. 6380, exp. 5366. Testifical de Pedro López Mellido, fol. 6r.

¹⁸¹ AMT, C. 6380, exp. 5366, Testifical de Pedro López Mellido, fol. 6v.

hija infringió deliberadamente las leyes establecidas por el Protomedicato y contribuyó así activamente al delito del intrusismo. En la localidad de Yébenes, enfermaron en el mes de junio de 1624 los dos hijos de María Rodríguez. La mayor de los dos, María, una chica de doce años, tenía “una llaga en la garganta, que decían era mal de garrotillo”, mientras que a Pedro, de nueve años de edad, “le dio una seca en una ingle”.¹⁸² Los cirujanos que asistían a Pedro decían que “no era nada la dicha enfermedad” y determinaron curarle con unos aceites de manzanilla y un ungüento de Zacarías.¹⁸³ A pesar del pronóstico favorable, el chico murió ocho días después. La misma evolución dramática tuvo la enfermedad de María, que falleció poco después. A pesar del idéntico infeliz final de los dos hijos, a causa del garrotillo, las circunstancias del tratamiento de la chica fueron diferentes a la de su hermano. El remedio más común contra el garrotillo eran las sangrías, sobre todo si iba acompañado, como fue el caso de María, con un “hinchado en el pesquezo y una muy gran calentura”. El recurso a las sangrías era habitual y representaba uno de los pilares terapéuticos del galenismo. La población tenía sus efectos terapéuticos tan asumidos que exigían las sangrías.¹⁸⁴ Así sucedió también en el caso de la madre de la chica enferma. Según su conocimiento médico, para salvar la vida a su hija, era imprescindible que alguien le sangrara. Sólo que hubo un problema: El médico del lugar, Benito Pérez, la única persona que según las regulaciones estaba capacitado para ordenar una sangría, estaba “enfermo en la cama a peligro de muerte”.¹⁸⁵ Dada la situación de emergencia, la madre decidió a ir a casa del barbero Antonio López para decirle que fuera a sangrar a su hija, sin tener la debida orden del médico. Antes de aceptar la solicitud, el barbero “preguntó que quién había ordenado la sangría, y la dicha mujer delante de tres o cuatro

¹⁸² AMT, C. 6436, exp. 7004. Proceso criminal contra Antonio López, Yébenes, 1624. Testifical de Francisco Mingo, fol. 2v-3r.

¹⁸³ Los cirujanos eran Pedro Peña y Francisco López Peña, su hijo, ambos cirujanos del lugar de Yébenes. Véase, AMT, C. 6436, exp. 7004. Testifical de María Rodríguez, fol. 2r-2v.

¹⁸⁴ STOLBERG, ""Mein äskulapisches Orakel!" Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert".

¹⁸⁵ La ausencia de Benito Pérez por enfermedad había originado otro proceso en el que se inculpaba a Alonso de Aranda, un cirujano de ejercer como médico. Véase AMT, C. 6436, exp. 6999. Proceso criminal contra Alonso de Aranda, Yébenes, 1624.

personas dixo: ‘¿Quién lo a de mandar, si está el médico muriéndose?’”¹⁸⁶ Esa respuesta de la madre, que no carece de un cierto tono sarcástico, refleja la situación sin salida y las dificultades que las normas médico-legales podían suponer en la vida real. Ahora, ¿qué hacer en esa situación sin salida? En vez de respetar las regulaciones, la madre recurrió a dos estrategias que le permitían conseguir su objetivo: La primera consistió en rogarle al barbero que sangrara a su hija por obra de caridad y misericordia, y la segunda en saltarse la ley.¹⁸⁷ La iniciativa de la madre fue tal que ella fingió haber obtenido la licencia del médico Benito Pérez, por lo que nada podría impedir que se llevase a cabo la deseada sangría. De la testifical del mencionado médico sabemos que aquella licencia nunca se otorgó, por causa de la enfermedad grave que estaba padeciendo en esos momentos.¹⁸⁸ Reproducimos aquí la declaración del barbero Antonio López, por la detallada imagen que proporciona sobre la enfermedad de la hija y el papel activo de la madre en conseguir e insistir en las sangrías.

“Y otro día por la mañana le dixo a este confesante: Señor Antonio López, benga a sangrar a mi hija que ya tengo licencia del médico, y ansi con esta buena fee y que el mal que tenia la dicha niña [que] era yinchazon de garganta y que hechaba sangre por las narizes y que el mal era muy presuroso, la sangró y la sacó dos honzas de sangre, y a la tarde la dicha muger torno su casa y dixo: Señor Antonio Lopez, que la baya a sacar otro poco de sangre, dando a entender que lo abia mandado el médico, y ansi este confesante con la misma buena fee torno a sacar otra tanta sangre y que la enfermedad que tenia hera tan grande y rugurosa que aunque le sacara mas sangre no le hiciera daño, antes probecho, y ansi no murio de las sangrias sino de la enfermedad que fue muy rigurosa como murieron y mueren della muchas personas”.¹⁸⁹

En resumen, los enfermos que necesitaban un tratamiento quirúrgico se servían y se aprovechaban de la oferta sanitaria de diversos modos, según los recursos económicos y cantidad de profesionales disponibles, tanto en las ciudades como en zonas rurales. Los motivos de los usos simultáneos o consecutivos de más de un profesional de la cirugía, eran varios: resolver una duda sobre el diagnóstico en caso de discrepar las opiniones de los cirujanos

¹⁸⁶ AMT, C. 6436, exp. 7004. Audiencia de Antonio López.

¹⁸⁷ Hasta aquí la segunda, rectificada declaración de María Rodríguez, ya que en su primera había negado cualquier intervención médica en la enfermedad de su hija, y con ello también las sangrías.

¹⁸⁸ AMT, C. 6436, exp. 7004. Testifical de Benito Pérez.

¹⁸⁹ AMT, C. 6436, exp. 7004. Audiencia de Antonio López.

consultados hasta el momento, juzgar el tratamiento como deficiente, o por conocer mejor y tener buenas experiencias previas con otro profesional. Las consecuencias de un tal uso simultáneo o de un cambio abrupto de un barbero-cirujano a otro podían resultar en conflictos que repercutían – e incluso afectaban seriamente – al enfermo, así como a los profesionales enfrentados. En los casos de intrusismo hemos visto que el enfermo y sus familiares jugaban un papel decisivo. Fuera por ignorancia o porque el hecho de ser licenciado para una tarea determinada no tenía importancia para los pacientes, con su demanda contribuían consciente o inconscientemente al delito del intrusismo. A veces, como lo mostró el último caso de la madre que intentó que sangrasen a su hija, a pesar de conocer las regulaciones, por su poca viabilidad en la práctica, se saltó deliberadamente la ley. Para entender los mecanismos que conducían al intrusismo, no es suficiente tratarlo como un asunto exclusivo entre los profesionales, ya que el enfermo influía con su demanda notablemente en ese proceso. Al mirar más a las capacidades de los practicantes y menos a las limitaciones formales de sus competencias, el enfermo asumía ciertas responsabilidades a que se cometiese semejante delito.

II.4 Curaciones extra-académicas

II.4.1 Prácticas mágico-creenciales: Desaojaderas y Ensalmadores

El recurso a curanderos y curanderas que ejercían fuera de la medicina académica y reglada era común, tanto en la ciudad y en zonas rurales, así como en todos los grupos sociales.¹⁹⁰ Para la realización de dichas curas, el espacio doméstico y privado de los enfermos era un lugar habitual. A lo largo de este apartado se tratarán algunos de estos casos extra-académicos exclusivos que se han elegido por su riqueza en detalle y su vínculo con la casa como espacio de curación.

El primer caso es la curación de mal de ojo que tenía un cirujano de finales del siglo

¹⁹⁰ JÜTTE, *Ärzte, Heiler und Patienten*; LÓPEZ TERRADA, "Las prácticas médicas extraacadémicas".

XVII.¹⁹¹ El mal de ojo destaca entre las afecciones que se consideraban sobrenaturales por su frecuencia y amplia difusión tanto temporal como espacial.¹⁹² También denominado aojamiento o fascinación, el mal de ojo servía para explicar afecciones que no correspondían a la evolución natural de la enfermedad. El principio de aotar consistía en que solo a través de la mirada, mal intencionada o por naturaleza, se podía causar toda una serie de desgracias, particularmente enfermedades. A principios del siglo XVI empezaron a ocuparse también los autores médicos del aojamiento e incluían, con sus varios tratados sobre esa enfermedad, el mal de ojo en el catálogo nosológico de su época.¹⁹³ Aunque hay mucho que decir sobre el mal de ojo, de momento remitimos a los varios estudios que se han desarrollado al respecto.¹⁹⁴ El caso del cirujano que se tratará a continuación servirá para analizar las diferentes actitudes adoptadas por parte del cirujano y su familia en relación a una curación de tipo mágico-creencial y las negociaciones necesarias para llevarla a cabo. En la ciudad de Villanueva de la Jara, el cirujano Antonio de Espinosa llevaba desde hacía un año y medio padeciendo unas tercianas continuas. Aunque había probado con todo tipo de medicinas, o dicho en sus propias palabras “no a quedado remedio en la medicina que no aya echo para su curación”, cada día estaba peor. Ante esas circunstancias, su mujer y su madre sospechaban que el origen de su continuo mal sólo podía ser mal de ojo y, en ese caso, convendría que alguien le santiguase. El cirujano, sin

¹⁹¹ ADC, Leg. 557, exp. 6950. Proceso inquisitorial contra Magdalena María Giménez, Villanueva de la Jara, 1695.

¹⁹² Enrique Perdiguero Gil ofrece en la introducción de su estudio etnográfico una recopilación de trabajos que demuestran la existencia del mal de ojo en diferentes partes del mundo. Además, al tratar de trazar su origen histórico, que se ubica al menos en la Edad Antigua, Perdiguero indica que la más temprana documentación de su existencia en España es una receta contra al aojamiento del siglo XIV. Enrique PERDIGUERO GIL, "El mal de ojo: De la literatura antipersticiosa a la antropología médica", *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia* 38 (1986): pp. 47-66. La pervivencia de la creencias y prácticas relacionadas con el mal de ojo en la España actual, ha sido estudiado, después de Perdiguero Gil en el trabajo que acabamos de citar, entre otros también por José Antonio GONZÁLEZ et al., "Plant Remedies against Witches and the Evil Eye in a Spanish 'Witches' Village'", *Economic Botany* 66, 1 (2012): pp. 35-45.

¹⁹³ Jacobo SANZ HERMIDA, "La literatura de fascinación española en el siglo XVI", en *Estado actual de los estudios sobre el Siglo de Oro: Actas del II Congreso Internacional de Hispanistas del Siglo de Oro*, ed. Manuel GARCÍA MARTÍN (Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1993), pp. 957-966.

¹⁹⁴ Fernando SALMÓN y Montserrat CABRÉ I PAIRET, "Mujeres fascinantes. El mal de ojo en la escolástica médica", en *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*, ed. Montserrat CABRÉ I PAIRET y Fernando SALMÓN MÚÑIZ (Santander: Editorial de la Universidad de Cantabria, 2013), pp. 85-119. María TAUSIET, *Ponzoña en los ojos. Brujería y superstición en Aragón en el siglo XVI* (Madrid: Turner, 2004), pp. 302-324.

embargo, opinaba de forma muy diferente, por lo que les decía “que se fuesen con Dios que era lo que su Magestad era servido de que padeciese y que no avia mal de ojo, que era Patarata”.¹⁹⁵ A pesar del rechazo por parte del enfermo, las dos mujeres siguieron insistiendo, y le dijeron que en ese momento estaba alojada en el mesón de la villa una mujer que hacía curas admirables de mal de ojo. Dicha información fue verificada por una vecina y amiga presente en la casa, ya que la curandera había sanado a un familiar suyo. Por el bien de su salud, entre las tres le rogaron “que dejara que fuera y que lo santiguara aquella mujer que poco se podía perder”. Finalmente, Antonio de Espinosa se resignó y consintió en llamar a la santiguadera, pero sólo “para que vms. vean que es una patarata y se desengañen de que no ay mal de ojo, traiganla y vera lo que sucede”.¹⁹⁶

Así, a principios de enero de 1695, la vecina llevó a Magdalena María a casa del cirujano. Para tener una idea más clara de esa situación, cabe decir que, en el momento de su llegada, estaban presentes aparte de su familia, un mozo que estaba sustituyendo al cirujano durante su enfermedad, y un hombre joven del pueblo que había ido a cortarse la barba. Ante este público, la santiguadera mostró su método para diagnosticar si realmente era mal de ojo lo que afectaba al cirujano. Para ello pidió un plato con un poco de agua y un candil, y comenzó su demostración impregnada de teatralidad: metió los dedos en el candil y con el aceite que sacó de allí echó tres gotas en el agua. Y, “contra la naturaleza del aceite”, las tres gotas se hundieron al fondo del recipiente, lo que causó gran admiración entre los espectadores. Pero eso no era todo, porque cuando las gotas subieron a la superficie del agua, formaron “una sierpecilla con su caveça, cola, manos y pies”. Magdalena María presentó a su público la formación del reptil, anunciando: “Vean aquí vuestras mercedes el mal de ojo. ¿Ben vuestras mercedes la sierpe? Pues este es el mal de ojo”.¹⁹⁷ Este método para diagnosticar mal de ojo

¹⁹⁵ ADC, Leg. 557, exp. 6950. Testifical de Antonio de Espinosa, fol. 26r.

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ ADC, Leg. 557, exp. 6950. Testifical de María Escobar, mujer de Antonio de Espinosa, fol. 5v.

estaba bastante difundido entre la sociedad de la época.¹⁹⁸ Una vez comprobado el origen de la enfermedad, la curandera prosiguió con su tratamiento. Preparó una estopada con aguardiente, una clara de huevo y agua rosada, para ponerla en la cabeza del cirujano. En un primer momento, el enfermo se negó rotundamente, pero, persuadido por su mujer y su madre, permitió que continuase la cura. Así, la curandera echó el emplasto, bendiciéndolo con una señal de la cruz y rezando “algunas palabras en el nombre del Padre y del hijo y del espíritu santo, y de la virgen.” Para terminar, la curandera pronosticó “que a las 24 horas le avia de dar una grande calentura y grande sudor y con eso avia de estar bueno”. La paciencia del cirujano se agotó cuando todos salieron de su aposento para ir junto a la lumbre y se quitó la estopada, la tiró en el suelo y se dirigió con gritos a su mujer y su madre amonestándoles: “que si otra vez se mentavan aquellos embustes que avia de acer un disparate con ellas”.¹⁹⁹ Los intentos posteriores de la curandera de volver a tratar al cirujano fueron rechazados por sus mujeres sin dejarla pasar de la puerta. Desde entonces, Antonio de Espinosa padeció fuertes dolores de cabeza que atribuyó a la estopada aplicada. Como epílogo de ese encuentro entre cirujano y curandera, un mes después, pasó lo mismo, sólo que con los papeles invertidos: Esta vez fue la santiguadera la que buscó la experiencia de Espinosa para curarse de un pecho malo que tenía. El cirujano, después de reconocerla dijo: “Este pecho es menester abrirlo y si fuera tan ciertos los embustes y enredos de Vm. como es cierto lo que yo le digo, estuviera yo bueno presto”. A continuación de su instructivo discurso, “le abrió el pecho y se lo curo”.²⁰⁰ La oportunidad de poder comparar directamente dos formas diferentes de curar, fue bien aprovechada por el cirujano. Su crítica se dirigió principalmente a la falsa promesa de curación que le había hecho la curandera, ya que nada de lo que había anunciado ocurrió. Al contraponer la verdad y certeza con que se actuaba

¹⁹⁸ Ese mismo ritual diagnóstico y curativo, el de echar gotas de aceite en agua, se ha encontrado documentado en otros procesos inquisitoriales, entre ellos: ADC, Leg. 435, exp. 6151-D. Proceso contra Quitería Jiménez, Carrascosilla, 1631 (Tribunal de Cuenca); AHN, INQ., Leg. 82, exp. 20. Proceso contra Lucía de Rojas, Totánés, 1744 (Tribunal de Toledo). También sigue formando parte de las prácticas curativas contra el mal de ojo en la actualidad, cf. PERDIGUERO GIL, "El mal de ojo: De la literatura antisupersticiosa a la antropología médica", p. 56.

¹⁹⁹ ADC, Leg. 557, exp. 6950. Testifical de Antonio de Espinosa, fol. 26v.

²⁰⁰ Ibid.

en cirugía a los engaños y promesas falsas de la santiguadera, estaba desacreditando por completo sus curaciones. Efectivamente, en el relato construido por el mismo cirujano, los resultados positivos de su tratamiento comprobaron que su arte de curar era la “verdadera”.

En otra curación de carácter mágico-creencial que se realizó en la misma villa de Villanueva de la Jara, sólo cuatro años más tarde, se repitieron algunos elementos del caso del cirujano: la figura de un sanador itinerante, la cantidad de personas presentes durante el tratamiento, así como el cambio de actitud durante el tratamiento. Se trata de un caso excepcional ya que permite una reconstrucción detallada tanto de la práctica curativa como de las franjas horarias y lugares de encuentro. Esta vez no fue una mujer la que realizó la cura, sino un hombre vagabundo, llamado Juan de Ayala, que llegó a Villanueva de la Jara a principios de enero de 1699.²⁰¹ Se había instalado en el hospital y llevaba algunos días mendigando por las calles, cuando el día 14 de enero, entre las dos y las tres de la tarde se encontró con Juliana de Quiñones en la portería del Convento de las monjas de Santa Clara. Conversando con ella, le dijo que tenía gracia para curar, a lo que la mujer le contestó que su marido y a su hija estaban “enfermos en su casa y que si los quería curar”.²⁰² A continuación, se dirigieron los dos a su casa, donde estaba el enfermo Mateo de Lerma, un bracero. Durante el trayecto, a la mujer le sorprendió que Juan de Ayala, que andaba delante, sin preguntar dónde vivían, se parara en la puerta correcta y entrara en ella. Allí, el curandero se presentó ante los dos enfermos, informándoles que su gracia de curar le había sido dada por la Virgen cuando tenía seis años, y les ofreció curarles de las molestias que tenían ambos en las piernas diciéndoles: “que se echasen en la cama y los curaría”. Así, tal y como lo declaró el propio enfermo Mateo de Lerma, “con esta noticia lo creyeron y se acostaron”.²⁰³ Para el tratamiento, que según Juan de Ayala había aprendido de un cirujano de Ceuta, necesitaba de un cabrito “que fuese macho y que tubiese cuernos”. Algunas horas después habían conseguido un cabrito

²⁰¹ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Proceso inquisitorial contra Juan de Ayala, Villanueva de la Jara, 1699.

²⁰² ADC, Leg. 560, exp. 6969. Testifical de Juliana de Quiñones.

²⁰³ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Testifical de Mateo de Lerma.

con dichas características y cerca de las ocho de la tarde se lo trajeron a casa del bracero. En el primer acto de la ceremonia curativa, Juan de Ayala degolló al cabrito “por su mano” y untó la sangre caliente en las rodillas y las corbas en el caso de Matheo de Lerma y, a Cecilia Carboneras, la hija, en los pies. A continuación, les mandó a los dos rezar cada uno dos salves (“una a la Corona de Nuestra Señora del Rosario y la otra a Nuestra Señora del Carmen”), mientras que él por su parte rezaba otras, dedicadas a Santa Isabel y Santa Ana y ponía sus manos en las rodillas y pies, santiguándoles con la señal de la cruz. Después de esa primera parte pasó a la segunda, en la que el curandero “desolló el cabrito por sus manos y la piel se la puso a la dicha su hija en los pies y el menudo, abriendolo basiado, se lo puso al dicho su marido en los huesos lunares”. Es decir, Juan de Ayala aprovechó diferentes partes del animal para cada uno de los dos enfermos. Para finalizar, volvió a repetir las mismas oraciones y santiguaciones. Semejante práctica no sólo fue observada por la familia de los enfermos, sino también por un amigo que había venido a visitarlos. Además a las nueve o diez de la noche, cuando había terminado la cura de Mateo de Lerma y su hija, entraron otros vecinos del lugar que, como estaban enfermos, tenían la esperanza de ser también tratados por Juan de Ayala.²⁰⁴ Es decir, la noticia sobre la llegada del curandero vagabundo se había difundido ampliamente en la villa en muy pocas horas. Como el sanador se quedó a dormir en casa del bracero, antes de acostarse, junto a la lumbre de la cocina, contó más acerca de sus diversos poderes sobrenaturales, todos concedidos por la Virgen. Según un testigo, contó tantas historias “que si hubiera de dezir todos los embustes que el dicho Don Juan de Ayala dijo era un nunca acabar”,²⁰⁵ por lo que entre los asistentes se produjo poco a poco un cambio de actitud conforme el curandero continuaba su narración. Fueron estos relatos los que finalmente le llevaron a ser

²⁰⁴ El amigo que vino de visita y que presencié el tratamiento fue Juan Quartero Lozano, de oficio labrador. Los demás vecinos enfermos que llegaron poco después fueron: Fray Julian de Segobia, un religioso franciscano y sacerdote, baldado de una pierna, y Don Fernando Alarcon y Rosales, alférez de la compañía de Milicias de la de Varax, que tenía un hijo quebrado de nación.

²⁰⁵ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Testifical de Juan Quartero Lozano.

acusado, entre otras cosas, de vana observancia y proposiciones heréticas.²⁰⁶ Pese a la confianza inicial que Mateo de Lerma tenía en sus poderes curativos, Juan de Ayala se desacreditó de tal modo que, el mismo enfermo terminó con esta opinión de él:

“Y asimismo dijo este testigo que el escandalo que en esta republicany a havido y causado estos dos o tres dias ma.[¿] inmediatos el dicho Dn Juan de Ayala con sus embustes y patrañas asi con sus curaciones (haviendolos quedado a todos peores que estavan) es y a sido muy grande. Y ha traydo transi, a todos quantos agzidentados, asi cojos, mancos, tullidos, ziegos, tuertos y de todos agzidentes ofrezriendoles a todos los curaria, y a todos engañando asi con sus palabras, enredos, embustes y otras, que jamas en esta tierra se a oydo, y muy a la contingencia[riesgo] que muchos ygnorantes les den asenso a sus palabras.”²⁰⁷

II.4.2 Entre lo empírico y lo supersticioso: El herbolario José Rodríguez (1669)

En los dos casos anteriores hemos visto a una curandera y a un curandero, ambos itinerantes, que realizaban prácticas supersticiosas que tras una primera buena impresión, habían terminado desacreditados ante sus pacientes. No fue así en el caso de José Rodríguez, un curandero empírico, que ejerció en las localidades castellanas de Estremera y Villarejo de Salvanés.²⁰⁸ Los enfermos que recibían a José Rodríguez en sus casas adoptaban una actitud ambigua, aunque mayoritariamente positiva, hacía una forma de curar que mezclaba el saber de tratar con hierbas con rituales mágico-religiosos. La razón principal para incluir el caso de este herbolario en el presente capítulo es que sus tratamientos los realizaba casi exclusivamente en los domicilios de los enfermos. La extensa documentación generada por un proceso de más de 170 folios (r/v) que incluye a una docena de pacientes y sus parientes como testigos directos de su práctica médica, nos proporciona una idea multifacética y compleja de la esfera doméstica como espacio de curación, que está impregnado por las actividades tanto de mujeres como de hombres, y que además vacila entre lo privado y lo público. En sus pacientes, que pertenecían a diferentes grupos sociales, se muestra, además la ubicuidad de recurrir a prácticas sanadoras de muy diversas índoles, oscilando entre la medicina académica, la utilización empírica de

²⁰⁶ Véase las dos calificaciones, realizadas por Fray Bernardino Ximenez, Fray Gerónimo Romero y Fray Bernardo Gómez, religiosos del Convento de los Franciscanos de Cuenca, 11 de febrero de 1699. ADC, Leg. 560, exp. 6969.

²⁰⁷ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Testifical de Mateo de Lerma.

²⁰⁸ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Proceso inquisitorial contra José Rodríguez, Villarejo de Salvanés, 1668.

plantas y los rituales supersticiosos. Por ello, estudiar la conducta y percepción de los enfermos curados por José Rodríguez nos sirve para enlazar con el siguiente apartado.

En el mes de junio de 1668 llegó a la localidad castellana de Estremera José Rodríguez, natural de la ciudad de Valencia, quien por entonces tenía 60 años, y que trabajaba como maestro de gramática y “también se ocupaba en curar con yerbas en los lugares y partes donde le llamaban.” A los dos meses se trasladó a la vecina población de Villarejo de Salvanés, donde obtuvo la cátedra de gramática y, a los doce días de estar allí, lo detuvo la Inquisición acusado de nigromancia, curas supersticiosas y pacto con el diablo. El médico de Villarejos de Salvanés, el doctor Damián de Mayorga, le había acusado de curar con medios sobrenaturales, porque según el argumento de la denuncia, el éxito que tenía el herbolario con sus curaciones con hierbas no correspondían a “la naturaleza”, poniendo así en sospecha el recurso a remedios no ortodoxos, ya que es imposible de explicarlos desde la medicina académica.

José Rodríguez no era un simple sanador rural. Era un personaje complejo que venía de una familia de médicos, bien situada, de la ciudad de Valencia. Su hermano, Félix Julián Rodríguez y de Guilbau, era en esos momentos catedrático de la facultad de medicina del *Studi General* de Valencia y autor de dos textos médicos en latín de amplia difusión.²⁰⁹ Sin embargo, estaba enfrentado y alejado de su entorno familiar, y por varias razones, había optado por la vida de un maestro de gramática, que suponía “divagar por el mundo”. A parte de esa ocupación principal, con la que se podía sostener apenas a él y a su familia, ejercía de vez en cuando como herbolario, aplicando ese conocimiento específico adquirido en Roma de curar toda clase de enfermedades con hierbas.

Las testimoniales de los enfermos y/o de sus familiares a los que trató José Rodríguez tanto en Estremera como en Villarejo de Salvanés, transmiten un relato minucioso no sólo de la forma de curar del herbolario, sino también, y esto es más importante, de las diversas formas en que

²⁰⁹ Para más información biográfica del herbolario José Rodríguez y sobre su proceso en general, véase Carolin SCHMITZ y María Luz LÓPEZ TERRADA, "Josep Rodríguez, herbolari valencià, i els seus pacients de la ribera del Tajo. Les cultures mèdiques en el món rural barroc ", *Afers* 82 (2015): pp. 523-550.

tomaron parte activa en el proceso de recuperar la salud. A continuación, nos ocuparemos primero de los pacientes de Estremera y, mediante la conexión establecida por los propios enfermos, nos iremos después al lugar de Villarejo de Salvanés.



Fig. 2.1 Fragmento de Mapa de la Provincia de Toledo, Tomás López, 1768.

Cómo ya se ha indicado, José Rodríguez llegó en verano de 1668 a Estremera, una localidad de cierta relevancia, cercana a Madrid y situada en la ribera del río Tajo, que contaba con un considerable número de habitantes.²¹⁰

El primer tratamiento que llevó a cabo en ese lugar fue la curación asombrosa de Ana de Aillón, que hizo correr la voz sobre la buena fama de José Rodríguez dentro y fuera de los límites de Estremera. Ana de Aillon, una mujer de 40 años, padecía una enfermedad larga y, por lo visto, incurable: desde hacía quince años que estaba tullida de pies y manos, a causa de “la gota artética.” Al oír hablar de las curas del herbolario y “con el deseo que tenia de sanar” la enferma, se determinó a llamarle a su casa. Después de haberle comunicado sus achaques, José Rodríguez le aseguró que la sanaría. Unos días después volvió con “yerbas de diferentes

²¹⁰ En 1712 contaba Estremera con 120 vecinos, cf. INE, *Censo de Campoflorido*. Rodeada por una tierra llana, Estremera fue famosa por sus panes, vinos y azafrán de alta calidad, cf. ALVAR EZQUERRA, *Relaciones Topográficas de Felipe II. Madrid*.

xeneros” y con ellas empezó el mismo procedimiento que encontramos en muchas otras declaraciones. Según lo relatado por Ana de Aillón,

“el susodicho truxo unas yerbas de diferentes xeneros a la casa desta que declara y mando las echasen todas en agua donde estubiesen beinte y quatro oras; y pasado dicho termino las saco del agua y las puso a secar a la sombra; y luego las molio en un almirez[¿] y las friyo con aceite comun en un caço y despues las espresmio y saco el aceite; y en el echo despues dos quartos de Resina y un poco de cera amarilla y dexo que se elase[helar] y con este ynquento la hiço poner boca abaxo en la cama y la unto todo el cero abaxo de las espaldas [...]”.²¹¹

Lo que parece una descripción detallada de cómo fabricar un ungüento que puede proceder de cualquier manual, por ejemplo, para boticarios-cirujanos, es de hecho el conocimiento que obtuvo una enferma a través de la observación de un tratamiento que le fue aplicado. Esta descripción refleja por un lado el nivel de apropiación de conocimiento médico en la población leiga, y muestra por otro como la experiencia, en el sentido de observar, es una técnica de aprendizaje no sólo para los profesionales sino también un vehículo para ampliar el conocimiento médico por parte de la población no especializada.

Interrogada por la Inquisición por elementos supersticiosos en la cura del herbolario, Ana de Aillón eliminó cualquier sospecha al insistir en que él realizaba la cura “sin decir palabras ningunas”, que “no save ni a oido decir que el dicho Josef Rodríguez tubiese pacto ninguno”, y que ella “siempre recibio dichas unturas con buena fe.”²¹² Es más, todos los miembros de la familia afirmaron que con el tratamiento de Rodríguez la enferma obtuvo una mejoría notable, “la qual esta conserbando y sin dolor alguno y anda y açe lo necesario en su casa como es hacer media y hilar”.²¹³ Volver a poder hacer tareas domésticas fue interpretado como un signo de normalidad y, por ello, equiparado con una relativa salud.²¹⁴ Ese éxito terapéutico fue rápidamente conocido por los vecinos de Estremera, aumentando así la fama de

²¹¹ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Ana de Aillón, fol. 41v.

²¹² AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Ana de Aillón, fol. 41v-42r.

²¹³ Ibid.

²¹⁴ Realizar tareas domésticas fue visto como un síntoma para la vuelta a la normalidad, no solo tras largas enfermedades, sino también después de un parto, véase Jacqueline Marie Musacchio, *The Art and Ritual of Childbirth in Renaissance Italy*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1999, p. 22, citada en DE RENZI, "Risks of Childbirth", aquí: p. 571, n. 90.

José Rodríguez, por lo que a continuación fue consultado por diversos enfermos y/o sus familiares.

Unos de los vecinos que decidieron llamar a ese herbolario valenciano, después de haber oído sobre el caso asombroso de Ana de Aillon, fueron Doña Isabel Calleja y su marido Don Francisco Mexía. Es probable que la comunicación rápida de aquella noticia se debiera a la combinación de dos elementos, tal y como lo describe la misma Isabel Calleja. En su discurso une por un lado la gravedad del achaque (“larga enfermedad”, “muchos años”, “muy impedida”) con la sencillez del remedio por otro lado (“unas yerbas mezcladas con azeite y cera sin que se aprovechase de otra cosa”). De modo que la noticia de la mejoría bajo estas circunstancias debió haberles impactado y generado suficiente confianza en los poderes curativos de José Rodríguez como para encargarle la curación de su hija que estaba baldada por un lado. Además, la semejanza del achaque (tullida – baldada) puede haber tenido otro peso en la decisión tomada. Así, José Rodríguez efectuó la esperada forma de curar, y además de lo ya conocido, le ordenó que le diesen unos baños “con el caldo de una cabeza de carnero cocido como benia de la carnicería.” Aunque no conocemos el resultado del tratamiento, lo que se pone de manifiesto es que aquí hallamos por parte de los enfermos y sus familiares otra vez que no tiene nada negativo que comentar sobre la experiencia que tuvo con el curandero.

En el caso de Ana Polanco, otra paciente de procedencia social acomodada, José Rodríguez llegó en el momento oportuno: Recién parida, tenía una obstrucción en el pecho izquierdo que le impedía amamantar al bebé, y corría el riesgo de perderlo. Según José Rodríguez, el médico y el cirujano querían operarla y abrirle el pecho, pero él se opuso a esa decisión, diciendo que no era necesario, ya que él podía curarlo con hierbas. Es decir, gracias a la información proporcionada por el herbolario en su defensa sabemos que la familia había consultado previamente a profesionales académicos y regulares, en cuyo tratamiento prescrito interfirió ahora el herbolario. Sin embargo, la iniciativa para dicha intervención no partió del

curandero, sino que fue fruto de la voluntad de la enferma y su marido.²¹⁵ Como ya se ha visto en varios casos anteriores, la continuidad de una relación médico-paciente dependía en gran medida de la decisión del paciente. Entre los numerosos motivos que puede haber para un cambio de profesional y de forma de curar estaba a menudo el temor hacia el dolor y el peligro que implicaba una operación quirúrgica.²¹⁶

Ahora bien, para curar a Ana de Polanco de la obstrucción en el pecho,²¹⁷ el herbolario le aplicó “unas hojas de una hierba ancha que no save como la llamó”. Rodríguez, en su declaración, dijo que era “salvia humorosa”, planta que había recolectado junto al río de Estremara, el Tajo, y que le había dado a Don Martín de Morales para que se le administrara a su mujer. La misma enferma dio más detalles en su relato del tratamiento:

“y dixo [José Rodríguez] la untasen con aceite rossado dicho pecho y le pusiesen en el quatro oxas a modo de cruz y con efecto lo hicieron y se las pusieron y las tubo puestas toda una noche”.²¹⁸

Ambas declaraciones coinciden en todo menos en una cosa: que el herbolario hubiera ordenado poner las hojas en forma de cruz, práctica que él negó rotundamente quizás por ser muy consciente de los problemas que ésta le podía acarrear con las autoridades eclesiásticas: introducir el símbolo de la cruz en un tratamiento curativo pertenecía, en teoría, únicamente a la competencia de la Iglesia. A pesar de ello, signar a alguien era un elemento muy habitual en las sanaciones de los curanderos populares, con el que otorgaban al tratamiento una virtud espiritual.²¹⁹ La ceremonia que confortó a Ana de Polanco fue, al mismo tiempo, perjudicial

²¹⁵ “Don Martin de Morales su marido, le truxo a su casa a el dicho Josef Rodriguez, medico (sic!)”. AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13.

²¹⁶ Un ejemplo entre muchos es el proceso inquisitorial del Tribunal de Cuenca contra la curandera Mariana Pérez de 1655, en el que declaran algunos enfermos de Riofrío del Llano que acudieron a ella en concreto porque sabía curar sin dolor, ADC, Leg. 496, exp. 6592. Véase al respecto también LÓPEZ TERRADA, “Pluralismo médico”.

²¹⁷ La obstrucción del pecho era una afección común después de haber parido, cf. Francisco NUÑEZ, *Libro del parto humano, en el qual se contienen remedios muy utiles y usuales para el parto dificultoso de las mugeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes, y a las enfermedades de los niños* (Madrid: Imprenta Real, 1621). Cap. VII y XI.

²¹⁸ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Ana de Polanco.

²¹⁹ RUGGIERO, “The Strange Death”.

para José Rodríguez, ya que se convirtió en un nuevo argumento para acusarle de prácticas ilícitas. No podemos determinar hasta qué punto formar una cruz con las hojas de salvia fue central o secundario en la percepción de la enferma para explicar su curación. Sea como fuera, la enferma sanó y su pecho se recuperó:

“Y a la mañana traxeron una criatura y se la pusieron a el pecho que asta entonces no avia querido ninguna niña llegar a serle, luego llego dicha niña y hizo llamamiento en dicho pecho y luego fue purgando cantidad de materia con que quedo buena y sana y asta agora no a sentido en dicho pecho ningun achaque”.²²⁰

Contentos con el resultado, Ana de Polanco y sus parientes, le pagaron a José Rodríguez por su servicio de “médico”, tal y como le tituló la enferma, “un pan y un poco de tozino”. En cambio, en otra cura que realizó al criado de un tal Ruiz, “no le dieron cosa alguna por dezir hera pobre”. A ese criado le atendió por tener una mano herida e hinchada por el espolón de un gallo. Las hierbas que aplicó en su curación fueron: consuelda, valeriana mayor y zarposa, todas las cuales halló en un pradito, “zerca de un sepulcro”. De ellas hizo un unguento con aceite común, aceite rosado, resina y cera. Y con ello, en unos diez a doce días, sanó la mano del criado.

Aparte de estos cuatro casos de curación con éxito, hubo otros dos en los que se negó a tratar a los enfermos, provocando con ello una ulterior enemistad. Al padre fray Pedro Ortega de la Orden de Nuestra Señora de la Merced Calzada se le había inflamado un carrillo y el pescuezo, y para curarse recurrió a José Rodríguez. Pero el herbolario lo remitió a los profesionales regulares, como el médico o cirujano. Sea por falta de competencia o de voluntad, esa negativa provocó en el padre tanta rabia que “le dijo que era un enbustero, enredador y que se lo abia de pagar, repitiendolo algunas becas”.²²¹ De igual modo, recibió amenazas cuando no quiso curar al hijo del escribano público, Gabriel Camacho, que estaba enfermo de mal de ojo. No sabemos si fueron las personas, la falta de competencia, o el tipo de achaque, lo que

²²⁰ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Ana de Polanco.

²²¹ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Gregorio Mexia.

pesó más en la decisión del herbolario de no prestar sus servicios.

En resumen, a las curas con hierbas de José Rodríguez recurrieron en Estremera personas de todas las edades, mujeres y hombres, de diferentes grupos sociales, desde personas con y sin trato de don o doña, hasta gente humilde sin capacidad de dar algo a cambio de la asistencia. Las enfermedades eran también de diversos tipos: casos de tullidos y baldados, pechos malos y manos heridas. En general, los pacientes relataron que su experiencia y percepción del tratamiento fue positiva, aunque hubo dos casos que, al negarse a asistir a los enfermos, le llevaron a tener serios problemas en la villa de Estremera. A pesar de ese conflicto, el asombroso éxito en la curación de la larga enfermedad de Ana de Aillon hizo que corriera la voz, y las noticias de las habilidades del herbolario valenciano llegaron a la villa de Villarejo de Salvanés.

Después de los dos meses de estancia en Estremera, José Rodríguez se mudó a Villarejo de Salvanés, una villa de tamaño parecido, situada a 16 kilómetros hacia el oeste, en las vegas del Tajo y el Tajuña.²²² Los dos motivos que tenía para dicho cambio eran ambos de índole laboral: para oponerse a la cátedra de gramática de esta villa y para tratar a un paciente. Andrés Mexía, escribano público, estaba enfermo, y se había enterado de la fama del herbolario valenciano y de sus curas exitosas en Estremera, en particular, la de Ana de Aillon.²²³ Parece que en el momento cuando la noticia llegó a sus oídos, algunos datos ya habían sido modificados por la vía oral, como que Ana de Aillon ya no tenía 40, sino más de 50 años y la enfermedad tampoco duró 15 sino más que 20 años. Aparentemente impresionado por esta noticia, Andrés Mexía, aprovechó el hecho de tener en Estremera a un primo, para escribirle pidiéndole que llevase al herbolario a Villarejos de Salvanés. Por esta razón José Rodríguez llegó a su casa, dónde se quedó dos días tratando tanto a Andrés Mexía como a otros enfermos que acudían atraídos por su fama. La estrategia aplicada por parte del enfermo para que José Rodríguez

²²² Según el censo de Campoflorido de 1712, Villarejo de Salvanés tenía 231 vecinos, cf. INE, *Censo de Campoflorido*.

²²³ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Andrés Mexía.

fuese a verlo fue posible gracias a cuatro factores: la comunicación oral entre dos pueblos que distan apenas una jornada de camino (unos 16 km); utilizar su red familiar de segundo grado; recurrir al correo como medio de comunicación; y que el primo estuviera dispuesto a cumplir el favor que le habían pedido. Los cuatro factores, fuera del alcance del sanador, pertenecían a la esfera del enfermo y de sus redes sociales y, en su conjunto, hicieron posible un tratamiento empírico en el entorno directo del enfermo: su casa. Por ello, lo que en último término hizo trasladarse a José Rodríguez de un pueblo a otro fue una combinación de la llamada de un paciente y de asuntos económico-sociales del sanador. Esto demuestra cómo además de la realidad social del herbolario, también fueron las estrategias de los enfermos lo que co-determinaron las prácticas sanitarias.

Como la cura de José Rodríguez se basaba principalmente en plantas, era necesario herborizar en los campos y montes del alrededor. En la recogida de plantas medicinales que se realizó en los montes de Tielmes, a unos doce kilómetros de Villarejos de Salvanés, colaboraron no sólo el médico de la villa y algunos vecinos, sino también el propio enfermo Andrés Mexía así como el padre de otro enfermo del lugar, a quien volveremos más adelante.

En su declaración Andrés Mexía informó sobre otra enfermedad, que había preocupado a diversas personas de la villa y que, además, fue uno de los casos que el médico de la villa, el doctor Damián de Mayorga utilizó en su denuncia contra José Rodríguez. Se trataba de la rara enfermedad que padecía Matías Álvarez.

Matías Álvarez, de edad de 38 años e hijo de barbero, era ebanista y, aunque natural de Villarejo de Salbanés, vivía en Madrid. Como estaba enfermo, consultó allí a varios médicos y cirujanos vinculados a la corte y a los Hospitales Generales de Madrid.²²⁴ Entre ellos figuraban nada menos que el doctor Pedro Astorga Auriolés, médico de cámara y futuro protomédico,²²⁵

²²⁴ Matías Álvarez, además de ser ebanista, por lo que José Rodríguez tenía entendido, también era “soldado de lancilla de su magestad”. Este dato podría explicar sus vínculos a los médicos de cámara. AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13.

²²⁵ María Soledad CAMPOS DÍEZ, *El Real Tribunal del Protomedicato castellano, siglos XIV-XIX* (Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 1999), p. 251, n. 74.

el doctor Francisco Bonilla, médico de familia y de los Reales Hospitales Generales de la villa de Madrid, y el licenciado Pedro López, cirujano mayor del mismo centro. Junto con el doctor Damián de Mayorga, médico de Villarejo de Salvanés, todos le diagnosticaron *tinitus aurium* y sofocación del pecho, ambos síntomas del morbo gálico que padecía. En consecuencia, Matías Álvarez recibió y tomó remedios específicos contra el morbo gálico, como “unciones y otras medicinas pertenecientes a esta enfermedad”.²²⁶

Sin embargo no recuperó la salud, por lo que estando en Villarejo de Salvanés, llamó al herbolario José Rodríguez, de quien había oído que curaba todo género de enfermedades. Según las declaraciones del propio Matías Álvarez, José Rodríguez discrepó del diagnóstico de los médicos consultados, ofreciendo a cambio su tratamiento con hierbas. Acto seguido, presencié el enfermo la fabricación del unguento, describiéndolo de igual forma como ya lo habían hecho anteriormente Ana de Aillon y otros pacientes. En total le aplicó dicho unguento unas cinco veces, siendo una de ellas en casa de su cuñado, Mateo Terán, el cirujano de la villa. Lo que distingue el relato de Matías Álvarez de los otros enfermos es, aparte de no haber sentido ninguna mejoría, la introducción de un nuevo elemento: la afirmación de que José Rodríguez había dado una explicación sobrenatural, en concreto un hechizo, como causa de sus mareos y dolores en las entrañas y la cabeza que parece “que se le arrancan”.²²⁷ Sin embargo, según la versión del herbolario, no fue él quien había contemplado una causa sobrenatural de su achaque, sino la madre del enfermo. Así, relató que cuando fue invitado a comer con la familia del enfermo, la madre le reprochó el fracaso de la curación e interfirió en el tratamiento del herbolario, ya que, como unos vecinos le habían comentado, su hijo estaba hechizado. Según la defensa de José Rodríguez, fue ese el momento en el que decidió “dejaré de curarle”, demostrando así públicamente que consideraba fuera de sus competencias el deshacer hechizos. Parece que después de este enfrentamiento de ideas sobrenaturales vs naturales y dada la poca

²²⁶ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Denuncia de Damián de Mayorga.

²²⁷ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Matías Álvarez.

eficacia, percibida por el enfermo, del remedio aplicado, se produjo la ruptura de esta relación paciente-herbolario. Ruptura, sin embargo, que tendría consecuencias serias para José Rodríguez. El asunto del hechizo fue utilizado como uno de los puntos claves en la acusación ante la Inquisición, que además fue apoyado por la testifical del propio enfermo.

Como se acaba de indicar en el caso de Matías Álvarez, la búsqueda de una curación eficaz a veces se convertía en un itinerario que hacía entrar y salir al enfermo, cambiar y moverse de nuevo por diferentes espacios médico-sociales. Así, Matías Álvarez para remediar sus dolencias, empezó en el sitio idóneo, en la corte, que en estos momentos disponía de la mayor concentración de médicos destacados. Además, tuvo la suerte de poder acceder a estos círculos cerrados y ser atendido con la consulta de los médicos de mayor autoridad en la jerarquía de la medicina española, como el protomédico y el médico de cámara. Sin embargo, el enfermo dejó Madrid atrás y, estando en su lugar de origen, Villarejo de Salvanes, acudió a un herbolario extra-académico, quien le trató tanto en la propia casa como en la casa del cirujano, su cuñado. Sólo que, por la poca eficacia que mostró, este tratamiento tampoco terminó de satisfacer al paciente.

Un procedimiento similar a este es el de la curación de Joan Ruiz, un hombre joven que estaba baldado de medio cuerpo abajo. Antes de recurrir a las curas con hierbas de José Rodríguez, también fueron consultados grandes autoridades de la medicina académica como los médicos de cámara, los de la Universidad de Alcalá y de Toledo, cuyos tratamientos tampoco le permitieron recuperar la salud. El caso de Joan Ruiz difería sin embargo del anterior, ya que su estado mejoró notablemente con la terapia del herbolario. Además, en vez de formar parte de la inculpación, el padre de Joan fue uno de los testigos que declaró en favor del reo. La experiencia con José Rodríguez se desarrolló de la forma siguiente: “Sin esperanza de salud” y “desesperado de remedio”, fue el padre de Joan, Félix Ruiz, alguacil mayor del Santo Oficio de la Inquisición, quién tomó la iniciativa y llamó al herbolario para que visitase a su hijo enfermo. Según entraba en la casa del alguacil, se le dio más información sobre la enfermedad, con lo

que le fue posible determinar el diagnóstico: Según José Rodríguez estar baldado se debía a una descolocación de la choquezuela y de la cadera, causada por una sangría mal aplicada, que el médico de la villa la “avia mandado dar estando resfriado”. El padre del enfermo, además de tomar la iniciativa de llamar al herbolario, también participó en la búsqueda de las plantas apropiadas para la curación de su hijo. De modo que acompañó a José Rodríguez, junto con el médico y otros vecinos, en aquella excursión de herborizar que mencionamos anteriormente. Para ello salieron primero el día 9 de julio de 1668 al término de Tielmes (a 11,7 km) y al día siguiente a los montes de Ambite (aprox. a 20 km).²²⁸ Si este recorrido se hizo de pie,²²⁹ significa que el padre anduvo más que 60 km en dos días seguidos. La participación activa del padre obtiene dimensiones que en el ámbito de la salud normalmente no se suele relacionar con los miembros masculinos de la familia.²³⁰ Habiendo vuelto de las herborizaciones y repartido las hierbas encontradas para las diversas curas en la villa, José Rodríguez empezó con la preparación del ungüento específico para Joan Ruiz. Para ello cogió “salvia humorosa y salvia madre que es la comun y romero, y serpentaria mayor, azeite rosado, azeite de almendras dulces, azeite comun, resina y cera nueva”²³¹ e hizo de todos aquellos ingredientes su ya conocido ungüento que le aplicó en la pierna, todo el muslo y la cadera, repitiendo la untura cada tercer día por la tarde. La cura de Joan Ruíz, desahuciado por los mejores médicos, tuvo éxito: después de doce días, los huesos de la cadera y la rodilla se habían recolocado correctamente. Como último paso, para fortalecer las coyunturas, José Rodríguez ordenó hacer, como él mismo declaró, una bisma o una estopada, remedio que requería de nuevo la colaboración del padre,

²²⁸ Partieron dos veces por no haber hallado en el primer lugar (Tielmes) las hierbas necesarias para las diversas curas que estaba realizando José Rodríguez en la villa.

²²⁹ Se deduce lo de ir en pie por tratarse de un grupo heterogéneo de mínimo de siete personas y es poco probable que fueran todos a caballo. Además, no consta en ningún sitio que José Rodríguez se desplazara a caballo.

²³⁰ Ejemplos recientes que reexaminan el papel de los hombres en lo doméstico, son: Lisa W. SMITH, "The Relative Duties of a Man: Domestic Medicine in England and France", *Journal of Family History* 31, 3 (2006): pp. 237-256. Karen HARVEY, "Men Making Home: Masculinity and Domesticity in Eighteenth-Century Britain", en *Homes and Homcomings. Gendered Histories of Domesticity and Return*, ed. K. H. ADLER y Carrie HAMILTON (Chichester: Wiley-Blackwell, 2010), pp. 66-86.

²³¹ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Declaración de José Rodríguez, fol. 102r-v.

ya que debía conseguir “un poco de alquímia y que sino la tenia bastaria la de un anillo”.²³² Ese metal lo debía de moler y mezclar con un poco de incienso, añadiéndole a todo unas claras de huevo. Aunque el padre estaba dispuesto a ir a buscar la “alquímia”, nunca se llegó a terminar la cura, porque tres días después José Rodríguez ya estaba detenido.

Lo que queda patente en este caso es que un alguacil mayor de la Inquisición, en la búsqueda de la salud de su hijo enfermo, contactó – tras la consulta de los mejores médicos, que no fueron capaces de sanar – con un herbolario no-reglado. Además de contactarle, el alguacil se implicó de forma muy activa para garantizar un buen procedimiento de su terapia. Cabe señalar también el grado de aceptación y respeto que obtuvo por parte del padre, ya que el alguacil mayor figuró entre los testigos que declararon a favor del reo.

Estamos de nuevo ante un caso que muestra no sólo el fenómeno del itinerario terapéutico que se mueve entre una u otra forma de curar, sino también la diversidad de la clientela. Desde la perspectiva del enfermo los tratamientos extra-académicos eran alternativas que se presentaban en pie de igualdad con los reglados. Por lo que a los no-reglados recurrieron no solo los que no tenían acceso a un médico académico, o el “vulgo ignorante”, sino también, como hemos visto, personas que disponían de medios para contactar incluso con la élite de la medicina española y que, además, tenían cargos de responsabilidad en una institución como la Inquisición. Esa observación de una heterogénea clientela social se repite también en otros casos estudiados que se tratará a lo largo de esta tesis. A la conclusión que no existe una correlación entre tipos de sanadores y grupos sociales han llegado varios estudios de la historia social de la medicina.²³³

Volvemos al caso que acabamos de tratar: En la misma casa del alguacil mayor, mientras toda la atención estaba en la curación de Joan Ruiz, acudió a tratarse otra enferma,

²³² AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13, fol. 102v. RAE, 1726: Alchimia. Se llama tambien el azófar, latón, u otro metal dorado, trabajado con el arte de la alchimia.

²³³ Entre ellos, por ejemplo, para Italia, POMATA, *Contracting a Cure*, p. 122. GENTILCORE, *Healers and Healing*, p. 204. Y para Alemania, cf. JÜTTE, "Medical Pluralism in Early Modern Germany", p. 38.

María Morena, una mujer joven de veinte años e hija de un tal Pedro Sideño, que padecía de una enfermedad por la que se quedaba, según sus propias palabras, “privada de sentido y se le trava la lengua”, una dolencia que los sanadores diagnosticaron como cubrimiento de corazón. Acudir a casa de otro enfermo para aprovechar la estancia de un curandero en ella es algo que aparece con frecuencia en procesos inquisitoriales. Este hábito convertía una casa privada temporal y espontáneamente en un lugar semi-público de asistencia médica, haciendo que la *bedside-community* pasase a tener dimensiones considerables, fenómeno al que volveremos en el capítulo siguiente.²³⁴ De este modo, en la casa de Félix Ruiz se agruparon ese día el enfermo, su mujer, su padre, su tía, dos primos, el médico doctor Mayorga, el notario Francisco Camacho y María Moreno, un total de diez personas.

Ahora bien, el caso de María Moreno nos permite ver la combinación de diferentes formas de curar, la mezcla de curas empíricas con mágico-religiosas, porque lo que empezó con una cura con un ungüento fabricado de hierbas se convirtió en un tratamiento bien distinto: ante ella y los numerosos circunstantes, José Rodríguez desplegó un papel que llevaba una oración y que había encontrado en una calle en Valencia al salir de la casa de su hermano el médico.

“Y leyó dicho papel, y la dijo a la dicha mujer que rezase siete padrenuestros y siete avemarías y se pusiese en el pecho dicho papel que con esso se le quitaría el cubrimiento de corazón que padecía”.²³⁵

Esa práctica de utilizar nóminas fue definida por Pedro Sánchez Ciruelo en su *Tratado en el qual se repruevan todas las supersticiones y hechizarias* (1628), de la forma siguiente:

“Este vocablo nomina en latin, quiere dezir nombres en nuestra lengua de España, porque son unas cedula en que estan escritos algunos nombres, dello buenos, dello malos. Y no solamente nombres: mas aun oraciones algunas. Estas cedulas suelen traer colgadas al cuello, algunos vanos hombres y mugeres, para sanar de las calenturas, fiebres, tercianas, o quartanas, o para dolencias algunas, no solamente en los hombres, mas tambien en las bestias, arboles, y viñas. Y tambien las ponen a las mugeres que estan de parto, a los que tienen mal de boca, o almorranas,

²³⁴ Para estudios que abordan el aspecto de la bedside community, véase MCCRAY BEIER, *Sufferers and Healers*, pp. 245-248. STOLBERG, *Experiencing Illness and the Sick Body in Early Modern Europe*, pp. 53-55. WEISSER, *Ill Composed*, pp. 124-128.

²³⁵ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de María Morena.

y para otras muchas cosas”.²³⁶

Se trata de una práctica ambigua, ya que por un lado no estaba expresamente prohibida por la Iglesia, pero por otro lado tenía muchas posibilidades de convertirse en un acto de superstición, en concreto por las “vanidades” que solían acompañar el uso de la nómina.²³⁷ Es por esa razón que varios autores de la época aludían al peligro de las nóminas y sugerían evitar su uso. Esta misma ambigüedad es la que aparece en el caso de la oración de José Rodríguez: la nómina estaba aprobada por “diferentes superiores y tribunales de la Santa Inquisición en el Reyno de España”²³⁸ y el herbolario afirmó que dos religiosos de Valencia comprobaron su legitimidad. Sin embargo, al mismo tiempo, la nómina tenía escritos en el dorso unos “signos incognitos”, en concreto “tres versos en forma de caracteres como de letra griega, hebrea, caldea”. En los diferentes tratados sobre superstición este tipo de signo o carácter se menciona continuamente y se declaran altamente sospechosos, ya que con ellos los encantadores podían invocar a los demonios, o bien debajo de ellos escondían falsedades y cosas ilícitas.²³⁹ Además, María Moreno refirió cómo José Rodríguez le propuso hacer un traslado, es decir, pasar la nómina a su persona, pero advirtiéndole de la complicación de tal atrevimiento, ya que la oración debía ser exactamente igual, porque si faltaba alguna letra o incluso alguna coma, y “las demas que estan a las espaldas”²⁴⁰ ya no funcionaría. La idea que la mutabilidad de signos gráficos puede repercutir en las virtudes curativas, la recogió Ciruelo en su tratado como una de las supersticiones inútiles e ilusivas.²⁴¹ Por lo tanto, “con las palabras sagradas no se mezclan

²³⁶ Pedro SÁNCHEZ CIRUELO, *Tratado en el qual se repruevan todas las supersticiones y hechizarias*, 4. ed. (Barcelona: Sebastian de Cormellas, 1628), p. 122.

²³⁷ Ejemplos para costumbres consideradas como vanidades son: que el papel en que se escribe la nómina sea pergamino virgen, que sea “embuelta en cendal, o en seda, de un color determinado; cosida con sirgo, o con un hilo determinado”. *Ibid.*, p. 123. De forma parecida lo comenta Pedro Sánchez de Acre: “Ni se tenga cuenta con pergamino virgen, ni con el nacimiento del Sol, ni con que se pongan nominas con tantos hilos.” Pedro SÁNCHEZ DE ACRE, *Historia Moral y Filosófica* (Toledo: Viuda de Juan de la Plaza, 1590), fol. 147r.

²³⁸ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13, fol. 26v.

²³⁹ SÁNCHEZ DE ACRE, *Historia Moral*, fol. 146v.

²⁴⁰ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13, fol. 17r-17v.

²⁴¹ “Dicen que mudada la figura o el número, se muda la virtud y la operación de la medicina.” SÁNCHEZ CIRUELO, *Supersticiones y hechizarias*, p. 123.

caracteres, ni signos, sino es el de la Cruz de Christo”.²⁴²

Volvamos al caso de María Moreno: para curar sus desmayos y desfallecimientos aceptó la nómina, afirmando que en tres ocasiones en las que le “dio el mal”, se puso en el pecho la oración y se curó instantáneamente. A pesar de la eficacia del remedio, la enferma empezó a tener escrúpulos con la nómina, y “para quitar [los escrúpulos] si es buena o mala dicha oración se le entregó a su merced de dicho Señor Comisario”.²⁴³ Estos escrúpulos pudieron deberse a la combinación de varios motivos, es decir: a una percepción previa sobre el carácter supersticioso de las nóminas; por el propio hecho de la curación instantánea, ya que tal y como problematizó Ciruelo, “aunque tengan eficacia semejantes supersticiones, no es licito usar dellas, por que se hazen por arte del demonio”;²⁴⁴ por los signos incógnitos escritos en el dorso de la oración, todo ello combinado con la idea de que un traslado podría cambiar la virtud de la misma. En resumen, José Rodríguez no logró curar a María Moreno. Ella, en cambio, logró reforzar la acusación de superstición contra el herbolario. Al entregar la nómina, una prueba documental, dio a la acusación del doctor Mayorga una prueba documental, lo que le permitió ampliar el margen de su interpretación e imaginación y por lo tanto el alcance de la acusación.

Se reproduce a continuación la parte frontal y el dorso de la nómina en cuestión, la que fue introducida como prueba en el mismo proceso inquisitorial. En la imagen del dorso, se aprecian los “signos incógnitos”.

²⁴² SÁNCHEZ DE ACRE, *Historia Moral*, fol. 147r.

²⁴³ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de María Moreno.

²⁴⁴ SÁNCHEZ DE ACRE, *Historia Moral*, fol. 146v.

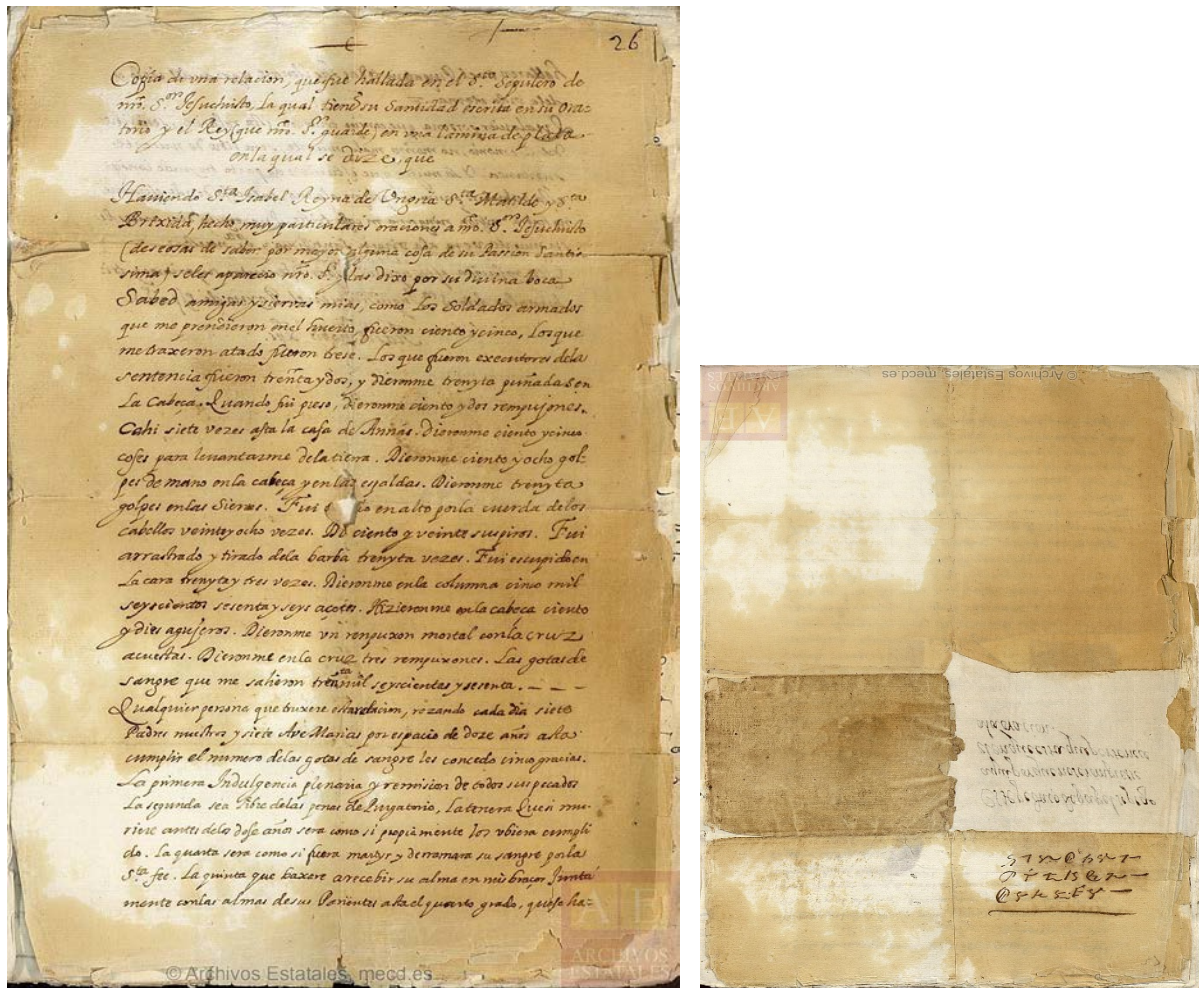


Fig. 2.2 Nómina utilizada por José Rodríguez (AHN), 1668. El anverso y el dorso con los “signos incógnitos”.

La lectura del proceso deja patente, al margen del tipo de curaciones que realizara el inculpado, que detrás de la denuncia hay un problema de intrusismo, de un conflicto con el médico Gaspar de Mayorga que desata la llegada de un curandero a una población rural castellana.²⁴⁵ Tal y como ha señalado Timothy D. Walker para Portugal y David Gentilcore para Nápoles, los médicos universitarios y los cirujanos tuvieron con mucha frecuencia un papel muy activo en los procesos inquisitoriales contra los sanadores populares, siendo muy a menudo

²⁴⁵ Como señaló M. Pelling en un trabajo ya clásico sobre Londres, hay que tener en cuenta que los médicos y cirujanos dedicaron una gran cantidad de energía a enfrentarse a muchos de los sanadores irregulares porque eran demasiado parecidos a ellos. PELLING y WHITE, *Medical Conflicts*, p. 79.

los que les acusaban inicialmente.²⁴⁶ De acuerdo con Gentilcore en su investigación sobre los procesos napolitanos y las curaciones mágicas²⁴⁷, en la denuncia y proceso a José Rodríguez existen motivos culturales, ya que el enfrentamiento se produce y tiene lugar en la esfera de un sistema de creencias y concepciones sobre la salud y la enfermedad que impregna muchos aspectos de la vida campesina, y que comparte sus valores, ideas y conceptos, sin por ello olvidarse de que hay un claro problema de competencia.²⁴⁸ El intrusismo es un delito evidentemente cometido por el sanador, tanto en Estremera como en Villarejo José Rodríguez interfiere en los tratamientos en curso, prometiendo sanar con métodos más suaves, pero también ofrece curación a los casos desahuciados por los médicos y cirujanos. El problema es que tiene éxito con ellos y desautoriza delante de los enfermos a los sanadores regulares, culpándoles de ignorancia o mala práctica. En el caso anterior del uso de la nómina, antes de iniciar la cura, hubo una disputa entre el médico de la villa y el herbolario valenciano sobre la cuestión de a quién le correspondía curar a María Moreno. El doctor Damián de Mayorga dijo claramente que José Rodríguez no debía tratar a la enferma, ya que el caso de María Morena era claramente en su competencia. José Rodríguez, sin embargo, no respetó esta postura, e insistió en decir que era capaz de curarla con hierbas ante el fracaso terapéutico del médico. Dos propuestas enfrentadas que lucharon por la precedencia, cuya resolución dependía al fin y al cabo de la decisión de la paciente. Es decir, el intrusismo es un delito que supone realizar una cura irregular sin respetar la legislación, sin embargo, es el enfermo quien con su consulta determina en último término si la práctica de intrusismo se lleva a cabo o no. Por todo esto, la conducta del herbolario, por un lado, y la demanda por parte de los enfermos, por otro, le llevó al enfrentamiento directo con los otros sanadores, e hizo que nada más instalarse Rodríguez en

²⁴⁶ Timothy WALKER, *Doctors, Folk Medicine and the Inquisition. The Repression of Magical Healing in Portugal during the Enlightenment*, The Medieval and Early Modern Iberian World (Leiden, Boston: Brill, 2005). GENTILCORE, *Healers and Healing*.

²⁴⁷ GENTILCORE, *Healers and Healing*, cap. 1, 4, 6.

²⁴⁸ *Ibid.*, p. 1-25.

Villarejo de Salvanes fuera denunciado a la Inquisición por hechicería y pacto con el diablo. Sin embargo, la sentencia final del proceso no tuvo en cuenta esas acusaciones de carácter sobrenatural, sino que se limitó únicamente a su ejercicio médico sin tener licencia para ello.²⁴⁹ Por lo tanto fue condenado a dos años de destierro y a que su práctica de herbolario fuera aprobada por el Tribunal del Protomedicato.

A lo largo del estudio del proceso a un herbolario valenciano nos hemos encontrado con varios tratamientos en las casas de los enfermos que transmiten una compleja idea de lo doméstico, que por un lado vacila entre lo privado y lo público, y por otro lado se presenta como un ámbito impregnado por las actividades tanto de mujeres como de hombres. Así los casos de hombres que llamaban al herbolario, maridos que aplicaban los remedios a sus mujeres, padres que salían a buscar cualquier ingrediente necesario para la cura de hierbas en sus hijos, etc. plantean la necesidad de revisar la suposición de que los temas de salud y enfermedad eran un dominio exclusivo de las mujeres.²⁵⁰

Así mismo, desde la perspectiva de los enfermos se ha podido comprobar que el recurso al herbolario valenciano formaba parte de un itinerario terapéutico en el que el paciente se movía entre las diferentes ofertas de prácticas sanitarias, desde la más selecta medicina académica de la corte hasta curaciones empíricas y mágico-creenciales. Dichos cambios en el tratamiento de una enfermedad respondían tanto a razones objetivas y racionales como la ineficacia del tratamiento, como a otras más subjetivas y emocionales como el temor o el escrúpulo. En la disputa entre el médico del lugar y el herbolario “forastero”, punto de salida para el proceso inquisitorial, el enfermo consciente o inconscientemente tuvo un importante

²⁴⁹ La sentencia fue dada en Madrid a 3 de julio de 1669, AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13, fol. 166r. Esa sentencia “suave” era por lo que afirma Caro Baroja habitual entre los condenados por hechicería: “La Inquisición española, durísima con los judíos, inexorable con los protestantes, fue de una rara benignidad con la gente lanzada a actividades mágicas, y la irrealidad de cantidad de acusaciones se hallan implícitamente admitida en la pena impuesta.” Julio CARO BAROJA, *Vidas mágicas e Inquisición*, vol. I (Madrid: Taurus Ediciones, 1967), p. 20. También Gunnar W. KNUTSEN, *Servants of Satans and Masters of Demons. The Spanish Inquisition's Trials for Superstition, Valencia and Barcelona, 1478-1700*, vol. 17, Late Medieval and Early Modern Studies (Turnhout: Brepols, 2009), p. 63., concluye lo mismo de las sentencias contra brujas en Valencia y Cataluña.

²⁵⁰ GENTILCORE, *Healers and Healing*, p. 22.

papel, ya que simplemente con su consulta sucesiva o simultánea a dos competidores, podía provocar el enfrentamiento entre ellos. Además, el enfermo, en su función de vecino, figuraba como un elemento en la cadena de comunicación dentro de la comunidad, por lo que podía contribuir a aumentar la buena fama de un curandero (Estremera), o la difamación del mismo (Villarejos de Salbanés). Por último, en el momento en el que el proceso inquisitorial ya se ha iniciado, los enfermos como testigos judiciales y a la vez como testigos directos de los tratamientos realizados podían o bien construir o bien destruir las sospechas de superstición.

II.5 Casos de convivencia: Medicina académica y extra-académica

Como hemos ido viendo, el recurso sucesivo o simultáneo a diferentes sanadores o formas de curar, tanto de la medicina reglada como no-reglada, era característico del comportamiento de los enfermos, tanto en ciudades como en ámbitos rurales.²⁵¹ Semejante conducta representa un principio básico del itinerario terapéutico, que en el mundo anglófono se llegó a denominar *healer hopping*. Estos itinerarios terapéuticos a menudo adoptaban formas dinámicas, en el sentido de que las consultas realizadas a prácticos regulares e irregulares variaban según las necesidades, preferencias, y/o circunstancias del paciente,²⁵² y estaban motivadas por causas racionales así como irracionales. De igual modo, resulta muy difícil (hasta imposible) establecer un orden jerárquico según el que se consultaba en la Edad Moderna a los diversos prácticos. Se podía empezar con el recurso a un curandero popular y terminar con la consulta a un médico o cirujano, pero también podía ser al revés, o se hacía un uso simultáneo

²⁵¹ Entre otros, cf. ERNST, "Medical Plurality", aquí p. 14. También Montserrat Cabré afirma que "la utilización combinada de estos recursos sanitarios fue muy común, también por parte de médicos universitarios, y débil su frontera con la magia". Montserrat CABRÉ I PAIRET, "'Como una madre, como una hija': Las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media", en *Historia de las mujeres en España y América Latina*, ed. Isabel MORANT (Madrid: Cátedra, 2005), pp. 637-657. Con ello, Cabré remite al trabajo de Katherine PARK, "Medicine and Magic: The Healing Arts", en *Gender and Society in Renaissance Italy*, ed. Judith BROWN y Robert DAVIS (London: Longman, 1998), pp. 129-149.

²⁵² En la búsqueda de salud no se seguía necesariamente una jerarquía que refleja el orden académico, sino que se orienta mucho más a la situación individual del enfermo, cf. PELLING y WHITE, *Medical Conflicts*, p. 230-231. Sin embargo, hay varios estudios que se dedicaban a establecer un esquema representativo y predeterminado, denominado como "jerarquía de recurso (hierarchy of resort)", para el orden en que se elegían las diversas formas de curar, véase por ejemplo, RITZMANN, "Faktor Nachfrage".

de toda la diversidad que el pluralismo médico ofrecía.²⁵³ Esta simultaneidad de varios sistemas médicos practicados en la casa del enfermo será el tema que centrará el presente sub-capítulo. A través de diferentes casos se analizará la convivencia de la medicina académica con la medicina extra-académica, cuestionando hasta qué punto se mantenían en la práctica las fronteras ideológicas entre una u otra forma de curar. Esa pregunta incluye no sólo la actitud del paciente, sino que tiene igualmente en cuenta las reacciones de los prácticos frente a la convivencia de diferentes soluciones terapéuticas.

Los casos en los cuales los enfermos y sus próximos hacían uso de la medicina reglada y al mismo tiempo solicitaban la asistencia de un sanador popular son abundantes. Un ejemplo es el de doña Eugenia Tojiño, la mujer de un escribano público de la ciudad de Toledo.²⁵⁴ Doña Eugenia, una mujer de 25 años de edad, tenía un pecho malo y para su curación le había asistido “un cirujano que se llama Tribiño.” Según la abuela de la enferma, doña Ana María de San Francisco, que también fue mujer de un escribano público, fue este cirujano el que le había puesto un parche en el pecho malo. Aquel parche lo llevaba todavía cuando el día 17 de noviembre de 1652, un domingo por la tarde, recibió doña Eugenia en su aposento a una desaojadera, “que a su casa suele venir a desaojar de año a año.” La forma de curar de dicha mujer consistió en una mezcla común de sahumeros con oraciones. Tal y como lo relató más detalladamente la afligida:

“se toma una tela de araña, y unos granos de escoba como cinco, y otros granos, que la que declara no se acuerda de que son, y también un poco de sal de Villena, y que echándolo sobre unas ascuas con un poco de vinagre y una herradura, y diciendo a su parecer de la declarante nueve credos, y cojiendo todo aquel humo sobre su cabeça, tapada con un paño, este es el modo con que desaoja”.²⁵⁵

²⁵³ Ejemplos ilustrativos para el cambio dinámico entre médicos, barbero-cirujanos y curanderos se contienen en los siguientes procesos: ADC, Leg. 496, exp. 6592: Mariana Perez, Cuenca, 1655; ADC, Leg. 472, exp. 6453: Rafael de la Cuesta, La Olmeda, 1648; ADC, Leg. 565, exp. 7013: Maria Correoso, Villarrobledo, 1710; ADC, Leg. 569, exp. 7042: Juan Saludador, Honrubia, 1716; ADC, Leg. 595, exp. 7198: Tía Morena, Caudete, 1734; ADC, Leg. 598, exp. 7216: La Obispa, Hontecillas, 1742.

²⁵⁴ AHN, INQ., Leg. 82, exp. 10. Tribunal de Toledo, Proceso inquisitorial contra Doña Ana, Toledo, 1652.

²⁵⁵ AHN, INQ., Leg. 82, exp. 10. Testifical de doña Eugenia Tojiño, fol. 18-19.

En su testifical la enferma describe la práctica de dicha desaojadera, cuyo nombre dice no saber, como una costumbre lícita y habitual, no entendiéndola como algo que podría violar las leyes eclesiásticas, ya que “muy compuesta y devotamente decía las palabras” del credo que formaba parte del ritual. Ni a la Inquisición que terminó suspendiendo esa causa, ni a las otras mujeres que estaban presentes durante el tratamiento como su madre, su tía, su abuela, una amiga de la tía así como la criada de la misma – les parecía cosa contraria a la “santa fe catholica”. Aunque algunas de ellas estaban lejos de compartir con doña Eugenia la creencia y esperanza que ella tenía en las virtudes de la desaojadera para curar el pecho. En lugar de ello, su tía, doña Filipa de Santiago y su amiga Jerónima de Obiedo, se burlaban de esa forma de curar, y lo consideraban un simple engaño para ganar dinero.

Con el tratamiento en curso, fueron ellas, que salían del aposento y “se fueron al corredor, muertas de risa, aciendo burla de la desaojadera porque no podían sufrirse quando la vieron que la tal desaojadera finjía muchos regueldos, y ella y su compañera y amiga lo tienen por embuste para sacar dineros”.²⁵⁶ En este caso vemos como entre la tía y su sobrina, ambas mujeres que sabían leer y escribir, existían diferentes actitudes hacia las curaciones populares contra el mal de ojo. Además, deja patente como se complementaba un tratamiento quirúrgico que estaba en pleno curso con otra forma de curar con principios y prácticos bien diferentes. Recurrir de forma complementaria a un sanador no-reglado, fue también practicada por otra gente en otros lugares. Por ejemplo, a don Juan Antonio Gascó,²⁵⁷ un hombre enfermo que residía en Campo de Criptiana, le estaba asistiendo “siempre a su enfermedad que fue mui penosa el médico de dicha villa, don Alfonso Muñoz”.²⁵⁸ Además de ello, la mujer del paciente,

²⁵⁶ AHN, INQ., Leg. 82, exp. 10. Testifical de doña Filipa de Santiago, fol. 10.

²⁵⁷ No se sabe el oficio, el tipo de la enfermedad y tampoco la edad de Juan Antonio Gascó, solo que fue sobrino del Bachiller Diego Pareño Zurdo, tercer cura de Puebla de Don Fadrique y comisario y notario de la Inquisición. Fue el tío del enfermo quién inició la denuncia contra María de Mora (La Moreta) y otra curandera, Catalina Caravajal, por haberse muerto tras sus curaciones varias personas, entre ellas, también su sobrino Juan Antonio Gasco. ADC, Leg. 546, exp. 6869. Proceso inquisitorial contra Catalina Caravajal y María de Mora, Puebla de Don Fadrique, 1684.

²⁵⁸ ADC, Leg. 546, exp. 6869. Proceso contra Catalina Caravajal y María de Mora, Puebla de Don Fadrique, 1684, fol. 15r.

doña María Francesca de Perona y Magnes, declaró que una curandera, llamada La Moreta, les envió en el año 1681 desde la Villa de la Puebla de don Fadrique una receta para preparar un cocimiento. Este consistió de “ciertas hierbas, cantueso, hierba de cojunturas y otros, [que] se cocieron con bino y por modo de emplasto se le aplicaban al pecho”.²⁵⁹ Por dicha receta, la mujer del enfermo le pagó “algunos reales de a ocho y otras cosas”.

La convivencia de diferentes formas de curar se podía expresar también mediante “colaboraciones” entre los profesionales académicos y extra-académicos. Para ilustrar que los médicos no necesariamente desaprobaban los remedios de los sanadores populares, sino que incluso aconsejaban seguir el dictamen terapéutico de ellos, nos sirve un caso que ocurrió en Villarrobledo en el año 1710.²⁶⁰ El regidor perpetuo de la villa Robledo, don Miguel Cipriano de Mérida y Lamo, estaba enfermo desde hacía dos años de ictericia. Un día del otoño, entró en su casa una mujer a comprar “un poco de lana”. Estando conversando, se enteró el enfermo que dicha mujer se llamaba María Correoso, que hacía poco que había venido con su marido desde la villa de San Clemente a vivir en la de Robledo, y que ella sabía curar del “accidente de tericia”. El regidor, “deseando tener mejoría en su achaque”, estaba dispuesto a aceptar que María Correoso le curase. Pero como hombre que conocía bien y respetaba las regulaciones sobre el ejercicio médico, le advirtió que “antes de dar un passo en la curación, le avia de declarar la forma; porque si eran bebidas no las avia de tomar sin orden del médico”.²⁶¹ La curandera entonces le explicó en qué consistiría el tratamiento que le iba a aplicar: “se avian de cortar seis o siete palillos delgados de higuera y que se avia de poner el pie sobre uno de dichos palos. Y se avian de decir las palabras siguientes: Yo te curo, Dios te sane, la Santissima Trinidad te libre de todo mal, en el nombre de el Padre, de el Hijo y de el Spiritu Santo, Amen.” Junto con la oración, había que hacer varias cruces, unas sobre los palillos de higuera, otras sobre los dedos del pie. Además, mientras que durase dicha curación, había de tomar todas las

²⁵⁹ ADC, Leg. 546, exp. 6869. Catalina Caravajal y María de Mora, Puebla de Don Fadrique, 1684, fol. 17r.

²⁶⁰ ADC, Leg. 565, exp. 7013. Proceso inquisitorial contra María Correoso, San Clemente, 1710.

²⁶¹ ADC, Leg. 565, exp. 7013. Testifical de don Miguel Cipriano de Merida y Lamo, fol. 7v.

mañanas “medio limón, hecho ruedas y polvoreado con azúcar”. Por lo visto el tratamiento no implicaba ninguna bebida, pero sí otra medicina “interna”: el limón azucarado. Para eliminar cualquier duda sobre posibles efectos negativos derivados del consumo del limón, consultó el regidor a los médicos de Robledo. Ellos “le aseguraron [que] no le podría sobrevenir daño alguno”, y así, con la aprobación de los médicos, María Correoso ejecutó el tratamiento antes descrito. Después de cinco días, sin embargo, antes de que finalizase, el paciente interrumpió dicha cura. El regidor había comentado la práctica con un comisario de la Inquisición, quien le dijo que lo cesase, “porque podría aver algun pacto [diabólico] en dicha cura y era modo supersticioso”.²⁶² Era bastante común que se mezclasen en las curaciones prácticas no-regladas que, en teoría, dependían de diferentes autoridades. En el caso del regidor de Villarrobledo, el enfermo sabía perfectamente a quién dirigirse para asegurarse de la legitimidad de un tratamiento realizado por una curandera. Mientras que desde el punto de vista médico dicha curación no suponía ningún problema, el ritual mágico-creencial, sin embargo, fue calificado por parte de la Inquisición de supersticioso. Si el parecer de la autoridad médica incitó al enfermo a entrar en la cura de María Correoso, la opinión del comisario de la Inquisición le condujo a romper con la misma.

No siempre había una frontera nítida entre medicina y religión, ni en la práctica, ni siquiera en la teoría, en particular cuando se trataba de casos de hechizos.²⁶³ Las ideas sobre lo sobrenatural, muy arraigadas en la cultura barroca, impregnaban a la sociedad en todos sus niveles.²⁶⁴ No es raro encontrar a médicos que acusaban a otros sanadores por ejercer con la

²⁶² Ibid.

²⁶³ El discurso “antisupersticioso” es solo un ejemplo para ello, cf. Fabián Alejandro CAMPAGNE, *Homo Catholicus. Homo Superstitiosus. El discurso antisupersticioso en la España de los siglos XV a XVIII* (Buenos Aires: Miño y Dávila, 2002).

²⁶⁴ En los últimos años han sido varios estudios los que han rechazado la idea de una frontera rígida entre la medicina académica y creencias supersticiosas y en lugar de ello han comprobado como ambos ámbitos formaban el saber médico de la época. Véase por ejemplo Yvonne PETRY, “‘Many Things Surpass Our Knowledge’: An Early Modern Surgeon on Magic, Witchcraft and Demonic Possession”, *Social History of Medicine* 25, 1 (2012): pp. 47-64. Michael STOLBERG, “Learning from the Common Folks. Academic Physicians and Medical Lay Culture in the Sixteenth Century”, *Social History of Medicine* 27, 4 (2014): pp. 649-667.

ayuda del demonio, tal y como lo hemos visto en el caso del herbolario José Rodríguez, o a otros que recetaban remedios eclesiásticos para curar a un paciente hechizado.²⁶⁵ Este último ocurrió, por ejemplo, a principios del año de 1648 en la enfermedad de Joseph de Ortega Carabaño.²⁶⁶ Era un hombre de 22 años que vivía, recién casado, con su mujer en la localidad de Olmeda de la Cuesta. Con motivo de asistir a una fiesta en su lugar de origen, volvió el primer domingo de cuaresma por la mañana a la vecina localidad de Gascueña, que distaba media legua. Cuando regresó la misma tarde de dicho lugar, volvió hechizado: No reconocía a su mujer, negaba cualquier tipo de relación con ella y no permitía que se acercase ni ella, ni ningún pariente de la misma, poniéndose furioso cuando lo intentaban. Con todas las demás personas, sin embargo, mantenía un trato normal, “obraba con juicio y hablaba bien.” Para curar a Joseph de Ortega de esta “mudança tan repentina” fue llamado Andrés Palomino, cirujano y barbero del lugar. Según la testifical del cirujano, el enfermo le relató como que estando en Gascueña, algunas mujeres le habían dado de beber, por lo que juzgó que aquella bebida había producido el hechizo, causando aquel estado de locura.²⁶⁷ Aparte del barbero-cirujano, fue llamado también el médico de Gascueña, el doctor Pedro Casado, que le ordenó “remedios naturales” como unas bebidas, sangrías y purgas. Observando el comportamiento extraño de su paciente y enterado de que el malestar venía presuntamente de un hechizo, el médico determinó que sería conveniente aplicarle además por remedio “los conjuros de la iglesia”. Tal y como el médico lo refirió en su testifical, “le pareció [que] le conjuraran, por si acaso abía o pudo haber maleficio, según la relación que le abian echo, y por la probabilidad que pudo haber según discurso razonable de lo que vio y observó y oyó en el dicho caso [...]”.²⁶⁸ En el intermedio, antes que el cura de la villa, Juan Martínez Eros, pudiese cumplir la orden del médico, la familia

²⁶⁵ Un ejemplo para Italia es el caso de Margarita Marcellini, una mujer enferma de Venecia. Para curarle de un hechizo llamó su marido, médico de dicha ciudad, a un fraile para que le santiguase, sabiendo que “the old friar had skills that would allow him to read signs of her illness that he himself was not as adept at reading”, véase RUGGIERO, “The Strange Death”, p. 1146-1147.

²⁶⁶ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Proceso inquisitorial contra Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648.

²⁶⁷ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical de Andrés Palomino, cirujano y barbero, fol. 27r-fol. 28v.

²⁶⁸ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical de doctor Pedro Cassado, médico, natural de Tudela de Navarra, 47 años, fol. 36v.

del enfermo ya se había encargado de procurarse otra forma para deshacer el hechizo. Al parecer fueron sus hermanos, Pedro y Miguel de Ortega Carabaño, los que le habían enviado desde Gascuña a un tal Rafael de la Cuesta, un labrador que era conocido por curar diferentes enfermedades, entre ellas también casos de hechizos. La cura que realizó Rafael de la Cuesta a continuación fue de hecho una de las pocas cosas que recordaba Joseph de Ortega de su fase “hechizada”: Leyó y rezó de un libro de San Ciprián, y “entre otras palabras que este testigo se acuerda decir, eran las siguientes: Sea desechado en puente, fuente, y barranco de sales en los ríos”.²⁶⁹ Para completar la curación le dio un bolsillo con “unos pedacillos de cortezas de moral y un poco de cera” para llevarlo colgado del cuello. “Y que luego que hizo estas cosas estuvo mejor y le recobró el amor que le tenía a su mujer”.²⁷⁰ Esa curación instantánea fue percibida no solo por el enfermo sino también por otras personas, entre ellas un presbítero que testificó que tras la primera visita del curandero, el enfermo “estubo buena de la locura, y salió del aposento de adonde estaba, y abraçó a aquellos y a quienes abía mostrado aborrecimiento que eran a su mujer [...] y su tío”.²⁷¹ Lo que en el contexto de la convivencia de diferentes sistemas médicos resulta ser de gran valor es la explicación del médico al respecto. El doctor Pedro Casado, siendo preguntado por su opinión de experto qué era lo que curó a José de Ortega, contestó que “no puede declarar con modo demostrativo científico si los remedios que este declarante le aplicó, o las oraciones que el dicho Rafael de la Cuesta le dixo le pudo restituir la salud y amistad de su mujer”.²⁷² Esa incapacidad por parte del médico para determinar con cuál de las dos formas se sanó el paciente, reconociendo así el poder curativo de ambas, es una clara muestra del entrecruzamiento de la esfera sobrenatural con la esfera “científica” de la medicina.

Las curas pertenecientes a doctrinas e ideologías diferentes no se practicaban

²⁶⁹ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical de Josef de Ortega y Carabaño, fol. 34v.

²⁷⁰ Ibid.

²⁷¹ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical del licenciado Joseph García, presbítero y tiniente de cura de Olmeda de la Cuesta, fol. 30r.

²⁷² ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical de doctor Pedro Cassado, médico, fol. 36v.

necesariamente de forma aislada, sino que a veces se juntaban en el mismo tiempo y en el mismo lugar, en el lecho del enfermo, los más diversos profesionales sanitarios. Para ilustrar esa simultaneidad en tiempo y espacio, nos sirve de ejemplo el caso de la enfermedad de Juan de Ortega Lara que ocurrió en la villa de Honrubia en el año 1715.²⁷³ Por el mes de septiembre u octubre de dicho año, le mordió a Juan de Ortega un perro rabioso. La primera medida que tomó el enfermo para remediar el mal de rabia fue irse al convento cisterciense de “Religiosas Bernardas” en Montalbo, que distaba aproximadamente 50 kilómetros de la villa de Honrubia, su lugar de origen. Todavía no curado, se volvió después de 40 días a su casa. Estando allí, llamaron al médico doctor Marzin de la villa de Valverde, una villa que estaba a 16 kilómetros y situada igualmente como Honrubia en el camino principal hacia Cuenca. El médico comenzó por diagnosticarle a Juan de Ortega que efectivamente era mal de rabia lo que padecía, para a continuación administrarle diferentes medicinas. Pero como ninguna de ellas mostró algún efecto, los allegados del enfermo llamaron al mismo tiempo a un saludador, llamado Juan, que venía, como el médico, también de Valverde. Durante los tres días siguientes estaban ejerciendo los dos junto al lecho del enfermo, el médico y el saludador, el último saludándole varias veces y aplicándole una hierba “que llaman Mesto.” Aun así, con los remedios de los dos sanadores, el estado de Juan de Ortega no mejoró. De hecho, su estado se volvió tan preocupante que el médico y el saludador aconsejaron que había llegado el momento de administrar los sacramentos. Para ello llegó a casa del enfermo el licenciado Jose de Puerta Fuente, el cura teniente de Honrubia, y le dio la extremaunción. Cuando terminó salió de la alcoba, quedándose con el enfermo “moribundo” sólo el saludador y otro religioso, un amigo cercano del paciente. Fue en ese momento cuando murió Juan de Ortega, y el saludador salió a la otra sala, donde estaban los demás asistentes, para anunciarles: “Ya es muerto. Bean ustedes el veneno que a echado por las narizes”.²⁷⁴ Según la declaración del amigo religioso, el saludador “tenía en un

²⁷³ ADC, Leg. 569, exp. 7042. Proceso inquisitorial contra Juan, saludador, Valverde, 1716.

²⁷⁴ ADC, Leg. 569, exp. 7042. Testifical de fray Martin Herraiz, religioso del convento franciscano de San

dedo una cosa como aplomada y como un moco, y dijo que era veneno que le havia muerto”.²⁷⁵ Como era de esperar, el médico culpó posteriormente al saludador de ser responsable para la muerte de Juan de Ortega, ya que él había sido el último y único que le asistió en el momento de fallecimiento. Antes de cerrar este caso, cabe mencionar, que a las numerosas personas que ya se encargaban del cuidado del enfermo, se unió otro saludador que llegó a la casa unas seis o siete horas después de la muerte. Al parecer, cómo un último intento de salvar su vida, la familia había llamado a ese segundo saludador que venía desde la lejana localidad de Minglanilla, siendo probablemente la distancia de unos 66 kilómetros lo que causó su retraso. Con aquel saludador de Minglanilla se amplió todavía más el considerable grupo de personas presentes en la casa del enfermo. La declaración de uno de los religiosos nos transmite una idea concreta de la poca intimidad que había en el momento de fallecer: “acudió tanta gente que la maior parte de la sala y todo el portal estaba con muchas personas”.²⁷⁶ En conclusión, el caso de Juan de Ortega no sólo es un buen ejemplo para mostrar una vez más la relativa privacidad del espacio doméstico. También revela como en las atenciones sanitarias llevadas a cabo en la casa del enfermo, no siempre se mantenían las fronteras tanto dogmáticas como espacio-temporales, sino que a veces se diluían, permitiendo así una convivencia – no siempre harmónica – de los diversos sistemas médicos. Además, pone de manifiesto la utilidad de la categoría espacio para demostrar cómo en la práctica coexistían la medicina académica con la extra-académica.

II.6 Sanadores extra-locales

Aunque la mayoría de los profesionales sanitarios que atendían a los enfermos en sus

Clemente.

²⁷⁵ ADC, Leg. 569, exp. 7042. Testifical de fray Joseph de Santa Theresa, religioso del convento carmelito calzado de la villa de Alberca.

²⁷⁶ Ibid. El otro religioso, don Cristóbal Díaz, hace mención parecida en cuanto a la cantidad de personas presentes: “Preguntado por dicho señor comisario Juez, qué personas vido [...] estar en la dicha sala, dijo que era tanta la confusión de gente que no currió y estaba allí que por ser mucha y ser la primera ocasión de agosto que havia asistido en esta villa, por lo que no tenía conocimiento.” ADC, Leg. 569, exp. 7042. Testifical de don Cristóbal Díaz Galindo.

casas procedían de la misma localidad, había otros, tal y como lo hemos visto en el caso anterior, que se desplazaban desde sitios más o menos lejanos para atender las llamadas. En el siguiente subcapítulo se tratarán algunos casos de aquellos sanadores que viajaban para asistir a determinados pacientes. Es decir, aquí no se verán los muchos sanadores itinerantes que a lo largo de sus paradas en diferentes sitios asistían a los enfermos de cada lugar, sino de aquellos prácticos cuyos desplazamientos tenían un objetivo en concreto, la cura de un enfermo específico, y finalizado el tratamiento, se volvían a su lugar de origen.²⁷⁷ En lo que sigue se pretende arrojar luz sobre las distancias de cuánto solían desplazarse los sanadores que venían desde más lejos, sobre las circunstancias de viajar así como las implicaciones que tenían estos viajes para la situación doméstica del enfermo.

Para obtener una idea general del número de kilómetros que algunos sanadores viajaban para atender a sus pacientes, se muestra la siguiente tabla. Los datos incluidos en esa tabla proceden, en su mayoría, de procesos inquisitoriales de los Tribunales de Cuenca y Toledo, completándose con algunos procesos de causa criminal y de beatificación. Sumando todas las distancias recorridas y dividiéndolas por el número de viaje realizado, se obtiene una media de 28,75 kilómetros por trayecto. Sin embargo, esa media no es muy representativa para la mayoría de los casos, ya que el cálculo total incluye también aquellas distancias mucho más largas que las de los trayectos más comunes. Eliminando dichas distancias extraordinarias (las de 66, 70 y 73 km), se obtiene una media que refleja lo más habitual: 16,80 km.

²⁷⁷ De los sanadores itinerantes, o charlatanes, se han ocupado por ejemplo David GENTILCORE, *Medical Charlatanism in Early Modern Italy* (Oxford: Oxford University Press, 2006). M. A. KATRITZKY, *Women, Medicine and Theatre, 1500-1750: Literary Mountebanks and Performing Quacks* (Aldershot: Ashgate, 2007).

Tabla 2.1

Distancias recorridas de sanadores extra-locales

Año	Sanador	Archivo	Lugar de salida	Lugar de llegada	Distancia / duración a pie (aprox.)	Estancia
1626	Isabel Gómez Yusta, curandera	AHN	Navalmoral (Plasencia)	Trujillo	70 km / 15h	
1630	Juan Tejedor, curandero	ADC	Trillo	Gárgoles de Abajo	5 km / 1h	
				Azañón,	6 km / 1,5h	
				Viana	14 km / 3h	
				La Puerta	16 km / 3,5h	
1648	Rafael de la Cuesta, curandero	ADC	Gascueña	Olmeda de la Cuesta	4 km / 1h	
				Pastrana	73 km / 16h x 3	
				Castejón	15 km / 3,5h	
1648	Antonio Valeros, cirujano	AMT	Menasalbas	El Molinillo	25 km / 5h	
1656	Diego González, barbero	AMT	Navalpino	Horcajo	15,5 km / 3,5h	
1684	Catalina Caravajal y La Moreta, curanderas	ADC	Villa de Don Fadrique	Lillo	14 km / 3h	
				Tembleque	30 km / 6,5h	
				Campo de Criptana	33 km / 6,5h	
1698	Juan Ruiz, curandero	ADC	Villarejo de Periesteban	Cervera	20 km / 4h x 2	
1699	Francisco Gonzálo, curandero	ADC	Momblona	Almazán	17 km / 3,5h x 2	4 días
1716	Juan, saludador	ADC	Valverde	Honrubia	16 km / 4h	3 días
	Médico		Valverde	Honrubia	16 km / 4h	
	Saludador		Maninglilla	Honrubia	66 km / 13,5h	
1726	Mari Caxa, curandera	AHN	Baños de Tajo	Molina de Aragón	25 km / 6h	9 días
1650	Miguel de la Risa, médico y cirujano	ARCSC C	Xátiva	Benigánim	14 km / 3h	

En algunos casos de los sanadores que ofrecían una asistencia “móvil” se puede ver como ellos, desde su lugar de origen, cubrían la demanda sanitaria de varias localidades de alrededor. Como ejemplo el caso de las dos curanderas Catalina Caravajal y Ana la Mora, llamada La Moreta. Ambas salían de Puebla de don Fadrique,²⁷⁸ situada justo en la frontera de las actuales provincias de Cuenca y Toledo, para desplazarse a Lillo, Tembleque y Campo de Criptana. Los trayectos de las dos curanderas a dichas localidades, que se encuentran en un radio de 15 a 30 kilómetros, quedan reflejados en el siguiente mapa.

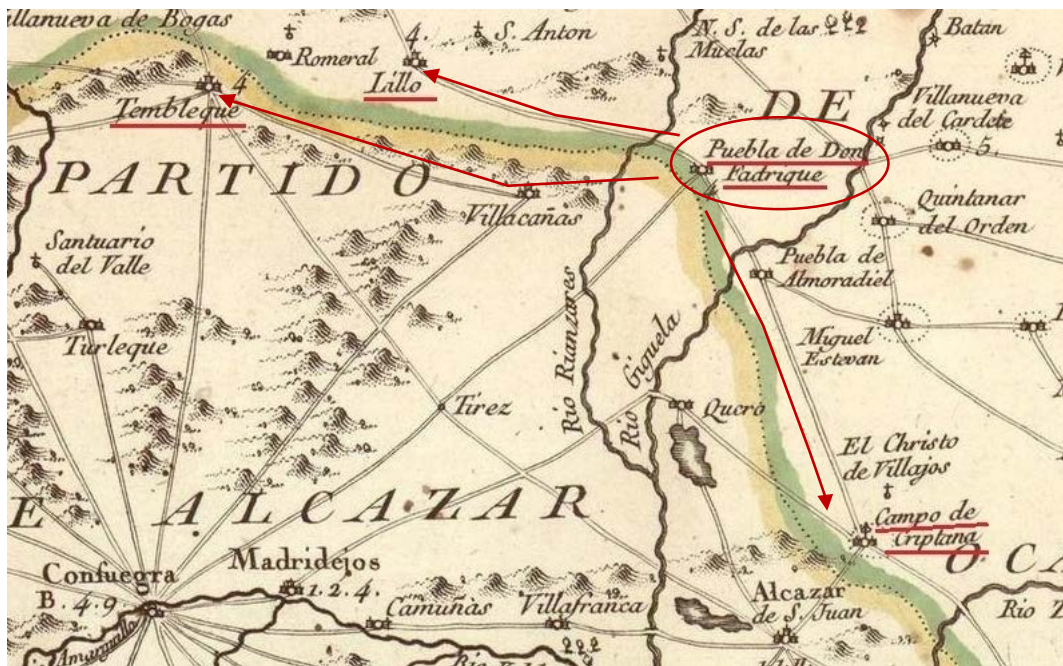


Fig. 2.3 Desplazamientos de Catalina Caravajal y La Moreta, curanderas, Puebla de Don Fadrique, 1684 (ADC). Fragmento del Mapa de la Provincia de Toledo, Tomás López, 1768.

Como ellas, Juan Tejedor, curandero de Trillo, también acudía a diferentes localidades circundantes. En su caso lo eran Gárgoles de Abajo, Azañón, Viana de Mondéjar, y La Puerta, todas situadas cerca de la actual frontera entre las provincias de Cuenca y Guadalajara. Para

²⁷⁸ El nombre actual de dicha localidad es La Villa de Don Fadrique.

realizar los habituales viajes a aquellos lugares, que estaban a 5 o 6, otros a 14 o 16 kilómetros de su punto de partida, el curandero solía trasladarse a caballo y pedir a algún vecino que le acompañase.²⁷⁹ Según la testifical de otro vecino, Juan Tejedor cubría los gastos que suponían la cabalgadura, que eran de 1 Real, con sus medios propios, sin compensarlo luego con los pagos para sus curaciones, ya que no pedía dinero para ellas.²⁸⁰ Como ya se ha mencionado, aparte de la media de unos 16 kilómetros por trayecto, tenemos noticia de algunos sanadores que emprendían viajes de distancias mucho mayores. Un ejemplo es el caso de Rafael de la Cuesta, un hombre mayor y persona humilde de Gascueña (Cuenca) que habitualmente ejercía como curandero en los pueblos del alrededor.²⁸¹ Sin embargo, en varias ocasiones, también realizó el largo trayecto de 73 kilómetros para asistir a enfermos que le habían llamado de la villa de Pastrana, en el sur de la provincia de Guadalajara. ¿Cómo se explican esas llamadas a un curandero que residía en un sitio tan lejano? La respuesta yace, como muchas veces, en la comunicación y, más concretamente en las recomendaciones personales. Así, cuando en primavera de 1646 el canónigo de la iglesia colegial de Pastrana, Joseph Pérez, estaba “enfermo en la cama mucho tiempo de unas calenturas continuas” fue su ama quién le aconsejó de llamar a Rafael de la Cuesta. Según la declaración del enfermo, ella le contó “que en la dicha villa de Gascueña avia un hombre que con aprobación del obispado curaba de calenturas, mal de ojo y otras enfermedades y que seria acertado ymbiar por el para que le curase de la enfermedad que padecía”.²⁸² Resulta que dicha ama, María de Millana, era natural de la villa de Pareja que pertenecía al obispado de Cuenca y probablemente por eso tenía noticia de ese curandero conquense. En los ocho días que Rafael de la Cuesta se quedó en casa del canónigo para curarle

²⁷⁹ El carpintero Francisco Costero le acompañó en una ocasión a las localidades de Viana de Mondéjar y La Puerta. A la vuelta le comunicó que ya no quería volver a salir con el curandero, ADC, Leg. 431, exp. 6090. Proceso inquisitorial contra Juan Tejedor, Trillo, 1630. Testifical de Francisco Costero, fol. 4v.

²⁸⁰ El joven Fran Llorente, hijo del pastor Francisco Llorente, testificó que cuando Juan Tejedor fue a su casa para curar a uno de sus hermanos pequeños, que “ni el quería llevar dineros, que si dios le avia dado aquella gracia, más quería tenderla por todo el mundo, y no llevar nada, que antes él ponía de su casa, que le costaba un real la cabalgadura [...]” ADC, Leg. 431, exp. 6090. Testifical de Fran Llorente, el mozo, fol. 9r.

²⁸¹ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Proceso inquisitorial contra Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648.

²⁸² ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical del licenciado Joseph Pérez, fol. 42r.

con sus oraciones, dormía y comía, y solo a instancias del paciente por ver “que era pobre y que avía venido cinco o seis leguas desta villa”, aceptó al final de su estancia los 24 o 30 reales “por vía de limosna”.²⁸³ En este punto cabe señalar que resulta difícil determinar en que medida el aspecto financiero influía en la elección de un curandero frente a otro profesional reglado, ya que a veces, como en el caso de Rafael de la Cuesta cobraban precios similares a los de los sanadores oficiales, otras veces no pedían nada en cambio de sus curas, como en el caso de Juan Tejedor, y hubo otros, como José Rodríguez que sí que aceptaban el pago en especie.²⁸⁴ Volviendo al caso de Rafael de la Cuesta, el hecho de que el sanador hubiera tenido que realizar un trayecto considerable para asistir al enfermo en su domicilio, fue tenido en cuenta y remunerado por parte del paciente. A partir de esa curación, la noticia sobre el curandero de Cuenca se difundió en la comunidad y Rafael de la Cuesta fue llamado para ir a Pastrana en dos ocasiones más: El año siguiente, en mayo de 1647, para curar a Francisco Franco, un mercader, de “lúcidos yntervalos que padecía en la cabeza”, y en julio de 1648 para remediar los desmayos y estados de frenesí de Antonio López León. Además de sus oraciones, aplicó en estos tratamientos también paños mojados en agua rosada que les ponía en la frente. En ambos casos, el curandero se quedó varios días en las casas de sus pacientes, en la de Antonio López incluso hasta quince días, en los cuales Rafael de la Cuesta le trataba dos veces al día y en el ínterin salía a la calle. Durante ese tiempo, la figura del sanador se convertía en otro miembro más del tejido doméstico, a quien la familia del enfermo alimentaba y daba cobijo. Que un profesional sanitario se integrase de esa manera en el hogar de la persona que curaba, al parecer, no era algo muy extraordinario. Por ejemplo, Francisco Gonzalo, un curandero de Momblona, en una de las varias veces que visitaba a los enfermos de la localidad de Almazán, estuvo en el año 1699 cuatro días curando y viviendo con una pareja enferma.²⁸⁵ Como Lorenzo Domingo y Andrea

²⁸³ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical del licenciado Joseph Pérez, fol. 42v.

²⁸⁴ A este respecto véase LÓPEZ TERRADA, "Pluralismo médico".

²⁸⁵ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Proceso inquisitorial contra Francisco Gonzalo, Momblona, 1699.

García estaban encamados, Francisco Gonzalo les asistió no solo preparándoles y aplicándoles sahumeros y emplastos de hierbas,²⁸⁶ sino que también realizaba tareas domésticas generales. Agradecidos por su amplia asistencia, insistieron en pagarle dinero, a pesar de no haberse curado con su tratamiento. En otro caso de 1729, fue una curandera, llamada Mari Caxa, la que fue andando desde Baños de Tajo (25 km / 6 h) para santiguar a Ana Benito, vecina de Molina de Aragón, en persona.²⁸⁷ Para ello, se quedó con la enferma y su familia nueve días, en los que aparte de dedicarse a curar, también “salía a pedir limosna”.

En resumen, entre las llamadas de los enfermos había varias que iban dirigidas a sanadores que vivían fuera de su localidad y, poder asistirles en sus casas, suponía que realizasen trayectos de diferentes distancias. A base de datos obtenidos de la documentación principalmente procesal, se ha calculado una media de 16,80 kilómetros por trayecto. Dependiendo de varios factores (viaje largo, tipo de enfermedad y duración del tratamiento, situación particular del sanador), las estancias de los profesionales sanitarios que procedían de otros lugares podían perdurar varios días o incluso semanas. Este fue el caso principalmente cuando se trataba de sanadores no-reglados, quienes entonces formaban temporalmente parte de la vida doméstica y privada de los enfermos y sus próximos.

II.7 Los otros cuidadores: los miembros de la familia

No se puede cerrar el capítulo sobre lo doméstico como espacio de curación sin haber entrado en la parte que fomentaba la base de todos los tratamientos médicos realizados en los enfermos: el cuidado diario de los enfermos por parte de los miembros de la casa.²⁸⁸ Si

²⁸⁶ Aunque ambos padecían la misma enfermedad de flatos, el tratamiento para cada uno era diferente. Mientras que le aplicaba a Lorenzo Domingo un sahumero con hierbas de San Juan, a Andrea García le ponía en el ombligo un emplasto de camuesas[tipo de manzana], cebolla, incienso, clavo y canela y huevos. ADC, Leg. 560, exp. 6970. Testifical de Andrea García, sin fol. En cuanto a un tratamiento diferente debido al sexo de la persona enferma, en este caso femenino, véase Wendy D. CHURCHILL, *Female Patients in Early Modern Britain: Gender, Diagnosis, and Treatment* (Farnham: Ashgate, 2012).

²⁸⁷ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Proceso inquisitorial contra Mari Caxa, Molina de Aragón, 1726.

²⁸⁸ En una revisión crítica de su propio modelo del pluralismo médico, Gentilcore alude a la importancia del “family context of sickness and care”, cf. GENTILCORE, “Medical Pluralism”, aquí p. 49. Para la implicación de

hablamos de la medicina doméstica, no necesariamente como una práctica de “self-help”, sino más bien como un escenario en el que se desarrollaban todo tipo de asistencia sanitaria, hay que tener en cuenta que la intervención terapéutica a su vez fue llevada a cabo en colaboración con personas cercanas al enfermo que se mostraban responsables de su cuidado. Es decir, para dar visibilidad a todos los actores que participaron en la atención médica, es importante no diferenciar entre curar y cuidar, sino tratar ambas actividades en su conjunto. Una categoría más amplia como la de “bodywork” postulada por Mary Fissel,²⁸⁹ permite incluir y así valorar el papel polifacético de la mujer cuya labor, con excepción de la matrona, prácticamente no aparece documentada en los listados de las profesiones oficiales. La importancia que esa labor cobraba para la sanación es diametralmente opuesta a la escasa documentación que se conserva sobre ella. En la documentación procesal, tanto inquisitorial como de causa criminal, hemos podido detectar algunos casos excepcionales que permiten acercarnos al ámbito de los cuidados que realizaban no los profesionales sanitarios, sino los miembros de la familia. Uno de ellos es el proceso inquisitorial a José Rodríguez, el herbolario valenciano que hemos tratado más arriba, que nos proporciona información sobre el cuidado familiar de una enferma en concreto: Ana de Aillón de la localidad de Estremera, que desde hacía muchos años estaba tullida de pies y manos.²⁹⁰ Aunque su caso clínico ya se ha comentado en el apartado anterior, aquí nos centraremos en las testimoniales de la enferma y de sus parientes, los elementos que revelan la colaboración familiar como parte esencial del tratamiento. Así, las tres personas más cercanas a Ana de Aillón, su marido, su hija y su hermana, estaban implicados de manera diferente en la asistencia a esa larga enfermedad, de la que padecía desde hacía quince años y que le impedía salir de la cama. El papel central era el de la hermana, María de Aillón.²⁹¹ Como mujer soltera,

miembros de la familia en el cuidado, véase también FERRAGUD DOMINGO, "Atención médica doméstica". y STOLBERG, *Experiencing Illness and the Sick Body in Early Modern Europe*, p. 55-58. En palabras de Stolberg, „nursing care played a crucial role in the subjective experience of sickness [...]. There is, however, hardly any aspect of the everyday medical life of past centuries about which we know less. [...] A major reason for this lack of sources is that nursing was almost always done in private, in the patient's home“, p. 55.

²⁸⁹ FISSELL, "Introduction".

²⁹⁰ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Proceso contra José Rodríguez. Testifical de Ana de Aillón, fol. 41r-42r.

²⁹¹ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de María de Aillón, mujer soltera, 40 años, fol. 154v-155r.

de 40 años de edad, era la que tenía más posibilidades de hacerse cargo de los cuidados que necesitaba su hermana, y por ello no sorprende que fuese ella la encargada de seguir el tratamiento de José Rodríguez cuando éste estaba ausente temporalmente del lugar. Así, el unguento de hierbas que el herbolario había preparado, lo aplicaba la hermana varias veces al día en el cuerpo, “abajo la espalda”, de la enferma. Para realizar esta tarea contaba con la ayuda de su sobrina, Gregoria Moral, la hija de la paciente.²⁹² A sus 15 años de edad, su madre siempre había estado enferma, y no la había conocido sana, por lo que su cuidado era algo natural que formaba y siempre había formado parte de sus ocupaciones diarias. Aunque no queda claro quién tuvo la iniciativa de llamar al herbolario, fue Juan de Moral el que le llevó a la casa.²⁹³ Por último, la tarea de la propia enferma, como parte del tratamiento ordenado por José Rodríguez, consistía en “que se encomendase a Dios y tubiese paciencia y mandase decir una misa a el Santo Cristo”. Aparte de ese reparto de tareas, lo que destaca es que todos los familiares parecen haberse familiarizado bastante con la enfermedad de Ana de Aillón, ya que sabían nombrar y especificar el trastorno con un término que si no es exclusivamente médico, sí resulta bastante específico: “gota artética”. Mientras el término “gota artética” aparece desde el siglo XVI en varios tratados médicos, también lo hace en los que al menos teóricamente se dirigían a un público más amplio, como los Regímenes de Salud,²⁹⁴ y en textos hagiográficos, aunque sólo a partir de 1783 entra este término en los diccionarios españoles.²⁹⁵

²⁹² AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Gregoria de Moral, hija de Juan de Moral y de Ana de Aillón, doncella, 15 años, fol. 156r.

²⁹³ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Testifical de Juan de Moral, 56 años, fol. 154r-154v.

²⁹⁴ “Gota artética” está mencionada en Francisco NÚÑEZ DE ORIA, *Regimiento y aviso de sanidad, que trata de todos los géneros de alimentos y del regimiento de ella* (Medina del Campo: Francisco del Canto, 1586). Aparece también en Cristóbal PÉREZ DE HERRERA, *Proverbios morales y consejos christianos muy provechosos para concierto y espejo de la vida* (Madrid: Luis Sánchez, 1618). En las en las enigmas filosóficas, libr II, bajo LXXVIII dice: “Las Coyunturas”: “La coyuntura se llama ocasión en nuestra lengua, y assi la Enigma juega del vocablo. Son las partes y junturas que tienen todos los animales, a donde mas corren los humores, y en que mas padecen los viejos de passiones de gota, que causan mucho dolor, que en el nombre generico se llama *Arthritis*, que quiere dezir gota artética, de que ay diferentes especies, que son *podagra* la de los pies; *chiragra* de las manos; *genegra* la de las rodillas; *esquiés*, que es la ceatica, en lo quadriles.” p. 75v.

²⁹⁵ Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, Madrid: Joaquín Ibarra, 1783: “La que da en los artejos y coyunturas del cuerpo. Morbus articularis.” El término se mantiene en todos los diccionarios posteriores hasta 1992.

Como Ana de Aillón, hubo otra enferma que fue cuidada y curada por su hermana. Como parte del proceso inquisitorial a María Gaspar, curandera de Valdeolivas, declaró María Cabrarizo que había llamado a dicha sanadora para remediar los sustos nocturnos de su hermana “que se llamaba Ysabel Cabrarizo, ya difuncta, enferma en la cama a quien esta testigo curaba”.²⁹⁶ El cuidado de María Gaspar a su hermana era una tarea que no se limitaba solo al día, sino que también en las noches dormía con ella en la cama para velarla.²⁹⁷ Cuidar a un familiar de esa forma tan continua, en particular, si se trataba de una enfermedad crónica y larga, podía convertirse en una gran carga física y emocional para las personas que se entregaban a esa tarea.²⁹⁸ Un caso que ocurrió en el año 1648 en el lugar de El Molinillo, en la provincia de Toledo, muestra como el cuidado diario podía suponer un agobio tan extremo que conducía a la persona cuidadora a querer matar al paciente.²⁹⁹ Domingo Sánchez, que desde hacía tiempo padecía una grave enfermedad, una noche de enero de 1648, le pidió a su mujer Ana de Rojas que le diera el orinal o “el servicio para hacer sus necesidades”. Ella se lo dio y estando sentado en el orinal, el enfermo se desmayó. Al levantarlo, su mujer se quejó de estar cansada de lidiar con su enfermedad, diciéndole “cada día te hemos de tener malo. ¡Acabemos con el de una vez!”³⁰⁰ A continuación, cogió un martillo de hierro y le dio tres o cuatro golpes en la cabeza, “con los cuales golpes cayó el Domingo Sánchez debajo de la cama.” Para

²⁹⁶ ADC, Leg. 411, exp. 5770. Proceso inquisitorial contra María Gaspar, Valdeolivas, 1624. Testifical de María Cabrarizo.

²⁹⁷ “y le sucedio estando con la dicha hermana en la cama, dos noches a las doce estando despierta, [decía] que le llegaban a la cara y se la querian llebar. Y esta testigo preguntandole a la dicha su hermana si veia alguna cosa de quien le daba pesadumbre. Le respondió la dicha enferma su hermana que veia unas nubes negras, y que aquellas la desasosegaban.” ADC, Leg. 411, exp. 5770. Testifical de María Cabrarizo.

²⁹⁸ Stolberg alude a esa doble carga que podía suponer el cuidado de familiares enfermos con enfermedades crónicas y da casos concretos en los que esa tarea resultó en conflictos, cf. STOLBERG, *Experiencing Illness and the Sick Body in Early Modern Europe*, p. 57.

²⁹⁹ AMT C. 6280, exp. 2358. Proceso criminal contra Ana de Rojas, El Molinillo, 1648. Sandra Cavallo también ha señalado para Italia casos de hombres que maltrataban a sus mujeres enfermas por la gran carga que suponía su cuidado. En la documentación recuperada por Cavallo, dos mujeres maltratadas terminaron recurriendo al hospital de Turin, véase Sandra CAVALLO, “Family Obligations and Inequalities in Access to Care in Northern Italy, Seventeenth to Eighteenth Centuries”, en *The Locus of Care. Families, communities, institutions, and the provision of welfare since antiquity*, ed. Peregrine HORDEN y Richard SMITH (London/New York: Routledge, 1998), pp. 90-110.aquí, p. 97.

³⁰⁰ AMT C. 6280, exp. 2358. Testifical de Anton del Cerro, fol. 3v.

abreviarlo, el enfermo murió pocos días después, por lo que se le acusaron a Ana de Rojas de haber matado a su marido. Sin embargo, antes de dictar una sentencia, había que averiguar varios asuntos. En primer lugar, la cuestión de si la muerte de Domingo Sánchez fue provocada por los golpes con el martillo o si fue causa de la larga y grave enfermedad que padecía. Para ello, se consultó la opinión del cirujano Antonio Valeros, el que había venido de la villa de Menasalbas para curarle las heridas en la cabeza. Según su parecer, de las tres heridas que tenía en diferentes partes de la cabeza – comisura coronal, el hueso parietal del lado izquierdo, occipucio de la cabeza – “ninguna era mortal porque no tenía lesión ninguna el casco porque no llegaban mas de a la membrana carnosas”.³⁰¹ En su informe, el cirujano recuerda que antes de dichas heridas ya estaba enfermo de una grave enfermedad, por lo que juzgó que “se vinieron a desenfrenar todos los umores, que le costó la vida”. Incluso el propio enfermo diferenció claramente entre heridas y enfermedad cuando incluyó en su testamento una cláusula para evitar una posible acusación de homicidio a su mujer: “Yo mando que la [Ana de Rojas] suelten libre porque si fallezco no es del daño que recibí, sino es de la enfermedad natural que Dios Nuestro Señor fue servido de medar”. Es decir, el marido herido por su propia mujer se preocupó que constara por escrito su parecer personal acerca de la inculpabilidad de Ana de Rojas en su muerte, la que sentía cerca.

En segundo lugar, estaba la versión contraria de lo sucedido de Ana de Rojas. Según su confesión, ella no atacó a Domingo Sánchez con el martillo, sino que fue él que le dio un golpe a ella. Las heridas en la cabeza de su marido, las atribuyó a haberse desmayado y caído al suelo. Para tener una idea más detallada de lo ocurrido desde la perspectiva de la mujer del enfermo, se reproduce aquí una parte de su confesión:

“Lo que pasa es que esta confesante abia nueve noches que estaba desvelada con la enfermedad del dicho su marido y para sosegar un poco se echó sobre un arca junto a la cama del dicho su marido, y estando esta confesante dormida el dicho su marido le pidio le diese el servicio tres o quatro beçes, que esta confesante no lo oyo, por cuya causa el dicho su marido se lebanto de la cama y asio de un martillo que estaba junto al arca y diciendo, no oyes que te pido el servicio y

³⁰¹ AMT C. 6280, exp. 2358. Declaración de Antonio Valeros, cirujano de Menasalvas, fol. 1r.

le dio un golpe en la cabeza con el, y [...] abiendo la dado, se abajó debajo de la cama por el dicho servicio y con el frenesí que le dio se cayo en el suelo y se dio contra la pared, y esta confesante le lebanto del suelo y se abraço con el y se salieron al patio bregeando por que se queria hir a la calle, y esta confesante dio boces, y a ellas bino Anton del Cerro, su becino y los aparto y a su marido le metio en la cama y a poco rato bino el alcalde y llevo a esta confesante a la carcel y esto responde”.³⁰²

Sea por el informe quirúrgico, la cláusula testamentaria del enfermo o por la aseveración de su inocencia por parte de la mujer, tras más de siete meses en la cárcel, Ana de Rojas fue indultada. La sentencia del 5 de agosto de 1648 dictó “que por agora y asta que otra cosa se probea, se suelte a la dicha Ana de Rojas y Castillo de la prisión en que está [...]”.³⁰³

Dentro de este proceso de causa criminal hay testificales que revelan algunos detalles más sobre el cuidado doméstico en la enfermedad larga de Domingo Sánchez. Por ejemplo, el criado de la casa, llamado Matías encontró un día en la cocina una raíz de lirio. Su ama, Ana de Rojas, le explicó que servía de remedio para su marido, ya que ella solía preparar con dicha raíz un emplaste para remediar sus dolores de estómago.³⁰⁴ Su esposa, sin embargo, no fue la única persona que se encargaba de cuidar al enfermo. Además de ella, había una vecina, llamada Catalina Gómez, de estado viuda, que “solia ir a casa del dicho Domingo Sanchez a asistir a su cura”.³⁰⁵ Fue de hecho Catalina Gómez la que siguió cuidando de él cuando llevaron a Ana de Rojas a la cárcel. Mujeres de la vecindad que eran contratadas para atender y cuidar a los enfermos en sus casas, era una forma habitual para sustituir o apoyar la ayuda prestada por los familiares. Sandra Cavallo, en su estudio sobre el cuidado familiar en la Italia moderna, ha demostrado como la atención practicada por parte de criados se realizó a base de un prometido intercambio: Las personas enfermas de una edad avanzada, que dependían durante la etapa final de sus vidas de la asistencia de personas externas a la familia, legaban una parte considerable

³⁰² AMT C. 6280, exp. 2358. Confesión de Ana de Rojas y Castillo, fol. 11r.

³⁰³ AMT C. 6280, exp. 2358, fol. 48r.

³⁰⁴ AMT C. 6280, exp. 2358. Testifical de Matías, criado de Domingo Sánchez, fol. 5r-6r, y confesión de Ana de Rojas, fol. 11v.

³⁰⁵ AMT C. 6280, exp. 2358. Testifical de Catalina Gómez, viuda de Bartolome Muñoz, 36 años, fol. 6v-7r.

de sus bienes a dichas cuidadoras.³⁰⁶

II.8 Conclusión

El hogar del enfermo era el escenario más habitual en el cual se desarrollaban las prácticas médicas. Allí, en el espacio doméstico se realizaban no sólo las estrategias de auto-atención, es decir todo el abanico de los remedios “domésticos”, así como el cuidado diario del enfermo por parte de la familia, sino también fue este el lugar más común en el cual se efectuaba el encuentro entre paciente y sanador, sea el último de índole que sea, reglado o no-reglado. A partir de los casos estudiados se puede afirmar que no sólo fue el médico, sino también el cirujano o barbero, así como diferentes tipos de sanadores no-reglados y miembros de la familia como actores recurrentes los que realizaban las curaciones domiciliarias. Es decir, el hogar, junto a la cama del enfermo, era un espacio en el que se realizaban toda una diversidad de tratamientos y prácticas curativas. El médico, de hecho, venía a ser para la mayoría de la población el profesional sanitario que menos frecuentemente figuraba en el aposento del enfermo. Con la diversidad, conviene además pensar en la complejidad de la coexistencia de diferentes sistemas médicos cuyos encuentros en la casa del enfermo desarrollaban y creaban dinámicas tanto colaborativas como conflictivas. En todo ello, el paciente y los miembros de su familia, tanto femeninos como masculinos, desempeñaban un papel importante. En el afán de mantener su autonomía, el enfermo, en la mayoría de los casos con el apoyo familiar, buscaba y encontraba estrategias para conseguirlo. Así, llamaba, despedía y cambiaba a los profesionales según criterios diferentes: cuando los tratamientos no mostraban ningún efecto, cuando el comportamiento social del sanador era inaceptable, cuando había alternativas que implicaban menos dolor o cuando en el enfermo mismo aparecían escrúpulos sobre la legitimidad de la práctica. Los motivos, por lo tanto, eran muy variados y no miraban tanto a la

³⁰⁶ A veces, miembros de la familia cumplían la función del personal cuidador, recibiendo por ello igualmente el pago mediante la posterior herencia, véase CAVALLLO, "Family Obligations".

jerarquía académica, ni a las regulaciones establecidas por las autoridades médicas. El cambio del profesional podía provocar disputas e incluso reyertas entre los sanadores competidores. La asistencia en casa no era necesariamente un encuentro privado entre sanador y paciente. Ya que lo habitual en esa situación era encontrar al enfermo rodeado por parientes y amigos. Dependiendo de cómo de espectacular era el caso clínico o la terapia que se iba a realizar, acudían también vecinos curiosos y otros enfermos del lugar a casa del afligido. A eso se añadía que los sanadores que venían desde sitios más lejanos se quedaban a dormir y vivían con el enfermo y su familia durante varios días. Es decir, el encuentro sanador-paciente se convertía más bien en un evento social, y el hogar en un espacio semi-público.

Caracterizando a las casas de los enfermos como espacios que „están demasiado abiertos a la calle para que no se de la participación de los vecinos [...]“,³⁰⁷ tal y como lo afirma Carmel Ferragud para la España medieval, nos permite por un lado constatar que la ambigüedad propia de los hogares bajomedievales, de ser privado pero público, es algo que continuó siendo así a lo largo de la Edad Moderna. Por otro lado, nos sirve para enlazar con el capítulo siguiente y dar ahora el paso a la calle a conocer las prácticas de curación que se ofrecían dentro de la comunidad.

³⁰⁷ FERRAGUD DOMINGO, "Atención médica doméstica", p. 154.

Capítulo III: La comunidad de vecinos: comunicación y espacios de curación

Si dentro del espacio doméstico no era posible realizar el tratamiento necesario, los enfermos recurrían a las muchas posibilidades de asistencia sanitaria que ofrecía la comunidad. Así, después de la casa, era la comunidad de vecinos la siguiente esfera en la que el enfermo y sus próximos proseguían la búsqueda de la salud. La comunidad constituía un espacio que ofrecía una plataforma y una fuente de información de gran relevancia para el intercambio de los temas en torno a la salud y la enfermedad. Hablar sobre la enfermedad y sus tratamientos es quizás el elemento más constitutivo de todo el proceso de recuperar la salud. Esa comunicación cobra una importancia primordial no sólo para el enfermo a la hora de compartir sus dolencias con sus próximos, y así dar inicio a cualquier tipo de ayuda terapéutica, sino también para acceder a los múltiples recursos que se hallaban en su entorno local. Estrechamente vinculado con la comunicación sobre los tratamientos existentes en una colectividad vecinal, estaban los diferentes espacios de curación que existían dentro de de la misma. Más allá de los lugares e instituciones sanitarias oficiales, cómo las barberías, las boticas y los hospitales, había otros sitios de carácter informal, como los mesones, las casas privadas de otros enfermos, calles y plazas, que se convertían temporalmente en escenas públicas de la práctica médica. Estos lugares informales requerían también una comunicación informal, basada en el boca a boca, para que se pudiera llevar a cabo en ellos la asistencia médica.

En este capítulo se tratará básicamente, por un lado, algunos aspectos de la comunicación intercomunitaria como elemento clave para promover las prácticas terapéuticas dentro de la comunidad, y, por otro lado, los diferentes espacios de curación, los oficiales así como los informales, adónde acudían los enfermos del lugar para ser sanados. Además, en un tercer lugar, se analizarán determinadas enfermedades con un fuerte componente sobrenatural,

en las cuales la comunidad jugaba un papel central: las afecciones provocadas por maleficios y, como ejemplo de ello, la impotencia. El protagonismo de la vida comunitaria en estas enfermedades se debía a que tanto la causa como la curación de las mismas se hallaban en las relaciones interpersonales, por lo que no se entienden ni tienen sentido sin el entorno comunitario.

Antes de entrar en el análisis, cabe decir que la separación entre el espacio comunitario y el espacio doméstico es una separación estructural que no siempre se mantenía en la realidad. Con ello se alude lo que ya se ha dicho en la parte metodológica de la introducción respecto a entender la estructuración espacial de la itinerancia terapéutica no como esferas cerradas, sino como espacios permeables que permiten un flujo en ambos sentidos. Así, tanto la comunicación como las prácticas sanitarias podían tener su inicio en lo doméstico y pasar a la comunidad o, viceversa, comenzar en la esfera pública y terminar entrando en los domicilios. Es decir, lo que se comentaba y ocurría en la comunidad podía influir y determinar las opiniones y prácticas dentro de las casas. De la misma manera, era posible que la vida interior traspasase las paredes de los hogares y tuviese su repercusión en la vida comunitaria.

Ahora bien, para analizar los diferentes casos que implicaban la comunidad y la comunicación como elementos constitutivos para la realización de un tratamiento en concreto, se ha recurrido principalmente a fuentes procesales. Mientras que eso podría ser problemático en cuanto a sólo representar la medicina “disidente“, nos ofrecen, por otro lado, una visión más amplia de las posibles formas que la realidad podía asumir, algo difícilmente asequible a través de fuentes normativas. Para la reconstrucción de las dinámicas implicadas en la comunicación y para acercarse a espacios de curación que quedaban fuera de las instituciones típicas del Antiguo Régimen, las fuentes “disidentes“ y también la literatura de creación tienen un valor inmensurable.

III.1 Comunicación

Informarse, intercambiar experiencias, difundir noticias sobre curaciones exitosas, recomendar a sanadores, quejarse sobre los efectos de la terapia en curso, negociar el dictamen terapéutico, etc, son todos actos comunicativos que oscilaban entre las casas privadas y la comunidad de vecinos. La comunicación era una pieza clave que configuraba todas las posibles esferas por las que pasaba un paciente a lo largo de su itinerario terapéutico y, por ello, es un elemento presente en todos los capítulos de este estudio. Sin embargo, es aquí, dentro del espacio de la comunidad, donde nos parece más oportuno dedicarle un análisis más detallado.

En las sociedades de la Edad Moderna, el flujo de comunicación entre los vecinos de una localidad era, habitualmente, muy activo e intenso, y particularmente respecto a temas de salud y enfermedad. Tras la lectura de numerosos procesos judiciales, tanto inquisitoriales como de causas criminales, lo que queda patente es que los hombres y mujeres de un lugar determinado estaban muy bien informados sobre quién padecía qué tipo de enfermedad y cómo se curaba. En algunos casos, la información sobre las enfermedades de los demás y su evolución entraban en la memoria colectiva de todo un vecindario. Por ejemplo, varios vecinos de Puebla de Salvador, localidad en Cuenca, recordaban en 1677 cómo 17 años atrás habían enfermado tres niños de lobanillos y cómo terminaron curándose con un método mágico-creencial.³⁰⁸ Una vecina de Trillo supo nombrar en 1630 a un total de ocho personas (con nombre y apellido), ella incluida, que habían acudido a casa de un curandero de la misma localidad para curarse de diversas enfermedades, desde descalabraduras, problemas con las secas hasta el mal de ojo. Varias mujeres de Requena habían observado desde sus casas, como una mujer sanadora visitaba en 1627 frecuentemente al vecino de enfrente. Una de ellas le preguntó un día directamente, “¿qué andas viendo y viniendo Mangorrera?” A lo que le contestó, “un poco de

³⁰⁸ ADC, Leg. 733, exp. 1328. Proceso inquisitorial contra Martín de Tortola, Puebla del Salvador, 1677.

ambar y coral molido le doy“.³⁰⁹ Ese tipo de informaciones que se compartía y difundía en la comunidad a modo de chismes, cumplía una importante funcionalidad. Como señala Yaarah Bar-On, “the neighborhood ‘gossip’ was a veritable ‘communal institution’; she played an active role in neighborhood events, storing memories, collecting stories over the years and passing them on”.³¹⁰ Se trata de un sistema de comunicación que representa una pieza importante en una red de información que trasladaba datos personales desde la intimidad hacia la colectividad. El chisme, por lo tanto, contribuía al flujo activo de comunicación que tanto caracterizaba a las comunidades de la Edad Moderna. Dicho en palabras de Bar-On, “the accessibility of the information to the community, and the community’s influence on its application in the early modern era was much greater than that of a community of clients in our day”.³¹¹

Evidentemente, una densa circulación de datos personales aporta, por un lado, muchas ventajas para los que están en busca de información sobre opciones terapéuticas, pero por otro lado, puede acabar perjudicando gravemente la posición social de las personas implicadas.

Se tratará primero su efecto positivo: El gran beneficio se hallaba concretamente en que las experiencias, opiniones y recomendaciones que circulaban entre la comunidad o vecindario servían de orientación para guiar al paciente en su toma de decisiones y elecciones del profesional sanitario. Las experiencias personales de otros enfermos con un tratamiento o con un profesional en concreto, al compartirlas, se convertían en un conocimiento útil que fue apropiado y aplicado para remediar la enfermedad individual. Sobre todo las evaluaciones positivas por otros pacientes eran importantes indicadores de calidad que influían en gran

³⁰⁹ ADC, Leg. 423, exp. 5931. Proceso inquisitorial contra Menora Gitana, Requena, 1627. La curandera en cuestión, sin embargo, era otra: Estefanía Pérez. Testifical de María Martínez, mujer de Julián Gómez, 30 años, fol. 10v.

³¹⁰ Yaarah BAR-ON, "Neighbours and Gossip in Early Modern Gynaecology", en *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de BLÉCOURT, Osborne, Cornelia (Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan, 2004), pp. 36-55.

³¹¹ *Ibid.*, p. 44.

medida en las decisiones. Por ejemplo, en un caso de Toledo de 1731 que ya se ha tratado en el capítulo anterior, despidieron a un cirujano examinado porque preferían a otro no-examinado “por haberles dicho que tenía buenas habilidades”.³¹² Es decir, no eran necesariamente las aprobaciones oficiales del Protomedicato las que certificaban para los enfermos la cualidad de las prácticas, sino que – como lo ejemplifica este caso – podía resultar más relevante la experiencia intercambiada entre los usuarios. Las historias clínicas de otros, sobre todo si la dolencia era parecida, les generaba a los enfermos al mismo tiempo esperanza y orientación a la hora de satisfacer sus necesidades terapéuticas.³¹³ “Por haber oído”, es una explicación muy corriente en las testificales de los pacientes para justificar el recurso a un sanador en concreto. En algunos casos la fuente de la información fue revelada, muchas otras veces y particularmente en procesos inquisitoriales, sin embargo, se quedó en esa formulación anónima para evitar posibles acusaciones.³¹⁴ Las recomendaciones a través de las vías orales eran especialmente fructíferas – en el sentido de haber animado a varias personas del lugar a consultar al sanador en cuestión – cuando el tratamiento prometía no sólo una curación del mal, sino que iba acompañada con más características orientadas hacia los intereses del enfermo. Tal y como lo señaló María Luz López Terrada para la ciudad de Valencia a finales del siglo XVI, lo que motivó a varios hombres a interrumpir sus tratamientos quirúrgicos en curso para ser atendidos por un curandero fueron los siguientes elementos: el éxito terapéutico, junto con la corta duración del mismo, la ausencia de dolor, y el poco gasto.³¹⁵ La cuestión de tiempo para un

³¹² AMT, C. 6380, exp. 5369. Proceso criminal contra Juan Bautista Güell, Toledo, 1731.

³¹³ Basándose en los trabajos de los sociólogos Alfred Schütz y Thomas Luckmann, Robert Jütte resalta la importancia de las “Krankengeschichten aus zweiter Hand” como parte constitutiva de un saber médico cotidiano (“medikales Alltagswissen”), véase JÜTTE, “Patient und Heiler,” p. 137-139.

³¹⁴ Ruggiero alude a esa táctica de los declarantes en procesos de la inquisición, en particular en un contexto de curaciones acusadas de hechicería, véase RUGGIERO, “The Strange Death”, aquí: p. 1154.

³¹⁵ LÓPEZ TERRADA, “Pluralismo médico”. Siguiendo la pista dada por López Terrada, el proceso en que se basa su artículo (Proceso del Colegio de Cirujanos contra Francisco Navarro por curar con oraciones, agua y aceite, 1596. Archivo del Reino de Valencia, Real Audiencia, Procesos. Parte 2ª, Letra F, Núm. 695.) revela como tres de los nueve testigos que habían sido tratados por el curandero Francisco Navarro declararon que se habían cambiado a Navarro en base a las recomendaciones de sus amigos. A modo de ejemplo sirve la declaración de Joan Gonzalez, velluter, 22 años: “vent que dita cura no anava millor sentinse fatigat, y avisantlo sos amichs de les cures que dit Frances Navarro feya, determine ell testimoni de curarse ab aquell”.

tratamiento y la recuperación del mismo era crucial en una sociedad en la que la mayoría de la población dependía del trabajo diario para sostenerse.³¹⁶ No poder trabajar por motivos de salud significaba en muchos casos caer inevitablemente en la pobreza. Curarse en el tiempo más corto posible era una preocupación central, en particular para los enfermos masculinos, ya que su ausencia laboral afectaba de forma directa la situación socioeconómica de toda su familia. Fueron los mismos elementos los que promovían – más de medio siglo después y en una pequeña localidad de la provincia de Cuenca – una rápida difusión de las habilidades de una curandera. Varios enfermos, tanto del mismo lugar como de fuera de él, acudían al mesón de Riofrío del Llano por haberse enterado que allí residía una mujer que curaba sin dolor, al instante y con muy pocos gastos.³¹⁷

La comunicación dentro de la comunidad sobre diferentes formas de curar podía no solo beneficiar a los enfermos y sus familiares, sino también en ocasiones perjudicarles. Sobre todo en lo que concierne a las prácticas mágico-creenciales, tener noticia de quién se dejaba curar por semejantes tratamientos y quién las realizaba, podía resultar para ambas partes implicadas en un rechazo social o en una acusación ante los tribunales correspondientes. Esto ocurrió, por ejemplo, en dos casos relacionados con la práctica de santiguar una persona a distancia mediante el cabello de la misma. A finales del año 1725 en Molina de Aragón, estando en la calle cerca de su casa, la mujer de Bernardo Castillo contó a dos vecinos como su marido había recuperado su salud gracias a las curas de pelo de Mari Caxa, vecina de Baños de Tajo. Los dos vecinos, don Juan de Quiñones y su hijo don Julián de Quiñones, reprendieron a la esposa del enfermo “el que se ubiese valido de tal medio”.³¹⁸ Algunos meses después fueron ellos, padre e hijo, los que dieron noticia a un familiar de la Inquisición de Molina de Aragón sobre las prácticas ilícitas que Mari Caxa realizaba con algunos enfermos de este lugar. En el otro caso,

³¹⁶ Ibid., p. 179.

³¹⁷ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Proceso inquisitorial contra Mariana Pérez, Cuenca, 1655.

³¹⁸ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Proceso inquisitorial contra Mari Caxa, Molina de Aragón, 1726.

la acusación ante la Inquisición fue mucho más inmediata. El día de Reyes de 1734 se estaba debatiendo en una casa en Requena sobre las diversas opciones terapéuticas para remediar la enfermedad de don Joseph de Arroyo.³¹⁹ El tío del enfermo, Joseph Martínez, labrador y arrendador de la casa, comentó ante las varias personas presentes, como él había llevado una madeja de pelo del enfermo a la villa de Caudete para que la santiguase una curandera llamada La tía Morena. Entre los que se hallaban presentes estaba también el dueño de la casa, Agustín Ortiz, abogado de los Reales Consejos, e interfirió en el debate, regañándoles al labrador y su mujer, “¿cómo executaban una cosa tan mala?”³²⁰ Según el abogado, los tíos del enfermo quedaron “ignorantes y pasmados”, excusándose que “no lo tenían por malo, porque avian oido decir que la dicha Morena era una buena muger”.³²¹ Agustín Ortiz, mostrando mucho empeño en combatir esa práctica, se fue al día siguiente a hablar con el arcipreste y cura de la iglesia de San Salvador. Éste le recomendó al abogado que se lo comunicase al párroco con el fin de averiguar si se trataba de un asunto de superstición. En el caso de ser así, debía avisar a los comisarios de la Inquisición. Agustín Ortiz realizó todos los pasos recomendados con tanta eficiencia que antes de terminar el día se habían hecho todas las diligencias necesarias para que el tío del enfermo declarase ante el Santo Oficio. Así, dos días después de la conversación en dicha casa, el día 8 de enero por la mañana “pareció siendo llamado un hombre que dijo llamarse Joseph Martinez” ante el comisario de la Inquisición, Domingo Ferrer. El conocimiento público sobre la implicación de los familiares en promover una curación con medios fuera de la medicina académica, podía desembocar en un rechazo social y/o en tener que explicarse judicialmente ante el tribunal de la Inquisición.

La comunicación entre vecinos podía repercutir también negativamente en la figura del sanador. Comentar sobre curas “raras” formaba igualmente parte de las conversaciones típicas

³¹⁹ ADC, Leg. 595, exp. 7198. Proceso inquisitorial contra La Tía Morena, Caudete, 1734.

³²⁰ ADC, Leg. 595, exp. 7198. Proceso inquisitorial contra La Tía Morena, Caudete, 1734. Testifical de Agustín Ortiz.

³²¹ Ibid. BAR-ON, "Neighbours and Gossip".

de los comunitarios. Se trataba de chismes que – dependiendo entre qué tipo de personas los contaran – podían terminar en consecuencias serias para la persona responsable de dichas curas. En la villa de Quintanar del Rey, por ejemplo, a principios del siglo XVIII era de sabido por todo el mundo que el boticario Alonso López tenía un don especial para curar. Sin recurrir a las medicinas de su botica, aliviaba a los enfermos con simplemente poner su zapato en la parte doliente. Para que esa noticia se difundiera en la villa actuaron no solamente las típicas recomendaciones de algunos vecinos en enfermedades concretas, sino que también fue un momento crucial el encuentro de varias personas de la vida pública en casa del labrador Juan de la Cruz. En la noche de San Pedro, 23 de junio, de 1713 narró la mujer del anfitrión, Ana Parreña, ante los dos alcaldes, el regidor y un presbítero cómo ella había experimentado en persona aquel tratamiento sospechoso del boticario. Según lo relatado, Ana Parreña, que padecía desde hacía algunos años de un dolor de tripa, recibió a dicho Alonso López en su casa. Allí, el boticario “quitándose un zapato de baqueta que llevaba puesto, le dijo: Toma este zapato y pónelo en la barriga y te se alivara el dolor”.³²² Al preguntarle si ya notaba alguna mejoría, la enferma “le bolvió el zapato, enfadada del olor de la baqueta, diciéndole, ya se me a quitado”.³²³ Una de las personas que estaban presentes cuando Ana Parreña contó su experiencia con el zapato del boticario, era el presbítero Alonso Sebastián de Mondéjar. Este hombre utilizó la información que había oído junto con otras pruebas de semejante práctica en la villa. para denunciar al boticario una semana después ante la Inquisición.³²⁴ Conversar sobre formas supersticiosas de curar ante determinadas personas con cargos públicos y eclesiásticos podía desembocar rápidamente en una medida represiva contra la persona que realizaba dichas curas.

³²² ADC, Leg. 567, exp. 7025. Proceso inquisitorial contra Alonso López, boticario. Quintanar del Rey, 1713. Testifical de Ana Parreña, 46 años, fol. 15v.

³²³ Ibid.

³²⁴ La carta de denuncia con fecha de 29 de junio de 1713 representa la primera iniciativa de don Alonso de Mondéjar contra las curas ilícitas del boticario. También estaba implicado en la redacción de una segunda carta de 28 de enero de 1714 la que condujo a que se iniciase el presente proceso.

En general, para crear un conocimiento público en torno a prácticas sanitarias, los religiosos jugaban un papel importante por centralizarse en ellos mucha de la información que solía cursar entre la comunidad. Ellos adquirían el conocimiento de las enfermedades y tratamientos de los habitantes del lugar gracias a sus múltiples deberes pastorales. A parte de las confesiones, cuyas informaciones no deberían salir del confesionario, la tarea de administrar la extremaunción hacía que presenciasen muchas veces en persona las prácticas terapéuticas que se realizaban en las casas de los enfermos. Estas circunstancias hacían que los religiosos fueran a menudo los responsables de las denuncias ante la justicia civil o eclesiástica. Fue también esa autoridad para juzgar sobre prácticas lícitas e ilícitas la que les implicó a veces en procesos de curación. Por ejemplo, en un caso que ocurrió en 1695 en Villarejo de Periesteban, los padres de un niño enfermo negociaron con el capellán de la villa para que le diese licencia al regidor Juan Ruiz para santiguar a su hijo.³²⁵ El capellán, llamado doctor Juan López del Pozo, les explicó a los padres que no le correspondía otorgar licencias de ese tipo. Finalmente llegaron a un compromiso que consistió en que el santiguador realizase sus oraciones y demás ceremonias delante del capellán y en voz alta. Aunque la práctica, según el parecer del religioso, no incluía ningún elemento supersticioso, le ordenó que no volviese a hacerla, ya que correspondía únicamente a la iglesia santiguar a los enfermos. Sin embargo, el papel de los religiosos no se limitaba a actuar como árbitros procurando mantener el orden eclesiástico. En sus habituales viajes a otros lugares, también difundían las noticias sobre curaciones y tratamientos asombrosos fuera de sus localidades.³²⁶

Más allá de las conversaciones directas, existían eslabones y espacios relevantes que

³²⁵ ADC, Leg. 558, exp. 6958. Proceso inquisitorial contra Juan Ruiz, Villarejo de Periesteban, 1698, fol. 5r-5v.

³²⁶ Durante su estancia en la villa Olmedilla-Eliz, el cura de Castillejo de la Sierra, llamado don Joseph Virtus, informó al cura de Olmedilla y al sacristán de la parroquia sobre las curas de mal de ojo de una mujer de Torrecilla. Del cura de Castillejo de la Sierra sabían además de lo ya referido que “los que se hallan gravados de hellas le remiten cavellos, para que por hellos conozca las enfermedades haziendo varias pruebas de hecharlos en Aceite y Agua, y que en estas cosas conocia si era de muerte la enfermedad o no”. ADC, Leg. 601, exp. 7251. Proceso inquisitorial contra Maria Gumiel, Torrecilla, 1746.

facilitaban el flujo dentro de la cadena de información. En ello asumían, por ejemplo, una función central las criadas y criados de las casas. Como “agents of information”, tal y como los denomina Bar-On para destacar su importancia en los procesos de comunicación,³²⁷ las criadas entraban y salían de las casas privadas, llevando a la comunidad lo que ocurría detrás de las puertas cerradas. Así, fue mediante una criada como se enteró Magdalena Romera, una vecina de Villarrobledo, que a doña B. Cecilia de Lamo le estaba santiguando una mujer llamada La Correosa. “Habrá un mes, poco más o menos, que entró en las casas de esta testigo una criada de B. Cecilia de Lamo y de doña Isabel de Lamo, su hermana, que viven cerca en el varrio, [...] y hablando de la enfermedad que padecía dicha B. Cecilia de Lamo, su ama, dijo: aora viene una muger, que ha oydo decir se llama la Correosa a santiguar a la dicha mi ama”.³²⁸ Uno de los lugares de encuentro por excelencia para las criadas eran los lavaderos y los hornos, espacios donde pasaban largos ratos y donde podían intercambiar en público lo que ocurría en las casas privadas, así se convirtieron muchas veces en el punto de partida desde donde se difundían sistemáticamente las noticias. En un segundo paso, las noticias allí obtenidas las llevaban las criadas a los hogares donde servían. De esa manera, en la comunidad se tenía un buen conocimiento de los tipos de enfermedades de los que padecían los vecinos, de los métodos aplicados para remediarlas, así como los rumores relacionados con sospechas de hechizo. El vínculo entre espacios comunitarios y el papel de las criadas se tratará más detalladamente en el último apartado de este capítulo.

Hasta ahora se han tratado aspectos de la comunicación oral. Sin duda, la oralidad es lo que principalmente determinaba la comunicación en la sociedad barroca, sobre todo en las zonas rurales. Sin embargo, existía también en la población rural, al mismo tiempo, una preocupación por fijar en papel los remedios recomendados. Por ejemplo en las curaciones con

³²⁷ BAR-ON, "Neighbours and Gossip", p. 40.

³²⁸ ADC, Leg. 565, exp. 7013. Proceso inquisitorial contra María Correoso, San Clemente, 1710. Testifical de Magdalena Romera, viuda, 44 años. 20 de octubre de 1711, fol. 19v.

ensalmos, no era raro que los enfermos mandasen anotar lo que los sanadores rezaban.³²⁹ Así, cuando el curandero Rafael de la Cuesta estaba tratando en 1647 a Francisco Franco, un mercader de Pastrana, con oraciones que procedían de la memoria del sanador, el enfermo y un estudiante le pidieron que dejara que las escribiesen en papel. El bachiller Manuel de León, que en ese momento estaba estudiando medicina en la Universidad de Alcalá, se encargó de la tarea y “las escribió en poco mas de un pliego de papel en forma de un librico, segun y de la manera que de memoria el dicho Rafael de la Questa se las refería”.³³⁰ Asimismo, en el lugar de La Puerta en el año 1629, un anciano anotó en papel los ingredientes que el sanador iba nombrando para sahumar a una doncella enferma.³³¹ Los motivos para dejar por escrito el saber particular de algunos sanadores, podían ser diversos, como por ejemplo fines científicos en el caso del bachiller o como prueba para una futura denuncia. En su mayoría y desde el punto de vista de los enfermos, sin embargo, tenían aplicaciones terapéuticas que nacían de un simple interés para poder reproducirlo en otros momentos y por su propia cuenta.³³²

III.2 Lugares de curación: oficiales y no-oficiales

La gran mayoría de los tratamientos médicos fueron llevados a cabo en el hogar del enfermo. Pero según la naturaleza y estado de la enfermedad, así como las necesidades, costumbres y creencias particulares de los pacientes, la comunidad ofrecía otros lugares donde acudían los enfermos para satisfacer sus necesidades terapéuticas. En los siguientes apartados se tratarán en primer lugar algunos de los espacios que fueron diseñados para servir oficialmente a este propósito: las barberías, las boticas y los hospitales. Posteriormente se analizarán lugares no-oficiales que fueron convertidos temporal y espontáneamente en espacios de curación: mesones, casas privadas de otros enfermos, así como diversos sitios que formaban parte del

³²⁹ WEISSER, *Ill Composed*, p. 89.

³³⁰ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Proceso inquisitorial contra Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648. Testifical de Francisco Franco, mercader y vecino de Pastrana, 50 años. 29 de noviembre de 1648, fol. 44r-44v.

³³¹ ADC, Leg. 431, exp. 6090. Proceso inquisitorial contra Juan Tejedor, Trillo, 1630. Testifical de Francisco Costero, carpintero y vecino de Trillo, 29 años. 5 de noviembre de 1629, fol. 4v.

³³² WEISSER, *Ill Composed*, p. 89.

espacio público de las localidades. Debido al hecho que estos lugares alternativos no han recibido apenas la atención por parte de la historiografía médica – a pesar de su frecuente aparición en las fuentes de diferentes tipos – se les dedicará la mayor parte del presente subcapítulo.

III.2.1 Lugares oficiales

Los tres escenarios emblemáticos de la práctica médica reglada – la barbería, la botica y el hospital – han recibido por parte de la historiografía médica una atención algo desequilibrada. Mientras que los barbero-cirujanos y los boticarios como oficios que formaban la base de la jerarquía médica sí han sido objetos centrales de estudios historiográficos,³³³ los espacios en los que desarrollaban sus actividades las boticas y las barberías apenas han sido tenidos en cuenta por los historiadores de la medicina. El hospital, en cambio, es sin duda la institución acerca de la que más trabajos existen,³³⁴ incluyendo en algunos casos la perspectiva del enfermo.³³⁵ Semejante diferencia en cuanto a la cantidad de estudios llevados a cabo sobre los tres lugares de la práctica médica, se debe principalmente a la diferente intensidad de producción y conservación de documentos escritos sobre los mismos. En este subcapítulo pretendemos acercarnos a aquellos espacios y averiguar de qué manera fueron utilizados por

³³³ Jütte, por ejemplo, basándose en la documentación generada por los colegios de cirujanos, ha podido reconstruir para un barbero-cirujano en concreto la composición de la clientela que acudía a su tienda, en cuanto a la cantidad, la procedencia socio-económica, los tipos de dolencias que tenían, los diversos intentos terapéuticos, etc., cf. Robert JÜTTE, "A Seventeenth-Century German Barber-Surgeon and his Patients", *Medical History* 33 (1989): pp. 184-198. Otros ejemplos de estudios sobre barbero-cirujanos que además se han preocupado por sus clientes, los pacientes, son Sandra CAVALLO, *Artisans of the Body in Early Modern Italy. Identities, Families and Masculinities* (Manchester, New York: Manchester University Press, 2007)., y Sabine SANDER, *Handwerkschirurgen: Sozialgeschichte einer verdrängten Berufsgruppe* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1989). En parte también POMATA, *Contracting a Cure.*, y PELLING y WHITE, *Medical Conflicts*.

³³⁴ Debido a la gran cantidad de trabajos europeos, remitimos aquí solo a algunos representativos para la Monarquía Hispánica, cf. John HENDERSON, *The Renaissance Hospital: Healing the body and healing the soul* (New Haven: Yale University Press, 2006). Jon ARRIZABALAGA, "Poor relief in Counter-Reformation Castile: An overview", en *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*, ed. Ole Peter GRELL, Andrew CUNNINGHAM y Jon ARRIZABALAGA (London, New York: Routledge, 1999), pp. 151-176. María Luz LÓPEZ TERRADA, "Health care and poor relief in the Crown of Aragon", en *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*, ed. Ole Peter GRELL y Andrew CUNNINGHAM (London, New York: Routledge, 1999), pp. 177-200. Linda MARTZ, *Poverty and Welfare in Habsburg Spain. The Example of Toledo* (Cambridge: Cambridge University Press, 1983).

³³⁵ Entre ellos véase BERCO, "The Great Pox, Symptoms, and Social Bodies". VANJA, "Arm und krank". STEIN, *Negotiating the French Pox*.

parte de los enfermos de la comunidad.

III.2.1.1 La barbería

Las barberías, bien en forma de una tienda separada o bien integrada en las casas de los barbero-cirujanos, eran instalaciones comunes tanto en las ciudades como en las localidades rurales. Por lo general, los barbero-cirujanos atendían a los que requerían sus servicios tanto en las tiendas como en los domicilios privados. El uso que los pacientes o clientes hacían de esas tiendas, por lo tanto, variaba y dependía de varios factores. A continuación se presentarán ejemplos, tanto del mundo rural como del urbano, para ilustrar algunas de estas variantes. En la localidad toledana Navahermosa ejercían en la primera mitad del siglo XVII varios barbero-cirujanos y por lo menos uno de ellos mantenía su propia tienda. A esa tienda del barbero Juan de Tolosa acudió en 1626 Gabriel Díaz para pedirle ayuda con la “piedra de orina” que le estaba molestando. La intervención quirúrgica, que se ha descrito en el capítulo anterior, no se llevó a cabo en la tienda, sino en casa del enfermo. Las tiendas servían como punto de primer contacto también en otros casos.³³⁶ El otro barbero del lugar, Luis González de la Cueva, al parecer no disponía de una tienda abierta propia, ya que según la testifical de un vecino, para “hacerse la barba” acudía a la casa del barbero.³³⁷ Dependiendo del estado y del tipo de enfermedad ofrecía, tal y como lo hacía su competencia, el servicio de visitar a los enfermos en sus domicilios.³³⁸ Como el barbero de Navahermosa también utilizaba Antonio de Espinosa, cirujano de Villanueva de la Jara, su casa privada como lugar donde atender a sus clientes. En su casa contaba con la ayuda de un aprendiz que le asistía y también sustituía durante su enfermedad.³³⁹

³³⁶ AMT C. 6436, exp. 7004. Proceso criminal contra Antonio López, Yébenes, 1624; ADC, Leg. 563, exp. 6990. Proceso inquisitorial contra Esteban Jiménez, Carboneras, 1702.

³³⁷ AMT, C. 6215, exp. 249. Proceso criminal contra Luis González, Navahermosa, 1643-1644. Testifical de Juan Gutiérrez de la Placa, 44 años, fol. 10v.

³³⁸ Luis González visitó en 1626 “al licenciado Bartolomé Sánchez, clérigo presbítero, que está con calenturas en casa de Joan García de Lucas”. AMT, C. 6213, exp. 153. Querrela de Luis González, barbero, contra Francisca Gómez, Navahermosa, 1626-1627. Testifical de Pedro Ruíz, fol. 1v.

³³⁹ ADC, Leg. 557, exp. 6950. Proceso inquisitorial contra María Ximénez, Villanueva de la Jara, 1695. Testifical de Juan de Alarcón, 20 años, fol. 10r.

De esa manera los vecinos del lugar seguían yendo a casa del cirujano, como por ejemplo Juan de Alarcón para afeitarse la barba, incluso cuando el cirujano estaba impedido por motivos de salud. Una vez recuperado volvía a hacerse cargo personalmente de los tratamientos quirúrgicos. La curandera que anteriormente había estado implicada en la curación del cirujano, acudió a casa del mismo, donde éste le operó un pecho malo que tenía.³⁴⁰ En ciudades de tamaño más grande, como Cuenca, los servicios de los barbero-cirujanos también se repartían espacialmente entre barbería y las casas privadas de los clientes. Andrés Martínez, que ejercía como barbero y cirujano en 1702, realizaba “ambos oficios, así en su casa a los que se ban afeitar, como en las de muchos parrochianos que tiene en el varrio de la Carretería, donde vive, y en lo alto de la Ziudad”.³⁴¹ La clientela que llamaba a Andrés Martínez para que les afeitase y sangrase en sus casas se componía – por el trato de don, los cargos que tenían (familiar del Santo Oficio, Caballero del Orden de Santiago), y la zona que habitaban (lo alto de la ciudad) – de gente perteneciente a los estratos más altos. No disponemos de ninguna cifra, pero es lógico en que las visitas a domicilio sin que una enfermedad lo requiriese, se cobrara un precio mayor que las realizadas en la tienda del barbero. El factor socio-económico, por lo tanto, influía también en la decisión dónde los servicios barbero-quirúrgicos iban a tener lugar. Una vez optado por recibir la atención dentro de las barberías, lo que determinaba la elección entre una o otra tienda podía ser, por otro lado, una cuestión de eficiencia terapéutica. En la misma ciudad de Cuenca, en 1655, la enfermera del obispo acudió primero a la del cirujano Miguel Martínez para curarse de una mordedura de gato.³⁴² Éste le aplicó a Catalina Saez “un pegado de trementina”, el cual llevó puesto unos quince días. Cuando terminó este plazo tenía la mano todavía hinchada y se encontró un día cerca del convento de las monjas Carmelitas con la

³⁴⁰ ADC, Leg. 557, exp. 6950. Testifical de Antonio de Espinosa, cirujano, 40 años, fol. 27r.

³⁴¹ ADC, Leg. 562, exp. 6985. Proceso inquisitorial contra Andrés Martínez, cirujano, Cuenca, 1702. Testifical de Mateo López, cuchillero, 30 años, sin fol.

³⁴² ADC, Leg. 496, exp. 6592. Proceso inquisitorial contra Mariana Pérez, Cuenca, 1655. Testifical de Catalina Saez, mujer de Gerónimo Castellano que vive en el barrio de San Miguel, enfermera del obispo desta ciudad, 60 años, fol. 17r-18r.

curandera Mariana Pérez. Conversando sobre la herida, Mariana Pérez empezó a tratar la mano de la enfermera en plena calle: “le quitó todos los trapos que traya, y aviendo visto el dedo, sacó una escudilla y en ella echó la dicha moça de su saliba. Y luego en ella mojo dos pañicos y mojados se los puso en el dedo, aciendo [...] en el dedo la señal de la cruz”.³⁴³ Al día siguiente volvió para continuar el tratamiento, que consistió en poner unas hojas de malvas machacadas en el dedo y envolverlas con los trapos que antes tenía puestos. Como con esa terapia con elementos empíricos y mágicos, tampoco mejoraba, Catalina Saez decidió que la volviese a atender un cirujano aprobado. Después de la ineficacia del tratamiento del primer cirujano, acudió esta vez a la tienda de otro, a la de Juan de la Blanca, “a que la curase, como lo hiço, hasta que estubo buena”.³⁴⁴ El caso de Catalina Saez refleja como la itinerancia terapéutica de los enfermos que buscan ayuda dentro de la comunidad pueden tomar direcciones diferentes que no pasan exclusivamente por los caminos principales sino que permiten desviaciones por las más diversas formas de curar. La flexibilidad para probar terapias tanto de la medicina reglada como la no-reglada, además de forma concurrente, y no siempre secuencial,³⁴⁵ muestra una vez más el sin sentido de intentar establecer una jerarquía de recurso para esquematizar el comportamiento del paciente en su búsqueda de salud. El principio que dirigió la conducta de la enfermera era simplemente la eficacia del remedio. Para encontrarla, la comunidad le ofrecía elegir entre las varias tiendas que mantenían los cirujanos de la ciudad, pero también aprovechar curas espontáneas en la calle.

El *Estebanillo* nos proporcina una vívida imagen de lo que acontecía en el interior de las barberías. En varios episodios de la novela, Estebanillo ejerce como barbero-cirujano y, en cada uno de ellos, hace referencia a las diferentes funciones e implicaciones que tenía un oficio

³⁴³ Ibid., fol. 17v.

³⁴⁴ Ibid., fol. 18r.

³⁴⁵ La itinerancia terapéutica de Catalina Saez sirve además para poner en entredicho la afirmación hecha por Jütte relacionada con la conducta de enfermos que elegían entre cirujanos y empíricos: “the choice between these treatment alternatives was sequential rather than concurrent”, cf. JÜTTE, “German Barber-Surgeon”., aquí p. 193.

difícil de definir y demarcar en esta época, pues agrupaba categorías y tipos de prácticas muy diferentes.³⁴⁶ Las experiencias de Estebanillo en este oficio son dos aprendizajes de barbero y otro de cirujano en un hospital. Lo habitual para poder ejercer legalmente era asistir y servir a un maestro durante unos años, adquiriendo así la experiencia necesaria.³⁴⁷ En el caso de Estebanillo, estando en Roma, se relatan dos formas distintas de aprendizaje como barbero. Durante la primera, el maestro barbero no le instruye prácticamente en el arte de su oficio sino que le utiliza como criado. Como resultado de esta falta de formación, al querer afeitarse el bigote a un cliente le quema la cara. La reacción del hombre a semejante maltrato: “Alzó el grito, diciéndome: - Hijo de cien cabrones y de cien mil putas! ¿Piensas que soy san Lorenzo, que me quieras quemar vivo?”³⁴⁸ Unos años después, en el segundo aprendizaje, su nuevo maestro sí que le enseñó el oficio, y le hizo un contrato ante notario cuyas condiciones protegían los derechos tanto del maestro como del aprendiz.³⁴⁹ Las funciones que Estebanillo aprende entonces en la barbería empiezan por atizar el fuego para calentar las herramientas de hierro o caldear el agua, y pasan después a afeitar barbas y cortar el pelo.³⁵⁰ Su conocimiento teórico lo adquiere a través de la lectura de libros de cirugía que realiza “en tiempos perdidos”, lo que posteriormente en el hospital de Nápoles le dará derecho –según su entendimiento y su no poco atrevimiento– a afirmar que era cirujano examinado. En el Estebanillo se representa la misma dualidad espacial del trabajo de un barbero-cirujano que se ha ido viendo ya en otros casos arriba descritos: Su maestro atendía tanto en su tienda como fuera de ella, en las casas de

³⁴⁶ Luis S. GRANJEL, *El ejercicio médico y otros capítulos de la medicina española* (Salamanca: Universidad de Salamanca, 1974). LÓPEZ PIÑERO, *Ciencia y técnica*. Sandra Cavallo introdujo el término “artisans of the body” para referirse a la pluralidad de oficios relacionados con la cura del cuerpo, cf. CAVALLO, *Artisans of the Body*.

³⁴⁷ María Luz LÓPEZ TERRADA, “Médicos, cirujanos, boticarios y albeites”, en *Historia de la Ciencia y de la Técnica en la Corona de Castilla. Siglos XVI-XVII.*, ed. José María LÓPEZ PIÑERO (Valladolid: Junta de Castilla y León, 2002), pp. 161-188.

³⁴⁸ EG, vol. I, cap. I, p. 49.

³⁴⁹ EG, vol. I, cap. III, p. 120. Cavallo considera probable que los acuerdos informales fueran más habituales que los contratos oficiales, cf. CAVALLO, *Artisans of the Body*, p. 136-138.

³⁵⁰ El *Giovane* que designaba a “the variety of subordinate roles in the shop” (cf. *Ibid.*, p. 138.) fue empleado por ejemplo para sustituir temporalmente al barbero-cirujano mayor en la tienda, o para realizar algunos de los varios servicios ofrecidos por la barbería, sobre todo “cosméticos”, como cortar y afeitar, cf. *Ibid.*, p. 145.

“algunos señores”, dónde realizaba sangrías, afeitaba barbas y cortaba el pelo, asistido en la mayoría de las veces por el aprendiz.³⁵¹

Ese segundo episodio como aprendiz de barbero es además muy rico en referencias acerca de diferentes aspectos socio-médicos. Según la práctica habitual de la época, los barberos-cirujanos no cobraban a los pobres a cambio de utilizarles para la enseñanza, por lo que los pacientes quedaban expuestos a la falta de destreza de los aprendices. La crítica de esta injusticia social la expresa abiertamente Estebanillo: “en las cabezas y rostros de los tales siempre se enseñan los aprendices, porque llueva sobre la poca ropa”.³⁵² Esa consciencia, sin embargo, no impide que el pobre tratado por las inhábiles manos de Estebanillo tenga que aguantar una serie de sufrimientos, como la desfiguración por una rapadura de pelo o ser afeitado con varias lesiones en la cara.

Las reacciones y percepciones del “paciente” ante los tratamientos recibidos nos permiten también escuchar, en cierto modo, la voz del asistido. En primer lugar están las quejas que los clientes expresan en voz alta ante el maltrato recibido. Pero en otras ocasiones prevalecen formas menos directas y más sutiles que aluden a la perspectiva del sufriente como el hecho de que cortar el pelo al rape esté representado como un acto de humillación. El uso de las expresiones “desierta la mollera” y “calva la cholla” remiten a la idea de la pérdida de juicio y con ello de la dignidad. Tal interpretación se ve además reafirmada en la percepción del propio paciente, quien ante el trato recibido se equipara igualmente a una figura de tan baja consideración social como un galeote: “Señor mancebo, ¿quien le ha dicho a vuesa merced que tengo gana de ser buenaboya [remeros forzados] para raparme deste manera?”³⁵³ Para justificar su conducta y las explicaciones dadas, Estebanillo recurre a la medicina humoral y utiliza su terminología. Así, argumenta que el corte de pelo que le ha realizado al pobre tiene la ventaja

³⁵¹ EG, vol. I, cap. III, p. 121 y p. 127.

³⁵² EG, vol. I, cap. III, p. 122. Tras fracasar en el tratamiento a un pobre, el maestro sólo le “empleaba en los de gratis y en los peregrinos pobres, [...]”. EG, vol. I, cap. III, p. 135.

³⁵³ EG, vol. I, cap. III, p. 123.

de ser más salubre, porque con la cabeza calva los malos humores pueden salir con más facilidad y, además, le crecerá muy rápido por habérselo cortado “en creciente luna”.³⁵⁴ La mención de este efecto positivo de la luna en el cuerpo humano, es una clara referencia a la relación entre astrología, salud y enfermedad.³⁵⁵ No obstante, según el humoralismo, las influencias que los astros pueden ejercer no son únicamente positivas, ya que la luna podía causar enfermedades o distorsiones mentales, incluso locura. El efecto negativo de la luna también se refleja en el texto: para contener la hemorragia causada por los cortes durante el sangriento acto de afeitarse, Estebanillo utiliza parches de telarañas, un remedio habitual para tratar pequeños cortes.³⁵⁶ Al verle la cara del paciente llena de parches blancos, Estebanillo contempla la posibilidad que esa apariencia externa, junto con la influencia de la luna, podrían acabar llevándolo a la locura: “eran tantos los lunares que le había puesto, que a habérselos visto a la luna de un espejo, quedara lunático o frenético”.³⁵⁷

En resumen, las barberías existían tanto en forma de tienda individual como integrada en las casas privadas de los barbero-cirujanos. En ambas formas era habitual que los maestros contasen con la ayuda de un aprendiz. En ciudades y en zonas rurales los barbero-cirujanos atendían a sus clientes tanto dentro de sus tiendas como fuera de ellas, dependiendo del tipo o estado de la enfermedad y de factores económicos. Las personas que acudían a las barberías eran de grupos sociales muy heterogéneos: desde los más humildes que recibían el tratamiento gratis, pasando por el personal de un obispo y gente capaz de leer y escribir, hasta los que pertenecían a los grupos privilegiados que preferían el servicio a domicilio. Casos de localidades rurales como de ciudades han manifestado que la existencia de varias barberías daba a los usuarios la opción de elegir entre ellas. A los clientes y pacientes les servían en la mayoría

³⁵⁴ EG, vol. I, cap. III, p. 124.

³⁵⁵ LANUZA NAVARRO, "Medical Astrology".

³⁵⁶ “Telaraña”. Dicc. Aut., 1739. La calidad sangriento de su trabajo queda patente en las siguientes líneas: “Le cortaba la cara con un hocino [herramienta para cortar leña] o navaja, y como yo no tenía el dolor apretaba miñas la mano [...]. Era tan mal inclinada la navaja que cortaba la carne y no la barba. Yo, viendo que mi perroquiano tenía todo el rostro como zapato de gotoso, y que estaba teñido en la sangrientalidad [...]” EG, vol. I, cap. III, p. 127.

³⁵⁷ EG, vol. I, cap. III, p. 123-124.

de los casos como espacios para cuidar y curar al cuerpo en términos de cosmética, prevención e intervención quirúrgica. Otras veces cumplían la función de consultas y puntos de primer contacto entre sanador y enfermo.

III.2.1.2 La botica

La función principal de las boticas era la venta de diversos productos medicinales, tanto simples como compuestos. Mientras que las medicinas simples se podían adquirir sin receta médica, las medicinas compuestas las fabricaba el boticario según lo que el médico había ordenado en el caso particular de un paciente. Es decir, el boticario no estaba capacitado para vender los compuestos directamente a los enfermos. La división de competencia en lo que concierne a los medicamentos compuestos, se explica, como en el caso de los barbero-cirujanos, por la formación de carácter artesanal que cursaban los boticarios. Varios años de aprendizaje junto con un maestro preparaban a los futuros boticarios para ser examinados y para que se les otorgase la licencia para ejercer su oficio.

Comparado con la carrera universitaria de los médicos, su conocimiento en el campo de la medicina era considerado insuficiente para recetar el medicamento adecuado a las diversas enfermedades. La legislación en Castilla preveía que cualquier incumplimiento de esa rígida división fuese perseguido por la ley. Los órganos de control para supervisar el ejercicio de los boticarios eran, según el territorio de la Monarquía Hispánica, las autoridades urbanas o la monarquía a través del Tribunal del Real Protomedicato. Es decir, si un enfermo quería adquirir un medicamento para la fiebre debía acudir al médico. El médico le recetaba literalmente la medicina que debía tomar. Con la receta en la mano, que llevaba la exacta composición del medicamento, el enfermo iba a la botica, donde el boticario le fabricaba lo que indicaba la receta. Este recorrido, sin embargo, no siempre fue respetado por parte de los actores implicados. Como existían boticarios que fabricaban y vendían sin receta médica y médicos que confeccionaban sus medicinas, también había enfermos que acudían a las boticas requiriendo remedios, sin haber pasado antes por una consulta médica.

Desde la perspectiva del enfermo, el boticario fue a menudo percibido como un experto en temas de salud, que además tenía la gran ventaja de dispensar en el momento los remedios para aliviar la dolencia. No era raro, pues, que fuese consultado directamente en caso de enfermedad. Así, por ejemplo, cuando Isabel de Ramos, vecina de La Venta, estaba padeciendo en 1750, “mui frecuentemente graves dolores de cabeza”, su marido, el labrador Antonio Múñez buscó ayuda en la botica de Miguel Chamorro.³⁵⁸ Allí le consultó “preguntádo y diciendo a Miguel Chamorro, Voticario, [...] que si le daba o tenía algun remedio para que su muger se aliviase de lo mucho que padecía en la cabeza”.³⁵⁹ Otra vecina de la villa también acudió a Miguel Chamorro con la esperanza que le remediase su jaqueca. La medicina que recomendó en ambos casos – una sortija hecha de la herradura de un caballo frisón que debía haber estado metida un rato en el sagrario – no pertenecía exactamente al saber farmacéutico oficial y fue por esa razón que ese boticario entró en la documentación inquisitorial.

La botica, como lugar dentro de la comunidad donde hallar ayuda médica, fue utilizada por una pareja de Quintanar del Rey evitando de forma consciente la consulta previa a un médico. A principios del siglo XVIII, Catalina del Cañavate, vecina de Quintanar del Rey y mujer del regidor de la villa, tenía un hijo enfermo. Como no estaban igualados con el médico de la villa, la madre acudió directamente al boticario. Según su opinión “entendería algo por su oficio según experiencia”, es decir este tenía los conocimientos médicos necesarios para tratar a su hijo.³⁶⁰

En resumen, estos casos, y algunos otros,³⁶¹ son un claro indicio de cómo en ocasiones el recurso y utilización de las boticas iba más allá de lo estrictamente regulado por la normativa, y ejemplos de la conducta y estrategias que en la realidad podían utilizar los enfermos.

³⁵⁸ ADC, Leg. 602, exp. 7273-4. Proceso inquisitorial contra Miguel Chamorro, boticario, La Ventosa, 1750. Testifical de Antonio Múñez.

³⁵⁹ Ibid.

³⁶⁰ ADC, Leg. 567, exp. 7025. Proceso inquisitorial contra Alonso López, Quintanar del Rey, 1713. Testifical de Catalina de Cañavate.

³⁶¹ Como ejemplo, AMT, C. 6380, exp. 5366. Proceso criminal contra Juan de España, Toledo, 1723.

III.2.1.3 El hospital

Respecto al uso que los enfermos de la comunidad hacían habitualmente del hospital, no es posible dar una respuesta totalmente satisfactoria. En los testimonios de los enfermos que figuran en los procesos de justicia criminal e inquisitorial, así como en las cartas de los pacientes, el hospital básicamente no aparece y brilla únicamente por su ausencia. Para personas integradas en una comunidad – como debían serlo en su mayoría los testigos y la clientela de un médico de corte– el hospital no formaba parte de los lugares que solían frecuentar para curarse.³⁶² Esta observación confirma lo que se ha ido señalando en los estudios sobre la historia del hospital desde los años ochenta del siglo pasado: El hospital era el lugar para acoger a los desamparados, los marginados, los pobres, los vagabundos, las viudas y huérfanos, etc. Es decir, todo tipo de personas que carecían de una red familiar o vecinal que bajo circunstancias normales se encargaría de su cuidado. El enfermo integrado en su comunidad contaba con esa red social y por lo tanto no se veía obligado a recurrir al hospital, una institución cuyo objetivo principal era la asistencia social. Esa normalidad se refleja en las fuentes que mencionan toda una serie de diversos espacios sanitarios – menos el hospital. Únicamente en tres casos nos ha aparecido el hospital como lugar utilizado en el momento de enfermar: en la declaración de un curandero vagabundo, en la documentación procesal de una curandera, encarcelada y enferma en las cárceles secretas de la Inquisición, y en los itinerarios del pícaro Estebanillo. En total, tres arquetipos de personas que cumplían las características (vagabundos, marginados, y “aventureros”) de los que habitualmente constituían el grupo de los acogidos en los hospitales. El primer caso es el de Juan de Ayala, un curandero vagabundo y natural de la localidad de Chinchilla.³⁶³ Acusado por el Tribunal de la Inquisición de Cuenca de curaciones supersticiosas declara, en la primera audiencia, cómo en los muchos trayectos de su vida que han pasado por

³⁶² El fenómeno que la mayoría de los tratamientos tuvieron lugar fuera de hospitales y en “communal spaces” lo constata también Pablo F. GÓMEZ, “The Circulation of Bodily Knowledge in the Seventeenth-century Black Spanish Caribbean”, *Social History of Medicine* 26, 3 (2013): pp. 383-402., aquí p. 390.

³⁶³ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Proceso inquisitorial contra Juan de Ayala, Villanueva de la Jara, 1699.

Napoles, Girona, Málaga, Ceúta, Sevilla, hasta llegar en 1699 a Villanueva de la Jara, había estado albergado varias veces en un hospital. Así, desde el Puerto de Santa María “le llebaron a caballo por estar enfermo a la Ziudad de Sevilla, y lo pusieron en el Hospital de la Misericordia, donde estubo quatro dias y acudio en ellos a que le diesen de comer como se haze con otros pobres”.³⁶⁴ En Villarrobledo pasó un día en el hospital y otro en un convento franciscano, en el que le daban de comer de lo que sobraba a la comunidad. Durante los primeros días en Villanueva de la Jara, dónde fue detenido por los comisarios de la Inquisición por las curas que realizaba a varias personas de dicho lugar, también “se recogio en el hospital, y dos dias andubo mendigando por las calles”. Juan de Ayala cumple el típico perfil de un pobre vagabundo que acudía a los hospitales en primer lugar en busca de techo y alimentación, y en segundo lugar, por asistencia médica. En el caso de la otra rea, Isabel Gómez Yusta, que desde febrero de 1626 estaba presa en las cárceles secretas del Tribunal de la Inquisición de Llerena, y procesada por curaciones supersticiosas y hechicería, el traslado al hospital fue motivado por caer enferma dos veces durante los nueve meses de prisión.³⁶⁵ En la primera ocasión, el médico de la Inquisición determinó llevar a Isabel Gómez al Hospital del Espíritu Santo de Llerena, donde pasó unas siete semanas, desde principios de abril hasta finales de mayo, para curarse. Cuando medio año después cayó enferma de morbo gálico, el avance de la enfermedad era tan preocupante para la vida de la rea, que el médico solicitó que se interrumpiese el proceso. El escrito del médico ofrece una detallada descripción clínica del mal que estaba afectando a Isabel Gómez:

“estaba podrida de bubas, con dolores de piernas y brazos y cabeza, granos en la cara, llagas en sus partes de donde salia cantidad de podre y tambien en el pecho de que echaba sangre en los escupidos y que todo procedia de la dicha enfermedad de bubas y que tenía muy gran necesidad de curarse con presteza por que de no hacerse correria riesgo su vida y le parecía que seria impusible en las carceles por la descomodidad dellas”.³⁶⁶

³⁶⁴ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Primera Audiencia de Juan de Ayala, 24 de marzo de 1699, sin fol.

³⁶⁵ AHN, INQ., Leg. 1987, exp. 22. Relación de causas de fe y causas pendientes del Tribunal de la Inquisición de Llerena. Isabel Gómez Yusta, Navalморal, 1626, fol. 4v-12v.

³⁶⁶ AHN, INQ., Leg. 1987, exp. 22, fol. 12r.

La solicitud del médico de continuar la curación de la rea fuera de las carceles nació no sólo de la preocupación por el riesgo de contagio para los demás presos, sino también porque el ya referido hospital del lugar no disponía de las instalaciones necesarias para llevar a cabo el tratamiento específico contra el morbo gálico. Un traslado a otra ciudad con un hospital que cumpliera los requisitos era imprescindible para la cura de la enferma. El 10 de noviembre la súplica del médico fue aceptada por el tribunal.

Las experiencias que Estebanillo vivió en los diferentes hospitales en los que entró a lo largo de sus viajes (como aprendiz de cirujano o como paciente), nos ofrecen un vívido retrato de la vida diaria en una institución asistencial, con sus específicos procedimientos, conocimientos y actores. Aunque la propia naturaleza del estilo satírico haga que algunas escenas sean representadas de forma exagerada, la novela consigue comunicar al lector la esencia de la idea. En ocasiones, estas mismas exageraciones, son más eficaces que los datos que proporcionan facturas y documentos normativos, para tratar de reconstruir la vida interior de una institución hospitalaria.

En el último episodio en que ejerce como barbero-cirujano, Estebanillo, se traslada de la tienda del barbero al Hospital de Santiago de los Españoles, en Nápoles, donde prosigue su formación.³⁶⁷ *San Giacomo degli Spagnoli* se encontraba enfrente del castillo de la ciudad de Nápoles y acogía principalmente a enfermos de origen español, en particular soldados.³⁶⁸ En dicha institución, el médico y cirujano mayor aparecen citados expresamente por su nombre siendo este uno de los muchos indicadores de la “historicidad médica” de la novela. Aquí, el relato ofrece un rico retrato de la vida diaria en una institución asistencial, con sus específicos procedimientos, conocimientos y actores – a través de la perspectiva de un joven practicante de

³⁶⁷ Sobre el Hospital de Sangiacomo degli Spagnoli, véase GENTILCORE, *Healers and Healing*, p. 133; Carlos BELLOSO MARTÍN, "El barrio español de Nápoles en el siglo XVI (I Quartieri spagnoli)", en *Guerra y sociedad en la Monarquía Hispánica. Política, estrategia y cultura en la Europa moderna (1500-1700)*, ed. Enrique GARCÍA HERNÁN y DAVIDE MAFFI (Madrid: Ediciones del Laberinto, 2006), pp. 179-224.

³⁶⁸ GENTILCORE, *Healers and Healing*, p. 133.

la cirugía. Con el objetivo de conseguir un empleo en este Hospital, Estebanillo se presenta como “barbero y cirujano examinado, y no de los peores en aquel arte”.³⁶⁹ Sin embargo, antes de darle un puesto de trabajo como ayudante, el cirujano mayor, Juan Pedro Folla, lo examina sangrando a uno de los pacientes del hospital. Se trata de un procedimiento similar al establecido posteriormente en las *Ordinaciones* de Felipe IV para el Hospital Real y General de Zaragoza, en las cuales consta que para casos “corrientes estaban encargados de hacer [las sangrías] los enfermeros, a los cuales les exigían para ingresar haber demostrado en examen su competencia en sangrar y fajar”.³⁷⁰ Al examinar a Estebanillo en el arte de la cirugía, se hace evidente su falta de experiencia práctica, ya que sus conocimientos quirúrgicos se limitaban únicamente a la lectura de libros. La fatal consecuencia de esta impericia es que el paciente perdió la movilidad de su brazo derecho.

“Yo, llegandome a la cama del enfermo, le arremangué el brazo derecho y, estregándoselo suavemente, le di garrote con un listón de un zapato [...].³⁷¹ Saqué la lanceta, y por haber leído, [...] que para ser buena la sangría era necesario romper bien la vena, adestrado de ciencia y no de experiencia, la rompí tan bien que más pareció la herida lanzada de moro izquierdo que lancetada de barbero derecho”.³⁷²

Ante tan mala práctica, el paciente no se queda inactivo, sino que se dirige a la autoridad superior del practicante, el cirujano mayor, para expresar su queja, siendo escuchado con respeto. Con esa representación del conocimiento teórico, contrapuesto al conocimiento práctico, la novela retoma de forma satírica ese antiguo objeto de disputa en las controversias médicas acerca de qué grado de importancia se le debe conceder a la teoría y cuál a la

³⁶⁹ EG, v. I, cap. III, p. 136. Carreira y Cid señalan que se trata en ambos casos de personajes históricos: el médico Diego Cañizares y Arteaga y el cirujano Juan Pedro Folla son documentados como tales en el Hospital real de Santiago de Nápoles, véase EG, v. I, cap. III, p. 136, n. 77.

³⁷⁰ Esa reglamentación aparece en las *Ordinaciones* de Felipe IV, que fueron redactadas en 1656 para el Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, véase Aurelio BAQUERO, *Bosquejo histórico del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza* (Zaragoza: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1952), p. 80. El procedimiento de admisión del Hospital de Nápoles con su régimen militar era probablemente distinto de lo de los grandes hospitales generales de la Corona de Aragón, como los de Zaragoza, Barcelona y Valencia, sin embargo, lo que se pretende señalar aquí es otra vez la verosimilitud de la experiencia relatada en la novela.

³⁷¹ listón de un zapato: «cierto género de cinta de seda», Dicc. Aut., 1734.

³⁷² EG, v. I, cap. III, p. 137.

práctica.³⁷³ Lo que se comunica aquí es una clara posición a favor de la experiencia práctica, poniendo de relieve las consecuencias fatales de una medicina basada únicamente en la teoría. Para entender la preocupación por el conocimiento práctico, como aquí aparece representada, es importante saber que los hospitales de Nápoles – en particular *San Giacomo degli Spagnoli* – gozaban en la primera mitad del siglo XVII de la fama de ser lugares destacados para la enseñanza de la cirugía práctica.³⁷⁴

Siendo el personal médico y los pacientes los actores principales del Hospital, a continuación se dirige la mirada hacia su comportamiento y la representación del mismo. Estebanillo, como cirujano en formación, se muestra incompetente, corrupto y codicioso. Junto con la soberbia, estos rasgos corresponden a la imagen social de los profesionales de la medicina en el periodo estudiado.³⁷⁵ Se trata de características que surgen ante todo en relación con el paciente. Por esa razón se considera que esas formas específicas de conducta no pueden ser atendidas de forma independiente, y se ocupará de ellas de modo conjunto, observando cómo se condicionan mutuamente. La primera característica mencionada, la impericia o incompetencia, ya se ha visto claramente en el caso de la sangría.³⁷⁶ Por otro lado, la tendencia codiciosa del protagonista se manifiesta en el momento en que Estebanillo, como buen pícaro, se aprovecha de la situación desamparada de un enfermo moribundo para robarle el dinero que

³⁷³ Esta necesidad de tener conocimientos prácticos, además de teóricos es habitual en los textos quirúrgicos de la época, tanto en los dedicados a la enseñanza como en las disposiciones legales que regulaban la formación de barberos y cirujanos. Especialmente claro lo expuso Dionisio DAZA CHACÓN, *Practica y Theorica de Cirugia en Romance y en Latín* (Valladolid: Bernardo de Santo Domingo, 1582). En la dedicatoria escribió: “Te quiero decir la ocasión que me movió a escribir en nuestra lengua española antes que en latín (...) habiendo yo examinado en la Corte más de doce años a los cirujanos romancistas que se iban a examinar, vi muchos que tenían muy buenas habilidades, que por falta de tener libros en su lengua estaban muy atrás de lo que pudieran saber, determiné darles todo lo bueno que los antiguos y modernos dijeron acerca desta materia.” Por otra parte, Daza defiende la importancia de la práctica afirmando que “el buen cirujano es el verdadero médico”. Su superioridad reside precisamente en el carácter práctico de su ocupación. La cita y la idea acerca la importancia de la práctica proceden de LÓPEZ PIÑERO, *Ciencia y técnica*, p. 131-135.

³⁷⁴ GENTILCORE, *Healers and Healing*, p. 145.

³⁷⁵ Maxime CHEVALIER, “Le médecin dans la littérature du Siècle d’Or”, en *Le Personnage dans la littérature du Siècle d’Or: statut et fonction*, ed. Casa de VELÁZQUEZ (Paris: Éditions Recherche sur les civilisations, 1984), pp. 21-37. Luis S. GRANJEL, *La medicina española del siglo XVII* (Salamanca: Universidad de Salamanca, 1978).

³⁷⁶ EG, vol. I, cap. III, p. 138.

tiene guardado debajo de su almohada.³⁷⁷ Es en un caso de corrupción donde tal vez mejor se refleja la interacción de las conductas de profesionales y pacientes. En este episodio, Estebanillo acepta el soborno de un soldado con tercianas, quien a su vez le tienta para asegurarse una mejor asistencia e imponer sus deseos, aunque estuvieran en contra de las indicaciones terapéuticas. El soldado insiste en querer beber agua fría, y Estebanillo, conociendo su contraindicación durante un tratamiento de tercianas, sólo se la da cuando el enfermo le chantajea: “Señor, estornudo de barbero y remendón de cirujano, trate por su vida de mitigar mi sed, porque yo le prometo que [...] dé cuenta al mayordomo deste hospital de los sobornos que recibe a los que entran a curarse en él”.³⁷⁸ La desobediencia por parte del paciente a las indicaciones terapéuticas, junto con la complicidad de Estebanillo, tiene como consecuencia la muerte del soldado poco después.

Esa anécdota es de especial interés, porque critica igualmente a las dos partes de la relación médico-paciente.³⁷⁹ Mientras que se resalta el comportamiento altamente inmoral de un joven cirujano, la conducta del enfermo también es puesta en entredicho. En su afán de mantener la autonomía sobre su propio cuerpo el paciente aplica una estrategia que le conduce a infringir y desobedecer las órdenes de los expertos, cuando, según Galeno y otros autores médicos, la obediencia era un elemento central de las obligaciones que el enfermo debía cumplir para que el proceso de curación tuviese éxito. No obstante, parece que la descrita práctica ilícita, que implica la colaboración de ambas partes, no era algo infrecuente en el mundo moderno. Así, las mismas *Ordinaciones* de Felipe IV mencionadas más arriba, pretendían combatirla al establecer que “sea públicamente castigado y despedido el enfermero que hurtase o recibiere algo de algún enfermo”.³⁸⁰

³⁷⁷ EG, vol. I, cap. III, pp. 142-143.

³⁷⁸ EG, vol. I, cap. III, p. 140.

³⁷⁹ Tratados que tematizan el médico ideal y el paciente ideal, existen desde textos hipocráticos y galénicos hasta la actualidad. Por ejemplo la obra *Hipócrates defendido* (1711) de M. M. Boix y Moliner también se preocupa por definir el ideal de ambos, en los capítulos 6 y 7 respectivamente.

³⁸⁰ Citado en BAQUERO, *Bosquejo histórico del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza*, p. 77.

En el transcurso de la novela, Estebanillo no sólo actúa como profesional médico, sino que también experimenta lo que significa estar en el otro lado como enfermo. Dado que la situación económica del protagonista cambia constante y radicalmente, dependiendo de la de sus amos, a Estebanillo le es posible encontrarse en los más diversos ámbitos de atención médica. Dónde y con quién se cura, no sólo es una cuestión de dinero, sino que también del tipo de afección que padece. En Zaragoza, por ejemplo, contando con el apoyo de varios señores nobles, para tratar la gota puede permitirse consultar a los mejores médicos de la ciudad. Cuando poco después de la la gota, padecía además de morbo gálico por haber mantenido relaciones con una prostituta, Estebanillo cambia de tipo de asistencia. Ingresaba voluntariamente en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia, donde anteriormente ya había sido ingresado dos meses por la misma enfermedad venérea, para recibir allí un tratamiento de sudores y uncciones.³⁸¹ En cuanto a la duración del tratamiento y a las fechas de la administración del mismo, coinciden los datos ofrecidos en la novela con los estudios históricos al respecto.³⁸² Por quitarle algo de rigidez a la asociación hospital y pobreza, cabe mencionar que en algunas ocasiones también acudían pacientes de grupos más acomodados al hospital, en particular para ejecutar allí tratamientos específicos, como los de las sudoraciones, para los cuales los hospitales disponían de las instalaciones adecuadas.³⁸³ Rico o pobre, el enfermo que entraba en los hospitales, se tenía que subordinar a las reglas y órdenes que regían la vida dentro de la institución sanitaria. Autonomía y márgenes para negociar sobre el tratamiento se volvían altamente limitados.³⁸⁴ Según la experiencia de Estebanillo en el Hospital de Zaragoza, una vez hubo pisado sus salas, ya no disponía del poder de decisión que tanto caracterizaba su papel

³⁸¹ El Hospital de Zaragoza contaba a partir del siglo XVI con dos “salas de bubas”, una para hombres y otra para mujeres, cf. *Ibid.*, pp. 44-45. EG, vol. I, cap. IV, p.167.

³⁸² Asunción FERNÁNDEZ DOCTOR, *El Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII* (Zaragoza: Institución Fernando el Católico, 1987), p. 207. El tratamiento duraba entre veinte días hasta cuatro meses. Por los altos costes del mercurio, las curas se reducían en el siglo XVII a solamente una vez al año, en primavera. Y es también en primavera cuando Estebanillo llega a Zaragoza y entra en el hospital.

³⁸³ BERCO, "Social Texts".

³⁸⁴ Stein señala que mientras era habitual la negociación del diagnóstico entre médicos y pacientes, no lo era en cuanto al tratamiento y la dieta, controlados por el personal hospitalario, cf. STEIN, *Negotiating the French Pox*, pp. 142-145; 159-165.

como paciente adinerado fuera de la institución, cuando cambiaba de médico según sus gustos, sino que ahora se veía obligado a someterse al dictamen del hospital. Por otro lado, hace una vívida descripción de la rigurosidad y firmeza que mostró el personal hospitalario cuando le aplicaron los remedios prescritos – las sudoraciones a base de baños de vapor de agua caliente y las consabidas unciones mercuriales (literalmente: “después de haber hecho mi cuerpo una docena de veces sopa avahada, me dieron las dos unciones para que aprendiese a ser mula de doctor, babeando todo el día”) – y cómo ignoraron los deseos específicos de Estebanillo.³⁸⁵ El sufrimiento del tratamiento así como el dictamen estricto del hospital opuesto a la libertad de fuera, queda también reflejado cuando afirma: “Viendome tan atormentado y afligido, delante de los enfermeros y de otros muchos testigos, hice en alta voz juramento solemne de no beber más vino, y [...] añadí en voz baja: Hasta que salga del hospital”.³⁸⁶

Al ser una institución que sustituía la red familiar y vecinal para diversas situaciones precarias, tanto de índole social como de salud, el hospital cumplía varias funciones para los pobres y marginados de la sociedad. La organización de la vida interior de los hospitales seguía un estricto dictamen que dejaba a los pacientes y acogidos un margen limitado para mantener su autonomía. No obstante, eso no impedía que los enfermos encontrasen estrategias, como sobornos, para imponer sus deseos. Diseñado para suplir una falta, el hospital atraía principalmente a enfermos sin recursos sociales. En cambio, para las personas que estaban más o menos integradas en la comunidad este no representaba un espacio habitual de curación.

III.2.2 Lugares no-oficiales

Una gran ventaja de las fuentes no-médicas así como no-normativas es que nos permiten conocer el mundo médico más allá de sus instituciones establecidas. Respecto a los espacios de

³⁸⁵ “[...] pidiendo a aquellos benditos Lázarus una gota de vino, acotándoles con las obras de misericordia; pero ellos me decían que con la paciencia se alcanzaba la gloria”, cf. EG, vol. II, cap. XII, p. 324.

³⁸⁶ EG, vol. II, cap. XII, p. 325. Concluye su estancia en el hospital con: “Pues en el rigor y fiereza de la salida de los sudores y entrada en las unciones obligué con ruegos a mis camaradas que me trujeran lo que me ayudó más a echar espuma y lo que me alargó más la enfermedad, porque más gustaba de morir bebiendo que vivir sin beber”. Ibid.

curación dentro de la comunidad transmiten informaciones valiosas para reconstruir la flexibilidad y espontaneidad con la que los comunitarios creaban lugares no-oficiales para curarse, ampliando así las opciones para la asistencia médica.

III.2.2.1 Los mesones

Uno de los lugares que aparecen con cierta frecuencia en la documentación y que solo recientemente se ha empezado a reconocer su relevancia como sitio para la realización de diversos tipos de la asistencia sanitaria, eran los mesones.³⁸⁷ Era un espacio que por un lado albergaba a sanadores itinerantes y como tal atraía a los afligidos del lugar, y, por otro lado acogía a extranjeros afligidos que convertían la habitación alquilada en alcoba de enfermo. De esta manera, los mesones daban cabida tanto a prácticas médicas regladas como a las extra-académicas, dependiendo del tipo de sanador y de las necesidades y deseos de los pacientes. En este apartado se tratará en primer lugar casos de pacientes que acudían al mesón de su localidad con el fin de ser tratado por un sanador que residía allí. En segundo lugar, se centrará en los enfermos que estaban alojados en los hostales, en su mayoría gente extranjera, que fueron asistidos *in situ* por profesionales locales.

A principios de julio del año 1655, Mariana Pérez se instaló en el mesón de Riofrío del Llano. Originaria de un lugar cerca de Alcalá de Henares, venía con la fama de saber curar todo tipo de enfermedades con su saliva y así prometía tratamientos eficaces sin dolor.³⁸⁸ Como la mujer del mesonero, María Zurita, tenía los huesos de la muñeca “desconcertados”, ella y su marido le pidieron que se quedase más tiempo de lo previsto para curar la muñeca. Mariana Pérez mantuvo su promesa: antes de realizar la dolorosa recolocación de huesos, aplicó su saliva en el brazo como una especie de anestesia. Según la percepción de la propia enferma, ella

³⁸⁷ Hasta ahora conocemos solo un trabajo que ha señalado el gran potencial de los hostales y mesones como “lugares de la práctica médica”, cf. FERRAGUD DOMINGO, "Enfermar lejos de casa".

³⁸⁸ Las capacidades curativas de Mariana Pérez junto con otras señales corporales, como tener una señal de la cruz impresa al lado del pecho derecho, le calificaban, según las características habituales de los saludadores, como una especie de saludadora femenina, cf. Fabián Alejandro CAMPAGNE, "Charismatic Healers on Iberian Soil: An Autopsy of a Mythical Complex of Early Modern Spain", *Folklore* 118 (2007): pp. 44-64.

comprobó que “es verdad, que para bolver los guesos a su lugar, ycieron gran sentimiento y ruido, pero esta testigo no sintió dolor alguno”.³⁸⁹ Para terminar el tratamiento, la curandera le aplicó una bisma con ingredientes de la botica. Rápidamente se difundió en Riofrío del Llano la noticia sobre la curación de la mesonera, por lo que acudieron al mesón otras dos personas del lugar para curarse. Tanto Isabel de la Aldea, una doncella que desde hacía muchos años padecía de una pierna desconcertada,³⁹⁰ como Gregorio de Cambamo, un mozo con una enfermedad en los ojos,³⁹¹ testificaron que la cura de Mariana Pérez les había aliviado sus afecciones sin haber experimentado ningún dolor. Su fama como experta en huesos dislocados y enfermedades de los ojos atrajo en los siguientes días a varias personas, incluso de lugares más lejanos, siendo este último aspecto tema del capítulo siguiente.

A principios de 1695 sirvió también el hostal de Villanueva de la Jara como lugar de tratamiento sanitario, concretamente para la enfermedad de Miguel de Ortega, un chico joven de once años.³⁹² Su prima María Solera, una mujer de 30 años, intervino activamente en la búsqueda de remedios, cuando junto con otras vecinas opinó que era mal de ojo lo que padecía y que había oído que en el mesón de la villa había una mujer que santiguaba. Con el permiso de los tíos del niño, le llevó al mesón. Allí encontró a María Magdalena, que le propuso de curarle de mal de ojo. La conversación que se desarrolló entre curandera y prima fue – supuestamente – la siguiente:³⁹³

“Dijo Magdalena María: - ese muchacho viene muerto de mal de ojo.

Y respondió la dicha María de Solera: - Lo traigo para que lo santiguen y si Vuestra merced lo entiende y quiere acerme merced se lo estimare.

Y dicha Magdalena María le respondió: - que vendría su marido y no gustava de ello, que

³⁸⁹ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Proceso inquisitorial contra Mariana Pérez, Cuenca, 1655. Testifical de Maria Zurita, mujer de Andrés de Alonso, mesonero, 50 años, fol. 4r.

³⁹⁰ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Testifical de Ysabel de la Aldea, doncella, 25 años.

³⁹¹ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Testifical de Gregorio de Canbamo, soltero, 28 años.

³⁹² ADC, Leg. 557, exp. 6950. Proceso inquisitorial contra María Ximénez, Villanueva de la Jara, 1695.

³⁹³ La conversación fue reproducida de manera muy parecida tanto por la tía como por el tío del niño enfermo en su declaración. Se basaron en lo que les había contado Maria Solera al volver del mesón con el muchacho que entonces “llevava una estopada en la frente”. Aunque el grado de veracidad de la conversación en su detalle no lo podemos determinar, nos parece lo suficiente probable para incluirla aquí.

bolviera a otro día y llebara un poco de aguardiente y agua rosada y unas estopas para ponerle una estopada”.³⁹⁴

El día siguiente, a la una de medio día, volvió María de Solera con el niño y los ingredientes que le había pedido. María Magdalena entonces santiguó a Miguel y le puso la estopada en la frente. Sí finalmente el niño se curó con la ayuda de la curandera, no se sabe. Pero lo que sí queda patente, es que la realización de dicho tratamiento en el mesón de la villa estaba estrechamente ligada con la comunicación intercomunitaria, apoyándose en las opiniones de las vecinas, la noticia de la curandera en el mesón y la implicación de la prima como informante e iniciadora.

Una familia que viajaba con un niño de cuatro años que decían que poseía poderes curativos extraordinarios, se iba deteniéndose – al igual que otros sanadores itinerantes – en diferentes posadas y mesones a lo largo de sus trayectos por Castilla. Cuando llegaron a Madrid, residieron durante tres meses en “el parador de la plaçuela de Antón Martín, que es enfrente de las tienas”, según lo recordado por el padre, Simón de Azcoita Valdés.³⁹⁵ Allí, en esa plaza en el centro de Madrid, “concurría mucha gente a la posada a ver el dicho niño y santiguaba a muchas personas que le venían a ver y lo pedían por tener achaques y [...] algunas personas sanaban de sus males y enfermedades”.³⁹⁶ La misma situación se repitió en “el mesón de las Manchegas” en Alcalá de Henares y otra vez más en el mesón de la villa de Fuente la Encina. Como ha apuntado Carmel Ferragud, alojar a forasteros era un negocio organizado no solo por mesoneros profesionales, sino que también había casas privadas que ofrecían el servicio de dar hospedaje a los que pasaban por su localidad.³⁹⁷ Así, cuando la familia del llamado “Niño Santo” llegó a Gascueña, les hospedó durante unas dos semanas Juan García en su casa.. A esta

³⁹⁴ ADC, Leg. 557, exp. 6950. Testifical de María Martínez, mujer de Pascual Saiz, de oficio cetero, 38 años, fol. 19v-20r.

³⁹⁵ ADC, Leg. 468, exp. 6391. Proceso inquisitorial contra Simón Azcoita Valdés, Cuenca, 1645. Declaración de Simón Azcoita Valdés, vecino y natural de la villa de Aguilar, fol. 5v.

³⁹⁶ Ibid., fol. 6r.

³⁹⁷ FERRAGUD DOMINGO, "Enfermar lejos de casa", p. 105.

casa acudían tantas personas para ver al niño santo que “estaba la casa llena de jente, en la cocina y el portal”.³⁹⁸ De los enfermos que venían para curarse, alguno confirmó que después de santiguarle “está mejor de su achaque”,³⁹⁹ otros muchos no habían sentido ninguna mejoría.⁴⁰⁰ Entre la muchedumbre de gente que iba simplemente para ver qué hacía el niño o para conversar con los padres, también acudió a casa de Juan García un hombre para informarse sobre la idoneidad del remedio para su mujer y su hija que estaban enfermas. Los numerosos éxitos en las curaciones que los padres del niño contaban convencieron a Ignacio Martínez para enviar a su mujer y su hija a la posada. Como la madre del niño tan solo dejaba santiguar a quien antes pagaba, y las dos mujeres no llevaban nada, se volvieron sin haber recibido ninguna bendición. Ignacio Martínez, quién se negó a aceptar ese tipo de fraude, determinó para sus mujeres: “pues si a de ser por intereses, no bolvais allá y así no volvió”.⁴⁰¹

También las tabernas se podían convertir temporalmente en espacios de curación, a veces para sustituir la falta de espacio en los domicilios de los enfermos. Así, en Toledo en 1723, se optó por trasladar el tratamiento de “una contusión” que un tal Alfonso padecía en la rodilla de su casa a la taberna de don Joseph Ponce, “por ser muy estrecha la casa donde vivia dicho Alfonso”.⁴⁰²

En el caso de enfermar mientras se viajaba había, más allá de hospitales y conventos que llevaban controles estrictos sobre con quién y para cuánto tiempo compartían su beneficencia, otros lugares de curación más atractivos para viajeros enfermos. Un estudio reciente sobre el tema de “enfermar lejos de casa” en la Edad Media ha apuntado a la importancia de hostales y casas privadas como lugares de cuidado médico. Carmel Ferragud

³⁹⁸ ADC, Leg. 468, exp. 6391. Testifical de Domingo de Higuera, de oficio labrador, 26 años, fol. 25r.

³⁹⁹ ADC, Leg. 468, exp. 6391. Testifical de Francisco de Gascuña Xaravo, de oficio labrador, 60 años, fol. 27r.

⁴⁰⁰ ADC, Leg. 468, exp. 6391. Testifical de Pedro de Higuera, de oficio labrador, 34 años, fol. 26r.

⁴⁰¹ ADC, Leg. 468, exp. 6391. Testifical de Ignacio Martínez, 28 años, fol. 30r.

⁴⁰² Tal taberna se encontraba en “el callejón sin salida frente de las carnicerías de santo Thomé”. AMT, C. 6380, exp. 5366. Proceso criminal contra Juan de España, Toledo, 1723. Testifical de Fernando Rozuela, cirujano y flebotomiano, 43 años, fol. 3v.

señala que “[...] lejos de rechazar al enfermo, hombre o animal, que llegaba al hostel, estos lugares se convirtieron en un espacio donde las prácticas médicas fueron habituales.”⁴⁰³ Una afirmación que desde mi punto de vista es igualmente válida para la época que nos ocupa.

En 1624 llegó a la localidad toledana Yébenes un hombre forastero, de oficio arriero, y estando enfermo, se instaló en el mesón del lugar. Para atenderle llamaron los mesoneros al médico valenciano Alonso de Aranda. Este le tomó el pulso y le mandó al barbero Juan Baptista que le sangrase, convencido de que la enfermedad que padecía no era grave. Además de ello, ordenó que tomase una bebida. Para conseguirla, el médico le pidió al mesonero Cristóbal García Camargo que le acompañase a la botica. Según María López, la mujer del mesonero, “volviendo se la dieron y el valenciano le ordenó que había de descansar”.⁴⁰⁴ Por la atención prestada al forastero enfermo y la colaboración en su asistencia médica, los mesoneros jugaban un papel importante en la curación de ese hombre. Es esa implicación a la que alude Ferragud cuando dice que “la hostelera cobra un sentido especial, al convertirse, junto a su marido, en favorecedores de la salud, ya sea directamente o a través del contacto con practicantes de la medicina y la albeitería medievales.”⁴⁰⁵ Como el autor no omite de diferenciar, esa ayuda no debe ser entendida como una cuestión de caridad en el sentido estricto, ya que también era posible que se contara con algún tipo de “beneficio económico” que como afirma Ferragud “tan solo podemos imaginar”.⁴⁰⁶ En el caso de los mesoneros de Yébenes se sabe, por ejemplo, que ellos no asumían los costes del médico, por lo menos no por completo. Al parecer, el forastero en algún momento se dirigió a un vecino del lugar, Francisco Ruiz, y le pidió 12 reales para poder pagar al médico. Dispuesto a ayudar con la mitad, el vecino, “por su mano le dio seis reales al valenciano por la cura del forastero harriero”.⁴⁰⁷ La razón por la cual disponemos de

⁴⁰³ FERRAGUD DOMINGO, "Enfermar lejos de casa", p. 95.

⁴⁰⁴ AMT, C. 6436, exp. 6999. Proceso criminal contra Alonso de Aranda, Yébenes, 1624.

⁴⁰⁵ FERRAGUD DOMINGO, "Enfermar lejos de casa", p. 95.

⁴⁰⁶ Ibid.

⁴⁰⁷ AMT, C. 6436, exp. 6999. Proceso criminal contra Alonso de Aranda, Yébenes, 1624. Testifical de Francisco Ruiz, fol. 3r-4r.

información sobre este caso es porque el tratamiento aplicado por el médico no tomó el curso esperado, sino que terminó en la muerte repentina del hombre forastero. La mesonera declaró que “después de una hora volvieron a su aposento y le hallaron muerto. Y eso, que el valenciano decía que su enfermedad no era nada.”⁴⁰⁸ A la muerte inesperada se sumó que Alonso de Aranda, por lo visto, ejercía como médico sin tener licencia, por lo que legalmente este hecho le hizo responsable del fallecimiento.

A pesar de su evolución dramática, lo que muestra ese caso es que en el supuesto de enfermar durante un viaje, existieron varias opciones no-oficiales que acogían a los enfermos y que de alguna manera, aunque lejos de casa, llegaron a acercarse a una red social-asistencial similar a la que hubieran podido contar en su entorno habitual.

Para ver que no todos los hostales eran iguales, sino que existían grandes diferencias respecto al nivel y, con ello, a el tipo de huésped que se alojaba en ellos, sirve el caso de un paciente de Peralta.⁴⁰⁹ Cuando el Marqués de Bay estaba alojado junto con su primo hermano en una posada en Madrid, el primo cayó enfermo de una calentura. Mediante un tal don Joseph Calzado, un conocido de Juan Muñoz y Peralta, se solicitó que el médico de corte fuera a atender al enfermo en la posada llamada “Las tres damas”. El billete de aviso que le llegó al médico para informarle sobre la necesidad de su visita personal incluía también unas indicaciones para facilitarle la ubicación del sitio. Normalmente, estos billetes de aviso, que se han tratado en el capítulo anterior, mencionaban simplemente la casa del enfermo, sin dar más información específica. Pero en este caso, las indicaciones eran tan exactas que incluso hemos podido localizarla – con la ayuda del plano de Teixeira de Madrid de 1665.⁴¹⁰ Dice así el billete:

“le suplica se sirba faborezerle oi, desocupando un ratito para pasar junto a la Plaza de Sto. Domingo, en frente de el Sr Ronquillo, en una posada que está en la esquina de la calle que ba a la Encarnación, que llaman *Las tres damas*, en la que posa el Marqués de Bay, quien tiene un

⁴⁰⁸ AMT, C. 6436, exp. 6999. Testifical de María López, mesonera, fol. 1v-2v.

⁴⁰⁹ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Billeto de aviso escrito por Joseph Calzado.

⁴¹⁰ Pedro de TEXEIRA, *Topographia de la Villa de Madrid* (Amberes: Ioannis et Iacobi van Veerle, 1656).

primo her[ma]no suio con calentura y les da cuidado.”⁴¹¹ [subrayado por el autor, C.S.]

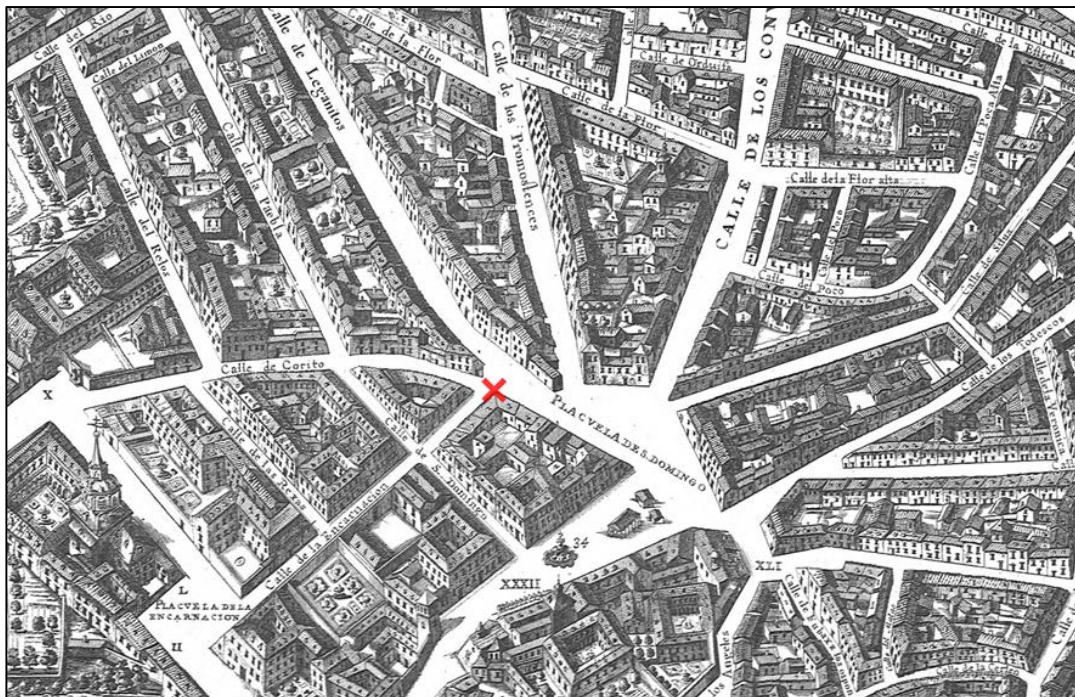


Fig. 3.1 Fragmento del Plano de Madrid de Pedro de Texeira, 1665.

Se puede deducir, pues, que aproximadamente entre 1716 y 1721, tuvo lugar en esta posada – indicada en el mapa con una x roja – el tratamiento médico realizado por el afamado médico de corte Juan Muñoz y Peralta de un paciente que pertenecía a la alta nobleza española.

Otra figura que frecuentaba muchos mesones y hostales a lo largo de sus viajes era el pícaro Estebanillo. Para un criado itinerante de varios años que estaba constantemente en movimiento, atravesando la práctica totalidad de los estados europeos, no debe sorprender que fuese un huésped habitual de diversas posadas. Pero lo que hay que señalar es que también las solía usar como espacio para curarse de las lesiones y enfermedades que sufría. De hecho, todos los tratamientos quirúrgicos que Estebanillo experimenta en su propio cuerpo, tienen lugar en

⁴¹¹ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Billeto de aviso escrito por Joseph Calzado.

mesones. Por ejemplo, viajando por tierras navarras, cerca de la ciudad de Tudela, se cayó de la mula y se rompió un brazo. Fiel a su estilo de dramatizar sus sufrimientos comenta como „lleváronme medio muerto a la villa, y metiéndome en una posada”.⁴¹² Allí, el pícaro fue asistido por un cirujano, cuyo tratamiento boicoteó, contando para ello con la colaboración del mesonero. En este episodio es otra vez su panacea individual, el vino, lo que proporciona al paciente tal nivel de autonomía, que puede ocasionar un conflicto en la relación sanador-paciente. Convencido de las virtudes del vino como remedio universal, Estebanillo no sólo pone en duda la autoridad y el conocimiento médico del cirujano, sino que además le engaña y se burla de él. Cuando el cirujano le prohíbe el consumo de vino, por ser malo para su curación, el paciente le desobedece por saber mejor qué necesita su cuerpo, y sigue bebiendo a escondidas mucha cantidad de vino, que le ha sido proporcionado por el mesonero. El cirujano atribuye la pronta mejora del brazo a su tratamiento, mientras Estebanillo, por su parte, da por sentado que eso se debe a su automedicación con el vino. En esa representación del choque entre dos concepciones distintas se muestra, por un lado, cómo cada uno de sus representantes queda anclado en su propia lógica y, por otro, cómo en cierto modo esas concepciones incompatibles funcionan de forma paralela dentro de un sistema médico, el galenismo tradicional.

En Thionville, después de la famosa batalla ganada por su amo, el general Piccolomino se representa una situación inversa a la que se ha visto más arriba en los casos de los curanderos y curanderas. En vez de ser ellos los que atraían a los afligidos, era aquí el enfermo el que provocaba que se acercase un gran número de profesionales al hostel donde estaba alojado. Para curarle a Estebanillo de una supuesta herida de bala, movido por el tópico recurrente de la codicia, acudía a la posada todo un equipo de expertos dispuestos a darle un ostentoso tratamiento: “entraron en mi aposento mis dos enfermeros y un venerable y barbado cirujano con media docena de platicantes que a el olor de haberle dicho que tenía muy linda china

⁴¹² EG, vol. II, cap. XII, p. 339.

[dinero] y que era criado del victorioso general, me venía a curar de ostentación”.⁴¹³ Por último, queremos señalar la imagen representada de la *bedside-society*, es decir las personas no-médicas que rodean al paciente en momentos de enfermedad, que completaban la lista de los posibles actores dentro los hostales. En el relato de Estebanillo no son sólo los profesionales de la medicina quienes se dirigen por el prestigio y la situación económica del enfermo, sino que experimenta algo similar con las personas que le visitan estando enfermo en una posada en Bruselas. El texto revela claramente cómo el supuesto acto caritativo de visitar a los enfermos, una de las siete obras de misericordia, está en no pocas ocasiones motivado por intereses concretos, lo que lo convierte en un acto hipócrita:

“Publicóse mi dolencia por toda la villa, por lo cual me venían a ver muchos amigos y conocidos; visitábanme los mejores doctores, servíame con mucha puntualidad la huéspeda de la posada, asistíanme las criadas y regalábanme los vecinos. Faltóme el dinero, añadiéndose a una enfermedad otra (presumo que es mucho mayor la de la bolsa que la del cuerpo), faltáronme a un mismo tiempo amigos y conocidos, doctores, huéspeda, criadas y vecinos; con que me desengañé que aquellas visitas no se hacían por ganar una de las obras de misericordia ni por ver a Estebanillo sino a la fama de mi dinero y para ser esponjas de él”.⁴¹⁴

Los fragmentos literarios de Estebanillo, los billetes de aviso del médico Peralta y los testimonios en procesos de causa criminal e inquisitorial ponen de manifiesto el papel importante que desempeñaban los mesones y posadas como espacios de curación. Como lugares neutrales que se regían por los gustos, deseos y necesidades de los huéspedes, sea enfermo o sanador, permitían la realización de cualquier tipo de práctica sanitaria. Tanto en las zonas rurales como en las ciudades grandes como Madrid y Toledo, los hostales cumplían la función de un escenario habitual de la medicina, en el que las interacciones sociales entre enfermo, sanador, mesonero y el resto de la *bedside-society* podían desarrollar las más diversas dinámicas.

⁴¹³ EG, vol. II, cap. VIII, p. 101-102.

⁴¹⁴ EG, vol. II, cap. VIII, p. 113.

III.2.2.2 Las casas de otros enfermos y otros espacios re-utilizados

Para cerrar el tema de los lugares extraoficiales de las prácticas sanitarias dentro de la comunidad, se dedicará ahora a varios espacios, tanto privados como públicos, que por iniciativa propia de los enfermos y sus allegados fueron reutilizados para preservar y recuperar la salud. Se trata de casas privadas de otros enfermos, de las de personas fallecidas, de ermitas y del campo. Los casos que se han seleccionado para ejemplificar la actividad médica en cada uno de estos lugares, pretenden reflejar no sólo el amplio uso del espacio comunitario para temas de salud, sino también las actitudes divergentes en torno a las prácticas mayoritariamente mágico-creenciales que fueron llevadas a cabo en ellos.

En primer lugar volvamos ahora a un fenómeno al que se ha aludido en el capítulo anterior: la práctica de acudir a casa de otro enfermo para aprovechar la estancia de un curandero en ella. Tal y como se ha mencionado brevemente en las curaciones del herbolario José Rodríguez, se trata de un hábito que convertía de forma espontánea una casa privada en un espacio público de asistencia médica, abriendo sus puertas temporalmente a las necesidades de varios enfermos de la comunidad. En el siguiente apartado se abordará por un lado la forma de comunicarse que hacía posible que se efectuasen aquellos encuentros y, por otro lado, las dimensiones que los mismos podían asumir en cuanto a la cantidad de gente que atraían.

Cuando Juan de Ayala, el curandero vagabundo, llegó a Villanueva de la Jara a principios de enero de 1699, empezó a curar únicamente a Mateo de Lerma y su hija, a cuya casa había ido para semejante fin,⁴¹⁵ como era vagabundo, se le permitía alojarse en casa de sus pacientes. La noticia de que un experto en curar cualquier tipo de enfermedad estaba en casa de uno de los vecinos del lugar, corrió como la pólvora en pocas horas. Así, esa misma noche aparecieron otros enfermos en casa de Mateo de Lerma, esperando que el forastero remediase sus dolencias.⁴¹⁶ El boca a boca era la forma de comunicación habitual para dar a conocer las

⁴¹⁵ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Proceso inquisitorial contra Juan de Ayala, Villanueva de la Jara, 1699.

⁴¹⁶ Juan de Ayala llegó a casa de Mateo de Lerma por la tarde del 14 de enero de 1699. La misma noche, entre las

curaciones realizadas en lugares no-oficiales. Para dar solo un ejemplo de las posibles formas de comunicación al respecto, resulta ilustrativo el caso de don Fernando Alarcón y Rosales que tenía un hijo enfermo. Al testificar sobre el motivo que le impulsaba a acudir a casa de Mateo Lerma, relató como el zapatero Bartholomé Martínez, que conocía de la enfermedad de su hijo, se acercó a su casa para avisarle: “Señor, ocasión tiene usted de curar a su hijo, porque ay oy en esta Villa un hombre que dize es natural de la ciudad de Chinchilla, el qual dize tiene gracia para curar de todas dolencias y achaques”. Fernando Alarcón siguió declarando que “con la qual noticia [...] buscó al dicho hombre y lo allo en casa de Mateo de Lerma”.⁴¹⁷ Estando allí, concretamente con otros vecinos en la cocina junto a la lumbre, Fernando Alarcón conversó con Juan de Ayala sobre las características concretas de la gracia que decía tener para curar. Como a este vecino le parecía mal todo lo que decía, determinó que el curandero era un “grandissimo embustero, embaucador, mentiroso y vagamundo”,⁴¹⁸ y no tardó en denunciarle esa misma tarde ante la Inquisición. No obstante, hubo otros muchos vecinos que no compartían este parecer y solicitaban de forma multitudinaria los servicios de Juan de Ayala. Para tener una idea del nivel de demanda que este curandero producía en el lugar, se reproducen aquí las palabras con las que describía según su visión un comisario del Santo Oficio la situación:

“Lo fuy a buscar, para ver y saber la verdad, a la dicha casa, y así dentro de ella como en la dicha calle abría como zinquenta personas de hombres, mujeres, muchachos que unos agzidentados, otros por curiosidad, otros porque les manifestase el dicho Ayala algunas cosas que les an urtado, lo iban a buscar. [...] lo estaban esperando en la calle para verlo, como si esperaran a un Apostol Santo, esto en medio que llovía muy bien, y daban por bien el mojarse por berlo”.⁴¹⁹

Otro personaje que, curando a una enferma en su casa, atraía a mucha gente, fue el “Niño Cristóbal”.⁴²⁰ Los desplazamientos del niño y su familia, cuyas estancias en posadas de

nueve y diez horas, acudió fray Julián de Segobia, “gravado de un agzidente de una pierna”. ADC, Leg. 560, exp. 6969. Testifical de fray Julián de Segobia, sin fol.

⁴¹⁷ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Testifical de don Fernando Alarcón y Rosales, alférez de la compañía de milicias de la de Varax, 25 años, sin fol.

⁴¹⁸ Ibid.

⁴¹⁹ ADC, Leg. 560, exp. 6969. Informe del licenciado Pascual Prieto Ramirez, presbítero de Villanueva de la Jara y comisario del Santo Oficio de Cuenca, Villanueva de la Jara, 17 de enero de 1699, sin fol.

⁴²⁰ ADC, Leg. 468, exp. 6391. Proceso inquisitorial contra Simón Azcoita Valdés, Cuenca, 1645.

diferentes tipos se ha tratado en el subcapítulo anterior, también pasaron por Cuenca. Allí acudieron a curar a doña Isabel de la Cadena en su casa, una mujer mayor de 80 años que pertenecía a los grupos privilegiados de la ciudad. La atención sanitaria que tuvo lugar en el aposento privado de dicha señora, se convirtió pronto en un evento social. Para presenciar lo que hacía el “niño santo”, la habitación de la enferma se había llenado con tantas personas, curiosos y enfermos, que para algunos era incluso imposible dar un testimonio exacto de la curación, ya que “era tanta la jente que havia que no davan lugar para llegar cerca”.⁴²¹ Aparte de personas distinguidas que fueron por curiosidad, como Julián Frialdo, portero del fisco y proveedor del Santo Oficio, el secretario don Francisco Anjel y el licenciado Andres Agudo, clérigo presbítero, habían acudido también algunos enfermos humildes que pidieron que les santiguase. Una de ellos, María de Burgos, que padecía de una enfermedad en los ojos, “se llegó allí, y se hincó de rodillas junto a la cama de la dicha Doña Ysavel que era donde estava sentado el muchacho y le dijo santíguame a mí también”.⁴²² Pero tanto a ella como a Francisca Erraiz, otra enferma, el niño, o más bien su madre, les negó la asistencia por no ser “personas principales”. Así, solo a doña Isabel de la Cadena puso el niño la mano en la cabeza, santiguándole con las palabras “en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo y de la Virgen de los remedios seas sana”. Cuando la dueña de la casa le mandó a una de sus criadas que pagase a los padres del niño tres reales, María de Burgos ya no estaba. Ya se había ido “como estava impedida porque no la atropellase la jente”.⁴²³

Aparte de aprovechar la estancia de un curandero, las casas privadas de los demás vecinos servían también para otras prácticas de autoatención. Una práctica común que varios habitantes de la localidad conquense de Puebla de Salvador realizaban en la segunda mitad del siglo XVII era acudir a una casa en la que acaba de fallecer una persona y santiguarse con el

⁴²¹ ADC, Leg. 468, exp. 6391. Testifical de Mateo Delgado, vecino de Cuenca, 18 años, fol. 36r.

⁴²² ADC, Leg. 468, exp. 6391. Testifical de María de Burgos, doncella, 34 años, fol. 34v-35r.

⁴²³ Ibid.

brazo derecho del difunto.⁴²⁴ Ese tipo de curación que se empleaba sobre todo para enfermedades cutáneas se basaba como muchos otros tipos de prácticas mágico-creenciales, en el principio de la simpatía o símiles.⁴²⁵ En este caso en concreto, se decía que conforme el cuerpo del difunto se va deshaciendo, también se irían “resolviendo” los tumores o lobanillos.⁴²⁶ No se trataba de un ritual extraño limitado a un remoto lugar de la Mancha, sino que de una práctica bastante difundida en las sociedades europeas de la Edad Moderna, lo que demuestra una entrada en un “commonplace book” de Londres de la primera mitad del siglo XVII, en el que además de indicar semejante curación para el mismo tipo de enfermedad, también se incluía el mismo modelo explicativo.⁴²⁷ En el caso concreto de Puebla de Salvador, fue un pobre viandante que pasaba por allí en torno a 1660 introdujo el ritual en la comunidad. Al ver que un niño de la casa en la que estaba recogido padecía lobanillos, el pobre les dijo que existía un remedio infalible y fácil de acceder: “para que sanase de aquel achaque era menester que con el primer difunto que ubiera que con la mano derecha del difunto diciendo estas palabras: en el nombre del Padre, y del Hijo, y del Espiritu Santo, amen Jesús”.⁴²⁸ Aquel niño, Juan Navarro Ramón, que entonces tenía seis años, se sanó con este remedio, igual como otros dos niños enfermos de lobanillos de la misma edad (Alonso Rubio y una niña llamada Catalina). Este éxito curativo impulsó a los vecinos de Puebla de Salvador a recurrir durante los siguientes 17 años frecuentemente a ese modo de curar. Así, Catalina López, por ejemplo, usó en total seis veces del dicho remedio, entre los cuales acudió a casa de Alonso Garrido Serrano para

⁴²⁴ ADC, Leg. 733, exp. 1328. Proceso inquisitorial contra Martín de Tortola, Puebla de San Salvador, 1677.

⁴²⁵ Sobre medicinas y curaciones que se basen en el principio de la simpatía, véase por ejemplo WEISSER, *III Composed*, p. 26. En otros procesos inquisitoriales de Cuenca también aparecen casos que reflejan la idea de la simpatía, por ejemplo ADC, Leg. 565, exp. 7013. Proceso inquisitorial contra María Correoso, San Clemente, 1710.

⁴²⁶ “como se fuera resolviendo el cuerpo del difunto y consumiéndose, irían consumiendo y resolviendo los lovanillos”, ADC, Leg. 733, exp. 1328. Proceso contra Martín de Tortola. Testifical de Juana García, casada con Fernando Martínez del Peral, 60 años, fol. 44v.

⁴²⁷ “Let her take a dead man’s hand (if a man, then a woman’s). Stroke the wen with it, once, twice and thrice. As e hand rotteth in the grave, so will the wen rot on the living.” John Oglander: *A Royalist’s Notebook: The commonplace Book of Sir John Oglander, Knight of Nunwell*, ed. Bamford F., London: Constable and Co., 1936, p. 220. Citado en Olivia WEISSER, “Boils, Pushes and Wheals: Reading Bumps on the Body in Early Modern England”, *Social History of Medicine* 22, 2 (2009): pp. 321-339., aquí p. 334.

⁴²⁸ ADC, Leg. 733, exp. 1328. Declaración de Martín de Tortola, fol. 25v.

santiguarse con la mano derecha de su mujer difunta doña Esperanza de Tortola, así como a la de Matías de Juncos y Barbara Saiz, dónde se curaba con la mano de un hijo difunto de 16 años.⁴²⁹ Para el resto aprovechaba las ocasiones que se le presentaban durante su tarea habitual de “amortaxar y cubrir los difuntos que mueren esta villa”.⁴³⁰ Quitería Saiz, otra mujer enferma de lobanillos, aprovechó primero para su hijo Alonso Rubio el hecho que “abian traido un hombre muerto desde la villa de Hiniesta”,⁴³¹ y luego para ella misma la muerte de otra vecina del lugar. Varios de los enfermos mencionados combinaban el recurso de santiguarse con un difunto con otras prácticas médicas. Para la curación de Juan Navarro Ramón, uno de los niños que primero se sanaron con dicho método, su padre le llevó además a la vecina localidad de Villalgordo para que le santiguase un hombre de ese lugar. Las medicinas complementarias utilizadas por Catalina López y Quitería Saíz, consistían, en el caso de la primera, en acudir al mismo curandero de Villalgordo y, en el caso de la segunda, en consultar además los médicos y cirujanos del lugar. Las testificales de este proceso manifiestan la variedad de formas sanitarias por las que han optaron los vecinos de una misma localidad para curarse de una misma afección: los lobanillos o tumores. La variedad en las elecciones terapéuticas bajo circunstancias muy parecidas confirma una vez más como la itinerancia de cada individuo no persigue un esquema predicible. Al tratar de resumir esa complejidad de la búsqueda de salud, en la que “patients seemed to slide from one choice to another in a rather unpredictable fashion”, Sawyer ha señalado de forma concisa que “The coherence of the system is not to be found in either strict logic or in absolute loyalty to a single harmonious cosmology but in the constantly shifting efforts of real people to achieve relief”.⁴³²

También existía variedad en las actitudes hacia ese modo mágico-creencial de curar. A

⁴²⁹ A contrario a la práctica inglesa que distinguía entre el género (una mujer debería curarse con la mano muerta de un hombre y viceversa), en nuestro caso los difuntos fueron empleados indistintamente.

⁴³⁰ ADC, Leg. 733, exp. 1328. Testifical de Catalina López, mujer de Francisco Ruiz, 54 años, fol. 30v.

⁴³¹ ADC, Leg. 733, exp. 1328. Testifical de Quitería Saíz, mujer de Miguel Rubio de Espinosa, 54 años, fol. 39v.

⁴³² SAWYER, "Witchcraft and Healing", p. 472.

muchos de los vecinos no les parecía una práctica supersticiosa, sino un remedio permitido por los dogmas eclesiásticos, sobre todo por las buenas palabras que lo acompañaban.⁴³³ Había, sin embargo, otros pocos que sí que lo rechazaban y cuyas actitudes a veces divergían incluso dentro de la misma familia. Esto fue el caso, por ejemplo, de la curación de Quitería Saiz y su hijo Alonso Rubio. El marido y su otro hijo, que entonces era estudiante de teología en Alcalá, discrepaban claramente de ese tipo de prácticas y desaconsejaban su uso. Quitería Saíz, como madre preocupada por la salud de su hijo, y como enferma de la misma dolencia, sin embargo seguía practicándolo.

Después de haberse practicado en la localidad de Puebla de Salvador durante 17 años el método de santiguarse con el brazo de un difunto, encontró su fin oficial en 1677, momento en que fue condenado como práctica supersticiosa por la Inquisición. Lo que había originado la condena fue un intento por uno de sus vecinos de difundir el remedio infalible más allá de los límites del pueblo, concretamente en la ciudad lejana de Granada.

Allí, Martín de Tortola, vecino de Puebla de Salvador, estando en la antecámara del arzobispo de Granada, Francisco de Rois y Mendoza (1673-1677), recomendó dicha práctica, común en su lugar de origen, para remediar la enfermedad de lamparones que padecía el arzobispo.⁴³⁴ Esa noticia, naturalmente, provocó mucha inquietud y temor entre los capellanes, quienes no dudaron en informar al Tribunal de la Inquisición. A partir de allí, en poco más de dos meses, interrogaron a quince vecinos de Puebla de Salvador. En el auto que se hizo en Madrid a 6 de julio se ordenó que el comisario del Santo Oficio de Cuenca volviese al dicho lugar para que “a este reo [Martín de Tórtola] y a todos los demás personas que parece han

⁴³³ Por ejemplo, Luisa de Morales, pidió a Catalina López que le explicase el modo específico de la curación, “por ser como era modo de curar con tan buenas palabras, y parecer que no podía aver sospecha de superstición”. ADC, Leg. 733, exp. 1328. Testifical de Luisa de Morales, 40 años, fol. 35r.

⁴³⁴ Contrariamente a lo que dice Blázquez Miguel, Martín de Tórtola ni se lo dijo a un sacerdote en su casa, ni vivía de realizar esa práctica, sino que en la recámara del Arzobispo de Granada simplemente reprodujo una práctica común y compartida por varios vecinos de su pueblo nativo. Juan BLÁZQUEZ MIGUEL, *Eros y Tanatos. Brujería, hechicería y superstición en España* (Toledo: Editorial Arcano, 1989).

usado de este remedio, los desengañe que es ilícito y supersticioso y que no usen del, pena que serán castigados por todo rigor de derecho”.⁴³⁵ El resultado de este mandato es una recopilación de juramentos individuales de diez vecinos que después de haber sido reprendidos y corregidos se prometen nunca jamás volver a creer o practicar tal modo supersticioso de curar. La toma de posición rubricada por Quitería Saiz, es especialmente ilustrativa para la forma sistemática con la que la Inquisición trataba de erradicar determinadas creencias y prácticas populares en torno a la salud, aplicando para ello en su discurso los conceptos del monopolio de la medicina como ciencia, la ignorancia y credulidad femenina, la falta de formación y la procedencia de una zona rural. Según el documento, la misma mujer que antes había usado del remedio mágico-creencial incluso contra el parecer de algunos miembros de su familia, afirma ahora que

“siempre ha creído y cree [...] que solo su divina Magestad es el autor y señor de la vida y de la salud; y que en lo natural son buenas las medicinas que aplican los médicos conforme su ciencia, y que si acaso / como muger, de poco saber, y sin experiencia, criada en un lugar corto, ha hecho alguna vez alguna cosa, sin intención, ni ánimo de faltar a su obligación de christiana, que pueda ocasionar la amonestación que le he hecho, le pesa mucho de todo corazón [...]”.⁴³⁶

Un consejo bienintencionado en Granada hizo, pues, que en el Tribunal de Cuenca se ejecutase todo lo necesario para erradicar una costumbre bien establecida en un pueblo de su Obispado.

A continuación se ocupará de tres últimos casos, en los cuales se usaban espacios de curación que estaban situados no en el centro de sus comunidades, sino en el entorno cercano. El primer caso es la curación de un niño enfermo de Gascueña, que el curandero Andrés Parra llevó a cabo en 1694 en una ermita junto con la colaboración de la madre del niño.⁴³⁷ Dicho curandero intervino en un tratamiento en curso que el barbero de Gascueña, Juan Roldán, estaba realizando al hijo de Juan de la Fuente y María de Ortega, que padecía de una enfermedad en los ojos. Dirigiéndose a la madre, Andrés Parra le aseguró que él sabía curar a su hijo cuyo

⁴³⁵ ADC, Leg. 733, exp. 1328. Orden del Consejo de Inquisición, Madrid, 6 de julio de 1677, sin fol.

⁴³⁶ ADC, Leg. 733, exp. 1328. Amonestación de Quitería Saiz, sin fol.

⁴³⁷ ADC, Leg. 557, exp. 6949. Proceso inquisitorial contra Andrés Parra, labrador, Gascueña, 1695.

remedio consistía en “llebandole tres mañanas antes de salir de el sol a la hermita de la soledad que esta contigua a dicho lugar”.⁴³⁸ María de Ortega consultó esa opción terapéutica con su marido, quien se opuso a ese tratamiento por tener escrúpulos de poder ir en contra de la fé católica. No obstante, la madre aceptó la oferta y como ella misma declaró, “aunque fuera que Juan de la Fuente, su marido, la amonestó que no lo hiciese ni ejecutase [...], llebada de la facilidad de mujer con ansia de la salud de su hijo, lo ejecutó”.⁴³⁹ Yendo dichas tres mañanas a la ermita, María de Ortega observó como el curandero simplemente se hincó de rodillas y rezó delante de la Virgen de la Soledad. El último día que la madre volvió de sus excursiones a la ermita, se encontró con su marido quién le preguntó de dónde venía. Cuando ella le respondió que “benia de hacer lo que avia mandado dicho Andres Parra para que sanasse su hijo”, Juan de la Fuente “la reprendio por que lo havia ejecutado”.⁴⁴⁰ Ese tipo de conflictos interfamiliares surgidos a base de actitudes divergentes en cuanto a formas no-regladas de curar, aparecen de forma recurrente en la documentación. La salud del hijo como principal preocupación fue lo que en este caso impulsó a la madre de imponer contra el deseo de su marido lo que a ella le parecía válido de probar, siendo consciente que utilizar un método mágico-religioso le podía suponer una pelea con su marido

En las prácticas de autoatención cobraba a veces gran importancia el momento en que se desarrollaban las mismas. Por ejemplo, a la mañana del día de San Juan se le atribuían extraordinarias virtudes curativas. Cuando María de Urite, la mujer del sacristán de Medinaceli, preguntó en el año 1612 en su pueblo qué podría hacer para curar a su hijo “quebrado” de diez meses, una vecina le recomendó que llevase al niño la mañana de San Juan “a pasarl[o] por un ciruelo bendido, y que esto avia de ser por mano de un Juan y tres Marías”.⁴⁴¹ María de Urite

⁴³⁸ ADC, Leg. 557, exp. 6949. Testifical de María de Ortega, mujer de Juan de la Fuente, 30 años.

⁴³⁹ Ibid.

⁴⁴⁰ ADC, Leg. 557, exp. 6949. Testifical de Juan de la Fuente.

⁴⁴¹ ADC, Leg. 380, exp. 5380. Relación de la rea María de Urite, 25 años, mujer de Bernabe Nieto, Sacristán de Sotodosos, Medinaceli, 11 de julio de 1612.

siguió el consejo de su vecina y, acompañada por cuatro niños del lugar que llevaban los referidos nombres, llevó a su hijo al ciruelo, rezándole tres veces “Señor Sant Juan, vien abenturado, este niño os doy quebrado, dadmelo sano”.⁴⁴² En un principio, la madre había ejecutado dicho ritual sin pensar que pudiese ser algo supersticioso. Su actitud hacia esa forma de curar, sin embargo, cambió con la lectura del edicto de fe que se hizo en la villa, y como consecuencia se autodenunció ante el Santo Oficio para liberarse de su “culpa”. Escrúpulos parecidos por haber participado en una actividad para conservar la salud que podía ser contraria a las reglas de la Iglesia, fueron los que llevaron a Ana González de Aligue a informar a la Inquisición de Cuenca. Se trata de una denuncia que, además de informar sobre una práctica concreta que se llevó a cabo en la madrugada de San Juan, contiene una prueba material de la misma.⁴⁴³ Según la declaración de Ana González, por iniciativa de dos vecinas de la ciudad de Cuenca, Juana y Juliana López, se fueron las tres la mañana de San Juan al campo a recoger verbena, famosa planta “sanjuanera” ampliamente conocida por sus propiedades medicinales y mágicas.⁴⁴⁴ Una de las dos hermanas dijo que el siguiente paso consistiría en llevar dicha hierba a misa y ponerla “debajo de los corporales para que dixese missa ençima della un sacerdote”.⁴⁴⁵ Para llevarlo a cabo, acudió al Hospital de Santa Lucía, en concreto a la sala de la enfermería, dónde habitualmente se celebraba la misa, y colocó la hierba debajo del altar. Así, “dixo la missa el sacerdote estando puesta la yerba devajo del ara y por la gente que avía la dicha moça no pudo quitarla hasta la noche”.⁴⁴⁶ Una vez recuperada la verbena bendecida la repartieron en tres partes, y cada una de las mujeres la puso en un saquito. Algunas semanas después, movida por sentimientos de culpabilidad de poder haber participado en un acto de hechicería, Ana González se presentó ante el Tribunal de Cuenca y, como prueba del delito, entregó a los

⁴⁴² Ibid.

⁴⁴³ ADC, Leg. 387, exp. 5498. Proceso inquisitorial contra Juana y Juliana, hijas de Catalina López, Cuenca, 1615.

⁴⁴⁴ Mar REY BUENO, *Historia de las hierbas mágicas y medicinales. Plantas alucinógenas, hongos psicoactivos, lianas visionarias, hierbas fúnebres ... todos los secretos sobre las propiedades y virtudes ocultas del ancestral mundo vegetal* (Madrid: Nowtilus, 2008), p. 52.

⁴⁴⁵ ADC, Leg. 387, exp. 5498. Declaración de Ana González de Aligue, mujer de Pedro de Riega, vecina de Cuenca.

⁴⁴⁶ Ibid.

Inquisidores su saquito. Ese mismo saquito de tela que en su momento llevaba la verbena sanjuanera y bendecida para proteger a su dueña contra cualquier mal, se ha conservado hasta nuestros días – cosido en los pliegos del proceso.



Fig. 3.2 Saquito con hierbas, Cuenca, 1615 (ADC).

Si aquel saquito representaba para Ana González una prueba de un acto supersticioso, para nuestra perspectiva deja constancia material de una práctica de salud en su sentido más amplio que se llevó a cabo a principios del siglo XVII, en la que colaboraron tres vecinas, quienes para realizar su conocimiento de prácticas mágico-religiosas hacían uso de diversos espacios públicos de su comunidad.

III.3 Enfermedades hechizadas. La comunidad como causa y solución

Mientras que en los apartados anteriores nos hemos ocupado en la mayoría de los casos de enfermedades cuyo origen se atribuía al ámbito de las causas de orden natural, en el presente subcapítulo se tratarán aquellas dolencias que en las percepciones de los enfermos y sus

próximos no encajaban en las etiologías médicas de su época. Pero sí cobraban sentido al explicarlas por causas sobrenaturales. Como tales se distinguían varios tipos, habitualmente, se consideraban causas sobrenaturales: el castigo divino, el demonio, los maleficios y los hechizos.⁴⁴⁷

El último grupo, el de los maleficios y hechizos, tiene un especial interés para el presente capítulo y también para el argumento general del trabajo. Las enfermedades que se relacionaban con un maleficio eran afecciones que se producían y se resolvían mediante interacciones sociales dentro de la comunidad.⁴⁴⁸ La creencia en hechicería, al mismo tiempo, ampliaba notablemente para los enfermos las opciones de actuar e intervenir en el proceso de salud. Tal y como lo ha señalado Ronald Sawyer, además de los campos epistemológicos de la medicina reglada y no-reglada y de las creencias religiosas, “the acceptance of witchcraft etiology created another whole dimension in which purposeful action could be carried out”.⁴⁴⁹ A continuación se tratarán las interacciones sociales específicas que se ejecutaban para crear la sospecha de un hechizo y detectar la supuesta hechicera, así como para encontrar ayuda y resolver los hechizos. Para ello, se basará en diferentes procesos inquisitoriales que permiten reconstruir, en primer lugar, la conducta del enfermo y su entorno en el tratamiento de diversas dolencias causadas por hechizos y, en segundo lugar, analizar las prácticas y rituales empleados en la lucha contra una enfermedad concreta: la impotencia.

Para destacar, por un lado, la transmisión intercomunitaria de información como elemento clave para la construcción y destrucción de enfermedades causadas por hechizo y, por otro lado, los espacios donde se llevaba a cabo dicha comunicación, resulta ejemplar un caso que se desarrolló en Almodovar del Pinar en 1742. Francisca López, hija del alcalde y notario

⁴⁴⁷ CAMPAGNE, "Medicina y religión", p. 422. Campagne añade a las causas sobrenaturales también el influjo de los astros. Elemento que otros estudios sobre la astrología médica considerarían más bien como parte de las causas naturales, o como mucho, preternaturales, cf. LANUZA NAVARRO, "Medical Astrology".

⁴⁴⁸ MACDONALD, *Mystical Bedlam*, pp. 107-111. TAUSIET, *Ponzoña en los ojos*, pp. 452-468.

⁴⁴⁹ SAWYER, "Witchcraft and Healing", p. 471.

del Santo Oficio Fernando López Nieto, se fue el día antes de San Pedro Mártir al horno del lugar para cocer allí junto con otras vecinas “la caridad que se avia de distribuir dicho día de San Pedro”.⁴⁵⁰ Estando en el horno, una mujer llamada La Sabuca, repartió entre las vecinas unos confites. Según el testimonio de Francisca, ella tenía guardado por separado otro confite solo y una raja de canela que le dio a la hija del alcalde. Aunque en un principio no los quiso comer, finalmente „lo ejecutó en vista de que las otras mujeres se comieron los confites que a ellas les avia dado la dicha Sabuca“. Pocos días después, Francisca cayó enferma „con dolores en todo su cuerpo“. El vínculo que hizo asociar a la enferma el incidente en el horno junto con su estado de enfermedad, fue establecido por su criada cuando volvió del lavadero con la siguiente noticia: „Ay Señora, lo que me an dicho que a usted le dieron un confite y una raja de canela en el orno, y que no lo olvidara usted”.⁴⁵¹ Con esta información la enferma y su madre, – bastante sensibilizadas para asuntos de maleficio, por haberse muerto „hechizados“ un hermano y una hermana de Francisca – ya no tenían ninguna duda que la enfermedad había sido causada por un hechizo. Antes continuar con el relato de como la enferma buscó ayuda para sanarse, es necesario detenerse en lo que había ocurrido en el lavadero. Para lavar unas camisas y otras ropas, Ana González fue al lavadero “que ai vajo de el tinto, extramuro de esta villa”.⁴⁵² Allí se encontró con otras dos criadas del pueblo, con las que conversó sobre la enfermedad de su ama Francisca. Fue María Palmero, una criada de la casa de Ana de Frías, la que le informó sobre lo que había pasado en el horno y de lo que se decía en el pueblo al respecto, haciéndole entender que la enfermedad de su ama se debía a la mala intención de La Sabuca. Al mismo tiempo, le tranquilizó al decirle que existía un remedio. Según lo relatado por la dicha criada, ella sabía que su ama, Ana de Frías, había padecido de la misma enfermedad, causada por la

⁴⁵⁰ ADC, Leg. 599, exp. 7225. Proceso contra La Sabuca, la esposa de un albéitar, Almodovar del Pinar, 1743. Testifical de Francisca López, 21 años, sin fol.

⁴⁵¹ ADC, Leg. 599, exp. 7225. Testifical de Ana González, hija de Miguel González y criada de Fernando López, 15 años, sin fol.

⁴⁵² Ibid.

misma persona, y para su curación había llamado a la mujer del albéitar, conocida como La Sevillana.⁴⁵³ Todas estas informaciones, que aclaraban la causa y ofrecían la solución del problema, pasaron a través de las criadas desde el horno al lavadero y del lavadero a la casa de la enferma, Francisca López. Esta observación califica al horno y al lavadero como espacios con un alto nivel de comunicación, que no sólo funcionaban como puntos centrales de una red de información que mantenía a los vecinos actualizados sobre diversos asuntos privados de los demás, sino que también eran espacios eficaces donde difundir y fomentar rumores y sospechas de hechicería así como para intercambiar remedios contra los mismos. De manera, que en el caso de la hija del alcalde, se disponía ahora de los datos necesarios (diagnóstico y referencia terapéutica) para remediar la enfermedad. Así, la madre llamó a la sanadora recomendada, La Sevillana, que en varias sesiones de rezar y hacer señales de la cruz, consiguió mejorar notablemente el estado de Francisca López. Después, varias mujeres enfermas de la localidad de Almodovar del Pinar practicaban un intercambio intenso sobre sus experiencias que han tenido con las curas de La Sevillana.⁴⁵⁴ Que la creencia en hechizos y el recurso a mujeres capaces de curarlos no se limitaba a personas incultas e ignorantes, sino que también podía incluir a familiares de un notario de la Inquisición, vuelve a manifestarse con el caso que se acaba de presentar.

Las señales que indicaban que una enfermedad era consecuencia de un hechizo podían ser de muy diferente índole. Interpretarlas bien requería de los enfermos y sus próximos una buena y holística observación de las más diversas circunstancias que acompañaban a la enfermedad. Algunas veces, como en el caso de Francisco Estevan, un vecino de Requena, bastaban los síntomas del propio padecimiento para levantar sospecha de hechizo. Su mujer, Juana Hernández, al modificar su declaración justo antes de salir del Santo Oficio, admitió que

⁴⁵³ ADC, Leg. 599, exp. 7225. Testifical de María Palmero, hija de Pedro Palmero y criada de Miguel Saez, 18 años, sin fol.

⁴⁵⁴ Enfermas que se han curado de sus hechizos con las oraciones de La Sevillana eran: Ana Martínez, mujer de Bernabe Melon; Isabel Cana, mujer de Joseph López Peña; María Saez, mujer de Juan de Alarcón Erraez, 36 años.

sí sospechaba que su marido estaba hechizado, „por ber su larga enfermedad y que se a ydo secando sin frío ni calentura”.⁴⁵⁵ Otras veces se unían unos síntomas extraños con determinadas coincidencias temporales de varios acontecimientos sociales seguidos. Esta combinación creaba en las percepciones de los enfermos un fundamento lógico para sus sospechas. Por ejemplo, Mathias Contreras asoció la rara enfermedad de su mujer que „los médicos no conocían porque unas veces parecía locura según los movimientos y acciones, otras veces se hallava melancólica, sin querer ver ni hablar a nadie”, con el hecho que el día antes de caer enferma su mujer tuvo una pelea con la madre del cirujano, a la que le amenazó de „se la avia de pagar o que se avia de acordar de ella”. Y justo después de la noche que peor pasó la enferma, a la mañana siguiente se encontró Mathias Contreras en la calle con la madre del cirujano, que le preguntó “¿qué tal le havia ydo aquella noche con su muger? Por cuia pregunta infirió alguna sospecha mas en dicha muger”. En su artículo, Guido Ruggiero trata la compleja tarea que supone la interpretación de las señales que, en su conjunto, indican el hechizo, y señala que “timing was also crucial in the social dimension of witchcraft”.⁴⁵⁶ Cuando las relaciones sociales se volvían conflictivas, la sospecha de hechicería ganaba terreno. Por esta razón, una pelea con otra persona de la comunidad a menudo formaba parte de los indicios de un origen maléfico de una enfermedad.⁴⁵⁷ Lo dicho se aplica especialmente en las relaciones amorosas, por lo que en numerosos casos los hechizos tenían su origen en un amor no correspondido o en celos porque un hombre se terminó casando con otra mujer, etc.⁴⁵⁸

A continuación, se ocupará de dos casos de hombres con enfermedades graves que para dar sentido a su estado de salud recurrieron al modelo explicativo del hechizo, entendido como una forma de venganza por no corresponder a sentimientos amorosos. Estos casos, además,

⁴⁵⁵ ADC, Leg. 423, exp. 5931. Proceso inquisitorial contra Menora Gitana, Requena, 1627. Testifical de Juana Hernández, mujer de Francisco Esteban, 60 años.

⁴⁵⁶ RUGGIERO, "The Strange Death", p. 1154.

⁴⁵⁷ WEISSER, *Ill Composed*, pp. 90-91. MACDONALD, *Mystical Bedlam*, pp. 107-111.

⁴⁵⁸ TAUSIET, *Ponzoña en los ojos*.

revelan cómo se sentían y actuaban los enfermos cuando su enfermedad se desarrollaba dentro del contexto de hechicería. El primer caso es el de un hombre del lugar toledano de Totanés en 1744, quien justo antes de casarse anuló el contrato de matrimonio que tenía con una mujer de otra vecina localidad.⁴⁵⁹ Esa misma noche habían cenado juntos en casa de la novia, y tras la cena el hombre empezó a encontrarse cada día peor y „clamava diciendo [que] tenia algun escorpion o cosa tal que le roza las entrañas”. Como nadie entendía el mal que padecía, el enfermo solo pidió que después de la muerte le abriesen el cuerpo para que los demás viesen con sus ojos lo que él intentaba expresar con palabras.⁴⁶⁰ Cuando falleció, los cirujanos en presencia de la justicia ejecutaron una autopsia y “hallaron en las entrañas del difunto un animalillo vibo, a manera de Lagartillo; con lo que quedaron todos los presentes con la sospecha de que aian sido echizos y que se los avian dado en la referida noche y casa”.⁴⁶¹ El enfermo encontró una forma – aunque después de su muerte – para transmitir su percepción interior de la enfermedad al exterior, y convencer así a los demás de la veracidad de sus sensaciones. Aunque no se sabe cuáles fueron las consecuencias del resultado de esa autopsia – si fue aplicada como evidencia en el proceso legal y en qué forma influía en la sentencia – lo relevante es que los enfermos recurrieron a esa opción médico-legal de averiguar la causa de una enfermedad. Por otro lado demuestra este caso, una vez más, cómo en la mentalidad barroca la creencia en lo mágico y sobrenatural impregnaba todos los ámbitos de la sociedad española, hasta el punto que incluso las instituciones públicas, como los tribunales de justicia, se encargaban de resolver asuntos que procedían de las ideas sobrenaturales de los pacientes.

El segundo caso es el de Joseph de Peña, un vecino de Villa la Peraleja, que a lo largo

⁴⁵⁹ AHN, Inq, Leg. 82, exp. 20. Inquisición de Toledo, Proceso de fe contra Francisco Baez y Lucía de Rojas, Totanés, 1744. Segunda delación del Padre fray Juan del Santissimo Sacramento Trinitario Descalzo, lector de Theología, Toledo, 32 años.

⁴⁶⁰ Sobre autopsias y su función de averiguar la causa de una enfermedad, véase Silvia DE RENZI, "Medical competence, anatomy and the polity in seventeenth century Rome", *Renaissance Studies* 21, 4 (2007): pp. 551-567.

⁴⁶¹ AHN, Inq, Leg. 82, exp. 20. Segunda delación del Padre fray Juan del Santissimo Sacramento Trinitario Descalzo.

de su vida había tenido varias peleas con Catalina de Aguilar, que afectaban tanto a su salud que la última le llevó a la muerte.⁴⁶² Cada vez que Joseph de Peña se distanciaba de ella, le acontecía algún mal. Por esta razón, a pesar de la mala fama que tenía Catalina en el pueblo, él seguía manteniendo una relación de amistad con ella. A las contínuas presiones de Ana Jaravo y de otros vecinos de que se alejase de semejante mujer les contestaba “que no se retirava porque le tenía miedo”.⁴⁶³ Desde el día que decidió romper definitivamente cualquier tipo de contacto con Cathalina, Joseph de Peña cayó enfermo de una larga dolencia, por la que se iba hinchando hasta que murió. Durante aquella enfermedad, el enfermo no paraba de afirmar que eran los hechizos de Cathalina de Aguilar lo que habían causado su estado. Recurrir a la estrategia de denunciarla ante la Inquisición, tal y como lo propuso su mujer era, desde la perspectiva del enfermo, asumir que ningún remedio le podría salvar. Por ello, en vez de atacarla con los medios represivos de la Inquisición, pensaba que una reconciliación con la autora del hechizo podría curarle de su padecimiento. Así, pocos días antes de su muerte, en un último intento de suplicarle que deshiciese el mal, Joseph de Peña envió a un religioso a casa de Catalina para pedirle que fuese a verle. Ese intento se basó en la creencia ampliamente difundida de que la misma persona que causaba el hechizo era la más adecuada para curarlo.⁴⁶⁴ Un favor que esa mujer no le quiso hacer. La conducta de los enfermos que se veían afectados por hechizos oscilaba entre formas que solicitaban la intervención de instituciones legales para verificar la sospecha y otras que, movidos por el miedo, optaban por mantener buenas relaciones con la supuesta hechicera y evitar así situaciones de conflicto.

III.3.1 La impotencia: un asunto público

Uno de las disfunciones que se asociaban frecuentemente con maleficios era la

⁴⁶² ADC, Leg. 546, exp. 6870. Proceso inquisitorial contra Catalina de Aguilar, viuda de Juan Jarabo, Villa de la Peraleja, 1684.

⁴⁶³ ADC, Leg. 546, exp. 6870. Testifical de Ana Jaravo, viuda de Joseph de Peña, 48 años, fol. 18v.

⁴⁶⁴ “se creían que los profesionales de la magia eran los especialistas indicados para curarlas, ya que – bien por su poder personal, bien por el dominio de las técnicas mágicas – sólo ellos poseían la capacidad de contrarrestar los maleficios que las habían causado”. TAUSIET, *Ponzoña en los ojos*, p. 452-455.

impotencia, considerada una enfermedad en la época tanto por los médicos como por los enfermos – “le comunicó la enfermedad que tenía de impotencia” –, la impotencia podía tener diferentes significados. Sinónimos y expresiones comunes que se usaban para referirse a ese mal como “no poder consumir el matrimonio”, “no poder tener contratación con su muger”, “no poder llegar a su muger”, “no poder tener acceso a su muger”, etc. dejaban un margen amplio para un significado exacto. Habitualmente se entendía bajo el término de la impotencia tanto la imposibilidad del hombre para el coito como para engendrar.⁴⁶⁵ También, aunque en menor grado, podía referirse a una irregularidad fisiológica del cuerpo femenino o a una falta de voluntad para el acto sexual por parte de la mujer.⁴⁶⁶ De esa manera, se explica por qué un pequeño porcentaje de los casos de impotencia incluía también a las mujeres.⁴⁶⁷

El conocimiento médico de la época consideraba que las causas para la impotencia masculina podían ser explicadas o bien con la etiología de la teoría humoral del galenismo (“por destemplanza fría que estorva la erección”)⁴⁶⁸ o bien con ser fruto de maleficios. De este modo fue definida, por ejemplo por Juan Fragoso en su *Tratado de las Declaraciones que han de hacer los cirujanos acerca de muchas enfermedades y muchas maneras de muertes que suceden*: “Según Medicos, Iuristas, y Teologos, de dos causas hace el impedimento, o impotencia para tener copula: de causa natural, que se significa por aquesta palabra: *Frigidatio*; y de causa accidental, que se entiende por aquesta palabra: *Malefactio*“.⁴⁶⁹ Mientras que el

⁴⁶⁵ Cf. “Tratado de las declaraciones que han de hacer los cirujanos acerca de muchas enfermedades y muchas maneras de muertes que suceden” en Juan FRAGOSO, *Cirugia universal* (Madrid: Viuda de Alonso Martín, 1627), pp. 412-415.

⁴⁶⁶ Paloma MORAL DE CALATRAVA, “La “mujer cerrada”: La impotencia femenina en la Edad Media y el peritaje médico-legal de las parteras”, *Dynamis* 33, 2 (2013): pp. 461-483.

⁴⁶⁷ Según Erik Ründahl, 80 % de los casos de impotencia eran hombres, 20 % mujeres. La inclusión de mujeres como afectadas de impotencia empieza a desaparecer a partir de la segunda mitad del siglo XVII, con un cambio en el uso lingüístico. Erik O. RÜNDAL, “Über Männlichkeit, Sexualität und Potenz in der Frühen Neuzeit”, en *Praxis der Männergesundheit. Prävention. Schulmedizinische Fakten. Ganzheitlicher Zugang*, ed. Günther H. JACOBI (Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2003), pp. 46-52.

⁴⁶⁸ “Tratado de las declaraciones” en FRAGOSO, *Cirugia universal*, p. 412.

⁴⁶⁹ Ibid. Paloma Moral de Calatrava ofrece una explicación comprensible para el hecho que los textos médicos considerasen el maleficio como origen de la impotencia: „Aunque las causas de la impotencia estuvieran insertas en el sistema galénico, la posible falta de eficacia del tratamiento natural favoreció la aceptación de explicaciones mágicas y permitió la inclusión de remedios [...] en reputados libros de medicina universitaria“. Paloma MORAL DE CALATRAVA, “Frígidos y maleficiados. Las mujeres y los remedios contra la impotencia en la Edad Media”,

poder maléfico podía en teoría provocar impotencia igualmente en hombres como en mujeres, la experiencia mostraba, sin embargo, que la mayoría de las víctimas hechizadas eran los hombres. Una de las razones era el género femenino de las autoras de los hechizos: como existían más hechiceras que hechiceros, sus intenciones diabólicas se dirigían en un mayor grado a los hombres, por lo que el cuerpo masculino era más veces afectado⁴⁷⁰. En palabras del religioso Gaspar Navarro, esa idea se formuló de la siguiente manera: “Pero estos maleficios e impotencias mas frequentemente obra el Demonio [...] en los hombres que en las mugeres; y es porque ordinariamente ay mas hechizeras que hechizeros, y assi, mas quieren dañar a los hombres que a las mujeres”.⁴⁷¹ Los recién casados eran especialmente susceptibles de padecer de impotencia. Se trata de un fenómeno al que aluden no sólo los varios estudios que se han realizado al respecto, sino que también se muestra en casi todos los casos de impotencia que se ha localizado en la documentación inquisitorial. Según se ha podido ver, más que una mayor vulnerabilidad de los hombres, lo que pasaba en ese crítico momento era, presuntamente, una mayor preocupación por consumir el matrimonio. Según el derecho canónico, un matrimonio solamente tenía entera validez legal cuando después del ritual eclesiástico, los cónyuges “sellaban la unión con la consumación sexual”.⁴⁷²

Ahora bien, para curarse los recién casados de la impotencia causada por hechizos, existían varias opciones. Por un lado podían recurrir a los remedios que ofrecía la Iglesia, como la “confesión, oración, ayuno, penitencia e incluso exorcismo”,⁴⁷³ o, también lo que al parecer era más común: acudir a aquellos sanadores populares que eran conocidos como expertos en deshacer hechizos. Esto fue el caso, por ejemplo, de algunos hombres impotentes de

Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia 64, 2 (2012): pp. 353-372., aquí p. 366.

⁴⁷⁰ TAUSIET, *Ponzoña en los ojos*, p. 312.

⁴⁷¹ Gaspar NAVARRO, *Tribunal de superstición ladina* (Huesca: Pedro Blusón, 1632), fol. 58. Citado en TAUSIET, *Ponzoña en los ojos*, p. 312.

⁴⁷² MORAL DE CALATRAVA, "La "mujer cerrada"", p. 462.

⁴⁷³ MORAL DE CALATRAVA, "Frígidos y maleficiados", p. 357.

Valdeolivas que acudían a la curandera María Gaspar,⁴⁷⁴ mientras que para los de Gascueña la persona adecuada para resolver su problema era Rafael de la Cuesta.⁴⁷⁵ Sin embargo, cuando la comunidad no disponía de un curandero propio experto en asuntos de impotencia, los enfermos emprendían viajes, buscando ayuda en las localidades circundantes. Un buen ejemplo de esto, que se tratará en el capítulo siguiente, son los desplazamientos que realizaban para ese fin algunos hombres de Sisante.⁴⁷⁶

Para ilustrar que la impotencia era una enfermedad que se producía y, sobre todo, se solucionaba a través de la comunicación e interacción con los vecinos de la comunidad, se utilizarán varios ejemplos de casos de impotencia, particularmente entre recién casados, en dos localidades castellanas: Gascueña y Villa de la Peraleja.



Fig. 3.3 Fragmento del Mapa de la Provincia y Obispado de Cuenca, Tomás López, 1766.

⁴⁷⁴ ADC, Leg. 411, exp. 5770. Proceso inquisitorial contra María Gaspar, Valedolivas, 1624. Una de las vecinas de Valedolivas reprodujo en su testifical la receta de un remedio que la curandera María Gaspar daba en casos de impotencia. Dicha receta consistía en: „cogiendo rosas y quitando unos gusanillos que se crían dentro y moliendolos y echandolos en vino y dandolos a beber a un hombre, estara sobre una muger toda una noche“. ADC, Leg. 411, exp. 5770. Proceso contra María Gaspar, Valdeolivas, 1624. Testifical de Ana Vizcaino, mujer de Bartholome de Alcozer, 25 años, fol.

⁴⁷⁵ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Proceso contra Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648, fol. 69r-84r.

⁴⁷⁶ ADC, Leg. 388, exp. 5514. Proceso contra Juana García, Sisante, 1615-1619.

En la localidad de Gascueña, ubicada en la provincia de Huete, Mateo Bela, un hombre joven de 20 años padecía „el mal y achaque de estar ligado desde el día que se casó que abra siete meses poco mas o menos, tiempo sin aber podido tener copula con su mujer“. ⁴⁷⁷ Para remediar el problema, Francisco Moreno, un vecino que estaba conversando con él en su casa, le recomendó que llamase a Rafael de la Cuesta, porque a él y su mujer les había curado del mismo mal „destar ligados“. La expresión „estar ligado“ deriva de la creencia de que un hechizo era capaz de producir cualquier tipo de paralización o inmovilidad en el cuerpo. ⁴⁷⁸ Mientras que los síntomas podían ser muy diversos, como la falta de apetito, la dificultad para producir leche o para moverse en general, lo que siempre predomina es la idea de estar impedido para realizar libremente las funciones fisiológicas normales. En el caso de la impotencia, esto se expresa habitualmente con el término de „estar ligado“, siendo la práctica de desligar (desatar nudos, cortar una cinta) una forma común para deshacer simbólicamente ese ligamiento. En la Edad Moderna existía una amplia difusión a nivel europeo de la creencia de estar ligado en relación con la impotencia, lo que demuestran por ejemplo la noción italiana „legato“ o la alemana de „Nestelknüpfeln“. ⁴⁷⁹

Ahora, volviendo al caso, Mateo Bela siguió la recomendación de su amigo y llamó a Rafael de la Cuesta. Como éste no logró curarle con sus oraciones, el enfermo continuó informándose por otras partes. Por ejemplo, estando una noche junto con otros vecinos en casa de Esteban García, donde comentaban „cosas de hechizos“, Mateo Bela compartió con ellos su afección “de estar ligado”, y también lo hizo Juan de Sepúlveda quien a su vez „había estado quatro meses de como se avia casado sin poder consumir el matrimonio“. ⁴⁸⁰ De hecho, de los cuatro hombres y dos mujeres que se habían reunido esa noche, todos habían estado de una u

⁴⁷⁷ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Proceso contra Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648. Testifical de Matheo Bela, marido de Isabel de Viñuelas, 20 años, fol. 69v.

⁴⁷⁸ TAUSIET, *Ponzoña en los ojos*, p. 311.

⁴⁷⁹ El ejemplo italiano procede de RUGGIERO, "The Strange Death", p. 1147. Para Alemania, cf. JÜTTE, *Ärzte, Heiler und Patienten*, p. XXX. RÜNDAL, "Männlichkeit, Sexualität und Potenz", p. 50-51.

⁴⁸⁰ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical de Francisco de Rincón, labrador, 22 años, fol. 80r.

otra forma afectados por el mismo mal.⁴⁸¹ Unos habían oído que la culpa de estos casos de impotencia en la villa la tenía una viuda, llamada Catalina de Ocaña. Reforzando esta sospecha, Juan de Sepulveda relató como él se había curado simplemente por mantener una conversación con ella, en la que le predijo que a partir de “[h]oy mas te ira mejor”.⁴⁸² Llegando a casa, “tubo copula consumada con su mujer, lo que hasta entonces no abia podido tener en los cuatro meses de como se casó”.⁴⁸³ Otras personas del grupo decían que habían oído como algunos vecinos habían empezado a tomar medidas preventivas contra las malas intenciones de Catalina Ocaña. Así, para protegerse contra la impotencia, “la contentaban, inbiandole algún plato o regalo de la voda”.⁴⁸⁴

Gracias a una comunicación abierta sobre el problema de impotencia, los vecinos sabían mediante las experiencias de los demás, no sólo quién tenía capacidades para curar, sino que también en el caso de maleficio, quién era la supuesta hechicera y cuales eran las prácticas eficaces tanto para solucionar como para prevenir el mal. Al intercambiar sus experiencias personales se creó un conocimiento colectivo que les ayudó y orientó para restituir la potencia. Por lo general, como indican este y otros casos,⁴⁸⁵ uno de los remedios más eficaces para curarse de impotencia, era detectar a la responsable del hechizo e intentar arreglar la relación conflictiva que había podido originar su venganza o mala intención. Debido a que se compartía entre la población la idea de que quien sabía dañar también sabía curar, averiguar quién era la causante del maleficio era considerado por lo tanto como un importante paso en el proceso de la curación.

⁴⁸¹ Aparte de Matheo Bela, Juan de Sepúlveda y el dueño de la casa Esteban García y su mujer, estaban también Francisco del Rincón y su mujer Ana Rojo quienes tuvieron problemas sexuales durante cinco días después de la boda. En el caso de Esteban García eran quince días después de casarse que no podía mantener ninguna relación sexual con su mujer. ADC, Leg. 472, exp. 6453. Proceso contra Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648, fol. 69r-84r.

⁴⁸² ADC, Leg. 472, exp. 6453. Proceso inquisitorial contra Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648. Testifical de Ana Rojo, mujer de Francisco de Rincón, 22 años, fol. 83r.

⁴⁸³ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical de Juan de Sepulveda, labrador y herrero, 25 años, fol. 81r.

⁴⁸⁴ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical de Francisco del Rincón, labrador, 22 años, fol. 80v.

⁴⁸⁵ En el caso de un hombre impotente que acudió al curandero Juan de Linares, tras un primer intento fracasado de deshacer el hechizo con remedios propios del curandero (oraciones y sahumaciones), el sanador recomendó detectar la hechicera y tratar de convencerle de que quitase la maldición. Resultó ser este el remedio eficaz para el problema de impotencia que había sufrido la pareja. ADC, Leg. 388, exp. 5514. Proceso inquisitorial contra Juana García, Sisante, 1619. Testifical de Juan de Meneses, fol. 15r-16r.

En la vecina localidad de Peraleja, unos 40 años después, sin embargo, no hacía falta averiguar quién era la culpable para los muchos casos de impotencia que había en el lugar. Desde hacía varios años circulaba la noticia que Catalina de Aguilar era quién dañaba con sus hechizos a los recién casados y, como tal, tenía atemorizado a todo el pueblo. El proceso inquisitorial de 1684 incluye a 28 testigos que confirman el miedo y temor que sentían ante dicha mujer, entre ellos siete hombres jóvenes que por culpa de Catalina no pudieron mantener relaciones sexuales después de casarse.⁴⁸⁶ El marco temporal durante el cual tuvieron impotencia varió en los diferentes casos, ya que podía durar desde algunos pocos días, hasta varios meses o hasta incluso dos años después de la boda. Las testificales de estos hombres, así como de sus parientes y amigos, son las que permiten reconstruir cómo y con quién compartían el mal y cuales eran las estrategias aplicadas para solucionarlo. Al igual que en Gascueña, los vecinos de Peraleja estaban muy bien informados sobre quién padecía en cada momento la enfermedad de impotencia. Este tipo de información circulaba sobre todo entre los hombres jóvenes de 20 y 30 años de edad. La conciencia de que a cualquiera de ellos podría afectar ese mal, suscitaba un mayor interés por el tema y, consecuentemente un intercambio activo de las experiencias individuales entre las potenciales víctimas. Otro ámbito de gran importancia en el que se exponían los asuntos de impotencia era la familia. Llama la atención que en cuatro casos – Gervás Vicente, Alonso González, Pedro Parrilla y Asensio Parrilla - fuera el novio que se dirigiera a su suegro para informale sobre los problemas que había en el lecho conyugal. Este conocimiento daba a los padres o suegros de los recién casados la opción de actuar. Así, en el caso de Asensio Parrilla, fue la madre de la novia quien al día siguiente se fue a casa de la supuesta hechicera para regalarle “una pierna de cabrito asada con una torta grande y un poco de colación”.⁴⁸⁷ Además, para compensar el hecho que no hubiese asistido a la boda, le invitaron a un baile que se celebró en casa de los padres de la novia. Otro suegro que se implicó

⁴⁸⁶ ADC, Leg. 546, exp. 6870. Proceso inquisitorial contra Catalina de Aguilar, viuda de Juan Jarabo, Villa de la Peraleja, 1684.

⁴⁸⁷ ADC, Leg. 546, exp. 6870. Testifical de Ana de Molina Martínez, 59 años, fol. 37r.

activamente fue Miguel Jarabo. Para terminar de una vez con los maleficios que afectaban seriamente al matrimonio de su hija, Miguel Jarabo se enfrentó a Catalina de Aguilar en plena calle acusándola de los daños que provocaba en el lugar. Así, junto a la iglesia le acusó de que “era una picara hechicera [...] porque le havia quitado el trasto natural de su yerno y que no podía cohabitar con su muger”.⁴⁸⁸ Entre los muchos vecinos que presenciaron ese encuentro estuvo Gervás Vicente, un hombre joven del lugar, que intervino en la pelea apoyando la acusación a la presunta hechicera al decir: “Pues a mi me lo quitó tambien, porque la primera noche no pude consumar el matrimonio y luego le di un poco de colación y la noche siguiente pude consumarlo”.⁴⁸⁹ A partir de estos hechos, la noticia sobre los casos de hombres impotentes en la villa se difundió aún más. El hecho que la calle fuera un lugar en el que se debatían asuntos de impotencia se muestra también en otro proceso inquisitorial del año 1699 que incluye un caso de hechizo ocurrido en Olmeda de la Cuesta, una localidad de la misma zona. El día 22 de enero de 1697, se casó Isabel de Hortega, una mujer de 18 años con Juan Regacho. Según la declaración de la novia, durante la noche de boda y las otras dos noches siguientes, “se hallo su marido sin potencia alguna a tiempo de la ejecución de consumar el matrimonio”.⁴⁹⁰ Cuando al día siguiente de la boda salió de su casa, se encontró con un grupo de personas en la calle que estaban comentando el aspecto triste que tenía la recién casada. En palabras de Isabel de Hortega, la conversación fue de la manera siguiente:

“Dijo la dicha Ana Agudo: ‘Vien sé yo que Juan Regacho, tu marido, no a echo nada esta noche.’ A que el dicho Juan Saiz [otro vecino] le replicó: ‘Anda diablo, ¿qué sabes tu?’ Y la dicha Ana Agudo dijo: ‘Yo bien lo sé, y si no dígallo ella’. De donde infirió esta testigo o presumio que esta mujer diciendo como decía la verdad, seria causa de la desgracia que con su marido le pasaba de no poder consumar el matrimonio”.⁴⁹¹

A partir de semejante conversación en la calle – que fue reproducida de manera muy

⁴⁸⁸ ADC, Leg. 546, exp. 6870. Testifical de Alonso de Molina, 52 años, fol. 16r.

⁴⁸⁹ ADC, Leg. 546, exp. 6870. Testifical de Gervas Vicente, 23 años, fol. 40v.

⁴⁹⁰ ADC, Leg. 560, exp. 6968. Proceso inquisitorial contra Ana Agudo, Olmeda de la Cuesta, 1699. Testifical de Isabel de Hortega, mujer de Juan Regacho, 18 años, fol. 2,1.

⁴⁹¹ Ibid.

similar en las testificales de los vecinos que la presenciaron – el problema de impotencia de la pareja se convirtió en un asunto de la opinión pública de Olmeda de la Cuesta y se juzgaba, además, que la culpa de ello la tenía Ana Agudo. En aquel encuentro en la calle estaba también presente María Redondo, una cuñada de la novia. A través de ella, la noticia pasó a la familia, provocando una implicación activa de los hermanos de la pareja. Al participar en el proceso de curación, las hermanas del novio, así como el hermano de la novia se encargaron de hacer visitas y de dar consejos terapéuticos.⁴⁹² Así, hay que destacar que la enfermedad de impotencia era un asunto que se comunicaba a la familia y que se trataba de solucionar con la participación de la misma. No consumir el matrimonio era un problema que no solamente concernía a la procreación, sino que también implicaba consecuencias legales para la validez del matrimonio. Esta dimensión social de la impotencia es lo que hay que tener cuenta para entender la declaración abierta del problema a la familia y la implicación activa de la misma en un asunto que hoy en día se clasificaría como altamente íntimo.

El remedio que en el caso de la pareja de Olmeda de la Cuesta finalmente curó el problema de impotencia, fue de nuevo un gesto social que reestableció la relación con la presunta hechicera. Cuando Ana Agudo se quejó ante la novia de que los cónyuges no le habían invitado ni regalado nada de la boda, – de ahí su enfado – Isabel de Hortega lo reparó agasajándole con “una tajada de tocino y se la dio juntamente con unos cañamones, nueces y ofuelas que abian sobrado de la boda”.⁴⁹³ El resultado fue que la noche siguiente “se acostó esta declarante con el dicho su marido y consumaron el matrimonio”. En las tres localidades (Gascueña, Peraleja y Olmeda de la Cuesta) era común asociar el hecho de no haber invitado a una presunta hechicera a la boda con los posteriores problemas de impotencia. No sorprende, pues, que para prevenir o remediar el mal fuera habitual en estos tres lugares la costumbre de

⁴⁹² Juan de Hortega, hermano de Isabel de Hortega, “fue a casa de dicha su hermana y le dijo: Tuesta unos pocos cañamones”. ADC, Leg. 560, exp. 6968. Testifical de Juan de Hortega de Philippe, 26 años, fol. 4,2-4,3.

⁴⁹³ ADC, Leg. 560, exp. 6968. Testifical de Isabel de Hortega, mujer de Juan Regacho, 18 años, fol. 2,2.

que “todos los que se cassan la combidan o le imbian algun regalo de la voda por que le tienen miedo”.⁴⁹⁴ Más allá de esta práctica concreta, lo que también podía resolver una relación conflictiva con la supuesta autora, y con ello solucionar el problema, era un simple acto social, como ir a cenar a su casa, tratar con ella frecuentemente, saludarla, ofrecerle un trago de vino, etc. Parece que la causa y el remedio de la impotencia estaban estrechamente vinculados con formas de exclusión, por un lado, y formas de inclusión, por otro. Sin embargo, la rabia y el rencor que algunos hombres sentían ante tales maleficios no siempre les dejaba recurrir a semejantes estrategias pacíficas de inclusión, por lo que no era raro que buscasen la confrontación directa. Tal y como se ha visto arriba en el caso del suegro que denunció a la “hechicera” públicamente, los procesos dejan constancia también de hombres que atacaban a las mujeres “culpables” de su mal, amenazándolas de matarlas si no deshacían el hechizo. Según el discurso de aquellos hombres que recurrían a la violencia, esa medida también fue eficaz para curarse de la impotencia.⁴⁹⁵

En los diversos casos sobre impotencia que se acaba de presentar destaca la forma abierta con la que se trataba dicha enfermedad en las diferentes comunidades. Para contextualizar esa observación, habría que diferenciar en primer lugar entre las nociones actuales de intimidad y privacidad y de sus significados en el pasado. En segundo lugar, la impotencia no era un defecto físico que solo concernía a la pareja, sino que tenía implicaciones sociales que podían afectar a toda la familia. No poder consumir el matrimonio, especialmente en los días después de casarse, ponía en peligro los elementos básicos de una familia, desde la procreación, la sucesión hereditaria hasta la validez legal del matrimonio. Ante esa situación,

⁴⁹⁴ ADC, Leg. 546, exp. 6870. Proceso inquisitorial contra Catalina de Aguilar, Villa de la Peraleja, 1684. Testifical de Ana de Molina Martínez, 59 años, fol. 37r.

⁴⁹⁵ Francisco Sánchez, molinero de Requena, sospechaba que Ana Martínez le había hechizado para que no pudiese “tener copula con su muger”. Así, “un día le sacó al campo, y le dixo su pensamiento, y que sino le quitava el hechiço la avia de matar [...] y después echo de ver que hera hechiço porque [...] no tubo mas inpedimiento.” ADC, Leg. 423, exp. 5931. Proceso inquisitorial contra Menora Gitana, Requena, 1627. Testifical de Francisco Sánchez Garrido, molinero, 40 años, fol. 16r. Otro hombre que atacó a la hechicera era Joseph de Peña de Gascueña, quien “la amenazó que la havia de matar sino le dejaba usar de matrimonio”. ADC, Leg. 546, exp. 6870. Proceso inquisitorial contra Catalina de Aguilar, Villa de la Peraleja, 1684. Testifical de Ana Jarava, viuda de Joseph de Peña, fol. 18r.

se vuelve comprensible la preocupación e implicación activa que han mostrado los padres y los hermanos en el proceso de curación.

En tercer lugar, la impotencia como enfermedad causada por hechicería, se remediaba mejor con interacciones sociales. Conocer esas prácticas específicas que los demás utilizaban era una orientación primordial para la lucha del enfermo contra el mal. Un primer e imprescindible paso para llegar a esa información era comunicar a los demás vecinos el problema de impotencia. El intercambio de experiencias ayudó a los vecinos a crear un conocimiento colectivo a partir del cual era posible obtener una forma eficaz de prevención de la impotencia. Así, en tres localidades de la provincia de Huete se practicaba en el siglo XVII la misma costumbre para prevenir y remediar la impotencia, enfermedad que afectaba mayoritariamente a los recién casados: invitar a la supuesta hechicera a la boda o regalarle algún plato de la comida matrimonial.

III.4 Conclusión

Las prácticas asistenciales podían llevarse a cabo en diversos espacios dentro de una localidad, siendo algunos de ellos instalaciones permanentes para tal uso, como las barberías, los hospitales y las boticas, mientras que otros se convertían temporalmente en lugares de curación, como los mesones, las casas privadas de otros enfermos, así como calles, plazas y diversos lugares públicos. Un elemento clave para promover las prácticas terapéuticas en todos estos espacios era la comunicación dentro de la colectividad vecinal. Algunas enfermedades, en particular aquellas a las que se atribuía un origen sobrenatural, como la impotencia, tenían su causa en relaciones conflictivas con otras personas de la comunidad. La curación de esas enfermedades hechizadas consistía por lo general en reestablecer dichas relaciones, en su mayoría mediante interacciones sociales que trataban de incluir a la supuesta autora en las actividades comunitarias.

Capítulo IV: Movilidad

A pesar de las múltiples opciones que ofrecía la comunidad para curarse, había enfermos que no les satisfacía la oferta que tenían en su entorno directo. Por ello, en este capítulo se tratará de cuando el itinerario terapéutico traspasaba los límites de la localidad y continuaba con el desplazamiento a otros lugares. Pasar de un espacio a otro, implica naturalmente una noción de movimiento. En la búsqueda de la salud, trasladarse y viajar a lugares, tanto cercanos como lejanos, es un elemento básico que cobra la misma importancia que lo doméstico y la comunidad de vecinos. Sin embargo, apenas se ha prestado la debida atención a este aspecto.

Los enfermos se movían por los más diversos espacios para curarse. Mientras que la circulación entre las diferentes culturas médicas está presente en todos los capítulos de esta tesis, éste se centrará específicamente en la movilidad, en su estricto sentido geográfico. Cuando el tratamiento médico no podía tener lugar en casa del enfermo o en otro sitio próximo, sino en un sitio alejado, donde vivía un curandero o había un lugar que por cualquier motivo ofrecía alguna oportunidad para curarse, el enfermo tenía que estar dispuesto a viajar. Con el objeto de analizar esta disposición de los enfermos a viajar, y para subrayar el desplazamiento espacial como un elemento fundamental - y aparentemente habitual - en la búsqueda de la salud, en este capítulo se tratarán los siguientes aspectos: los motivos por los cuales la gente se movía de un sitio a otro, en qué medida estaban dispuestos a desplazarse, qué estrategias fueron empleadas para hacer posibles aquellos viajes a lugares fuera de su comunidad, los aspectos prácticos del viaje y las distancias recorridas. A partir de todos estos aspectos se tratará de responder a la cuestión general ¿qué era lo que hacía moverse a los enfermos y superar considerables distancias para curarse? Es decir, determinar qué razones había detrás de estos viajes y, a la vez, tener en cuenta el contexto de la asistencia médica local. Ambos factores son imprescindibles para conocer adecuadamente la complejidad de las decisiones tomadas y ayudan a no limitar la

explicación de estos desplazamientos a una simple falta de asistencia médica reglada.

IV.1 Los enfermos y sus motivos para viajar

Básicamente, las causas específicas de los enfermos para viajar a otros sitios más lejanos se pueden agrupar en las siguientes tres categorías:

1. Insatisfacción con los remedios disponibles en el lugar de origen
2. La figura de un sanador en particular.
3. Acudir a un lugar que, por sus características pudiera ser beneficioso para la curación del enfermo

Sin embargo, no se trata de categorías cerradas y puras, sino que a veces confluyen varias de ellas en un solo caso o los motivos por los que se viajaba participan de diferentes elementos de cada una de estas categorías.

IV.1.1 Insatisfacción con los remedios en el lugar de origen

Lo que hizo salir del entorno conocido y habitual a los enfermos para encontrar algún remedio en otro lugar, fue a menudo el fracaso de los tratamientos que les aplicaron los diferentes tipos de sanadores de su lugar de origen. La insatisfacción que se produjo del fracaso terapéutico, o simplemente de la falta de mejoría, estaba producida tanto por haber sido asistido por un médico o un cirujano, como por curanderos no-reglados. Es importante señalar que la elección por parte del enfermo, ante el fracaso terapéutico de un sistema médico, no se basaba simplemente en un cambio desde la medicina oficial hacia el recurso a prácticas no regladas, sino que respondía a complejas razones culturales. Por ello, dependía en primer lugar de como se entendía la causa de la enfermedad y, en segundo de las preferencias individuales sobre cómo afrontar la recuperación de su salud, a partir de una actitud más o menos activa.

A través de varios casos concretos, se pueden distinguir cuáles eran las diferentes circunstancias que provocaban insatisfacción en los enfermos por el tratamiento recibido de los profesionales de su lugar de origen.

En La Almarcha, una localidad relativamente pequeña de unos 280 vecinos,⁴⁹⁶ en 1742 vivía una madre de 40 años que estaba preocupada por la salud de su hija.⁴⁹⁷ La pequeña niña de nueve meses padecía de “calenturas continuas y unas correnzias”.⁴⁹⁸ El primer paso de la madre, María Guijarro, fue consultar al cirujano de su localidad. Éste le dio una explicación de causa natural, al considerar que los achaques de su hija eran a causa de que le estaba saliendo los dientes. Por ello, el cirujano no le quiso dar ningún medicamento que remediase las dolencias “por la corta edad de nueve meses que entonces tenía”. Aparentemente, la madre no se quedó satisfecha con aquella explicación y, todavía menos estar condenada a no hacer nada más por curar a su hija, y tener que asumir un comportamiento pasivo, el de esperar. Y aquella inactividad se debió hacer aún menos soportable cuando al mismo tiempo algunas vecinas le comentaron que la causa del malestar de la niña se hallaba probablemente en que alguien le había echado un mal de ojo. María, decidió ir entonces a la Villa de Hontecillas con su hija, acompañada por su marido Gregorio de Salas Menor. Ella sabía desde que era niña que La Obispa curaba y santiguaba del mal de ojo. Salieron de La Almarcha el 23 de agosto de 1742, la víspera del día de San Bartolomé (24 de agosto), y llegaron a Hontecillas, que está a 20 kilómetros hacia el este, “a la hora que tocaba la Misa Mayor”. Por los datos temporales referidos, es probable que hubieran salido por la tarde y parado a mitad de camino, para así llegar a Hontecillas a la mañana siguiente. Aunque la familia se quedó hasta el día siguiente en casa de La Obispa, el santiguamiento de la curandera no tuvo el efecto deseado: La niña murió de su enfermedad. A pesar de ese fracaso terapéutico, lo que demuestra este caso es algo esencial para los objetivos de este estudio: una madre que vive en una localidad que dispone de un cirujano y también probablemente de un médico, que además tiene los recursos para consultar al cirujano y recibe de él una explicación médica para la enfermedad de su hija, opta,

⁴⁹⁶ Catastro de Ensenada, La Almarcha, 1752. AGS (Archivo General de Simancas, Dirección General de Rentas (1ª Remesa), CE (Catastro de Ensenada), RG (Respuestas Generales), L. 83, fol. 239v.

⁴⁹⁷ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Proceso inquisitorial contra La Obispa, Hontecillas, 1742, fol. 26r-27v.

⁴⁹⁸ Relaciones de vecindario dadas por los obispos de la Corona de Castilla, 1587, cf. GONZÁLEZ, *Censo de Población*.

no obstante, por desplazarse a un lugar que está a 20 kilómetros de distancia. Detrás de aquella decisión había una combinación de varios elementos, entre los cuales el principal era, sin duda, que la explicación de la causa de enfermedad del cirujano dejaba a la madre sin capacidad de tomar ninguna otra medida. Al contrario, la otra explicación, la del mal de ojo que le dieron sus vecinas, sí que le permitió actuar: al tomar la iniciativa de viajar por la noche a un lugar lejano, ella y su marido se involucraron activamente en el proceso de curación de su hija. Es esa la ventaja, a la que hemos aludido antes, que tiene la etiología de lo sobrenatural por ofrecer un mayor margen de explicación y actuación para los implicados.⁴⁹⁹

Hay varios casos de enfermos que eran atendidos por médicos y cirujanos, pero que no se curaban. Así lo refiere Úrsula Díaz, vecina de La Almarcha, recordando como catorce años atrás enfermó, y que “abiendola curado el Medico y Zirujano desta Villa, y no teniendo mejoras”.⁵⁰⁰ Aquella experiencia insatisfactoria con los profesionales de la medicina académica hizo que empezara a recurrir para sanar sus enfermedades a La Obispa, una curandera que vivía, como ya lo hemos dicho antes, en un lugar a 20 kilómetros de su pueblo. La relación de Úrsula Díaz con La Obispa tiene otros aspectos interesantes, por lo que volveremos a tratar sobre ella más adelante.

Otro ejemplo es el de Manuel Castellano, un hombre de 24 años y vecino de la villa de Castillo-Albaráñez, de la provincia de Cuenca.⁵⁰¹ El hombre estaba enfermo desde hacía tiempo y, pese a tomar gran cantidad de remedios recetados por médicos y cirujanos, su estado se agravó considerablemente en junio de 1745. Fue entonces cuando “con el deseo de su salud” decidió viajar a Torrecilla, otro pequeño lugar de tamaño parecido a Castillo-Albaráñez que se

⁴⁹⁹ SAWYER, "Witchcraft and Healing".

⁵⁰⁰ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Proceso inquisitorial contra La Obispa, Hontecillas, 1742, fol. 17r.

⁵⁰¹ ADC, Leg. 601, exp. 7251. Proceso inquisitorial contra María Gumiel, Torrecilla, 1746, sin fol.

encuentra a 21 kilómetros hacia el este,⁵⁰² cruzando la vía romana de Sigüenza a Cuenca,⁵⁰³ porque sabía que en este pueblola santiguadora María Gumiel era conocida por curar a muchas personas. Después de ser tratado por ella, su estado de salud empeoró, por lo que finalmente no siguió con el tratamiento que le había ordenado.

Cambiamos a otra esfera de la cultura médica: Don Alonso de Vargas Sotomayor y Guzmán, Marqués de Castellón, sufrió en el año 1718 graves obstrucciones y no pudo ser aliviado con el tratamiento que le prestaban los médicos de Sevilla.⁵⁰⁴ Por ello, escribió al médico real Juan Muñoz y Peralta, que por entonces estaba en la Corte, quejándose de que “estos señores doctores, cada día ynoran mas mi mal, pues no consiguen ponerme bueno”. Al final de la carta, el Marqués se ofrece a que “si fuere menester pasaré a la Corte, pues ya cansa tanto bebedizo sin efecto ni utilidad al mal”. Este paciente noble, aunque sólo hipotéticamente, se muestra dispuesto a desplazarse de Sevilla a Madrid para encontrar allí la deseada curación.

En síntesis, los casos que hemos visto son ejemplos de dos ámbitos de la medicina muy diferentes (académica – popular), con una clientela diferente que procede de distintos entornos sociales (nobleza – grupos sociales más humildes) y geográficos (Ciudad grande– localidad rural), sin embargo, las razones por las que viajan son parecidas: insatisfacción con los profesionales del lugar, conocer a otra persona con fama por sus curaciones, y estar dispuestos a viajar y desplazarse.

Aparte de esas “inculpaciones explícitas” dirigidas al personal de la medicina oficial, nos hemos encontrado con una serie de narraciones que empleaban términos más generales. Se

⁵⁰² Según el Censo de Campoflorido de 1712, Torrecilla tenía 11 vecinos y Castillo-Albaráñez 6 vecinos, cf. INE, *Censo de Campoflorido*. Las cifras cambian considerablemente en el Catastro de Ensanada, donde solo se recoge información sobre Torrecilla, que contaba entonces con 77 vecinos, cf. AGS, Catastro de Ensenada, RG, L. 94, fol. 95v.

⁵⁰³ Los datos sobre los caminos se han recogido del mapa Juan VILLUGA, *Reportorio de todos los caminos de España: hasta agora nunca visto en el qual allará qualquier viaje que quieran andar muy puechoso para todos los caminantes* (Medina del Campo: Pedro de Castro, 1546). La misma mapa se encuentra diseñada por Menéndez Pidal en el anexo de su libro Gonzalo MENÉNDEZ PIDAL, *Los caminos en la Historia de España* (Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica, 1951).

⁵⁰⁴ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta del Marqués de Castellón a Juan Muñoz y Peralta. Sevilla, 12 de Abril de 1718.

trata de declaraciones que no especifican demasiado la forma de curar, ni por quién ha sido realizada, sino que solo indican que lo que se ha ido probando no ha funcionado. De modo que, expresiones poco precisas como “no allandole remedio alguno” (María de Fuentemilla)⁵⁰⁵ o “aunque se le aplicaron varios remedios, no se alibio” (don Nicolás de Quiñónes)⁵⁰⁶ pueden hacer referencia tanto a remedios domésticos como a otros de carácter mágico-creencial.

También es curioso que ambas citas procedan de personas que vivían en villas de tamaño mediano. La primera es de María de Fuentemilla, vecina de Almazán, que en 1699 declaró sobre cómo llegó a contactar con un curandero de Mamblona. Su explicación fue muy simple: para la enfermedad de un hijo suyo enfermo, no encontró en el lugar la ayuda que necesitaba. Sin embargo, la villa de Almazán, una localidad de 500 vecinos,⁵⁰⁷ contaba unos 50 años más tarde con dos hospitales, dos médicos, tres boticarios, dos barberos-sangradores y un cirujano. Por supuesto, la red sanitaria de Almazán medio siglo atrás no tenía porqué ser la misma, pero estas cifras padecen indicar que “no se hallaba remedio alguno” no fue por falta de recursos asistenciales en la localidad. Algo parecido ocurrió en el caso de la segunda cita. Son las palabras de la mujer del enfermo Bernardo Castillo, que fueron reproducidas por otro testigo. Ambos eran vecinos de Molina de Aragón en 1726. “La muy noble y real Villa de Molina” tenía a mediados del siglo XVIII 770 vecinos, un número de habitantes que no varió mucho a lo largo del periodo estudiado.⁵⁰⁸ Esta villa, de cierta importancia, tenía dos hospitales y contratados a dos médicos, tres boticarios y seis cirujanos y sangradores.⁵⁰⁹ Otra vez, la necesidad de desplazarse al lugar de Baños de Tajo, a 25 kilómetros para ser atendida por una curandera no se explica por la falta de profesionales de la medicina regular, sino que se debió

⁵⁰⁵ María de Fuentemilla, vecina de Almazán contactó con Francisco Gonzalo, curandero en Mamblona. Distancia entre ambos lugares: 17 km. ADC, Leg. 560, exp. 6970. Proceso inquisitorial contra Francisco Gonzalo, Mamblona, 1699, sin fol.

⁵⁰⁶ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Proceso inquisitorial contra Mari Caxa, Los Baños, 1726. Aquí don Nicolás de Quiñones reproduce las palabras que escuchó de la mujer del enfermo Bernardo Castillo, vecinos de Molina de Aragón. Bernardo terminó yendo con su suegro a Baños de Tajo para que le santiguase Mari Caxa. Distancia entre las localidades: 24-25 km.

⁵⁰⁷ El número de habitantes de Almazán es bastante constante a lo largo de la época moderna:

⁵⁰⁸ AGS, Catastro de Ensenada, RG, L. 98.

⁵⁰⁹ Ibid.

más quedar descontentos con el resultado de los remedios probados.

Esta insatisfacción con los prácticos y los remedios de la medicina académica, y que dio motivo para viajar a lugares más lejanos, ocurrió también de forma similar después de curaciones mágico-creenciales. Por ejemplo, Pedro de Andújar, un labrador de Sisante, consultó en 1615 a un curandero llamado Juan de Linares para remediar el problema de impotencia que estaba sufriendo desde hacía dos meses. Juan de Linares, molinero, vivía en uno de los molinos que estaban en la ribera del río Júcar, en concreto en el “molino que llaman del consejo de la villa de San Clemente”.⁵¹⁰ Así, ir a verle suponía un trayecto hacia las afueras de la villa de unos 12 kilómetros. Acudió a varias sesiones, a las cuales asistió también su mujer María López, sin conseguir ningún resultado. Por ello Pedro de Andujar decidió viajar a la villa de Alarcón, a 21 kilómetros de Sisante, dónde vivía Francisca Juvera, otra especialista en temas de impotencia causada por hechizos. Este trayecto lo realizó cuatro veces, ya que para deshacer el hechizo, y finalmente curarle de la impotencia, la curandera requirió la presencia de su mujer. Así, Pedro de Andujar volvió a Sisante, salió de nuevo con su mujer para Alarcón, y después del tratamiento – ensalmos y una bebida con la que se purgaron los dos – volvieron juntos a casa. Sumando los cuatro trayectos, Pedro de Andújar tuvo que andar 80 km. Pasados los nueve días, “estaban buenos y sanos, sin sentir impotencia alguna”.⁵¹¹

En resumen, cuando los tratamientos recibidos en el lugar de origen no tenían el resultado esperado, los pacientes estaban dispuestos a salir de su entorno directo, a realizar largos desplazamientos, para obtener otra forma de asistencia médica. Según hemos podido constatar en las fuentes, este comportamiento se producía tanto cuando inicialmente habían sido atendidos por un médico o cirujano, como cuando su primera opción había consistido en un representante de la medicina extraacadémica. De igual modo, la alternativa elegida en los otros lugares no fue necesariamente la opuesta, sino que, a menudo, estaba en la misma esfera de la

⁵¹⁰ ADC, Leg. 388, exp. 5514. Proceso contra Juana García, Sisante, 1619. Testifical de María Saiz.

⁵¹¹ ADC, Leg. 388, exp. 5514. Testifical de Pedro de Andujar, labrador, 28 años.

cultura médica con la que habían iniciado el proceso de curación.

Si no encontrar el remedio eficaz para curarse es algo muy frustrante, peor aún es no hallar siquiera la causa de la enfermedad. En el sistema galénico se le dio tanta importancia a la causa de la enfermedad porque sólo a partir de su conocimiento era posible determinar el tratamiento necesario. En un artículo reciente, Hannah Newton resumió ese principio básico de la forma siguiente: “Put simply, disease was removed by the removal of its cause”,⁵¹² basándose en las palabras del decano de la facultad de medicina de Reims, Nicholas Abraham de la Framboisière (1560-1636): “while the [cause] is present, the Disease remains; but when it is remov’d, the Disease ceases.”⁵¹³ De allí concluye Hannah Newton: “Thus, it is first necessary to establish the cause of disease as perceived by early modern physicians.”⁵¹⁴ Al mismo tiempo, el gran reto de la medicina se halla justamente en el diagnóstico de la causa de la enfermedad. A la dificultad de esa tarea aludió un médico cuando escribió en nombre del paciente fray Miguel a Juan Muñoz y Peralta: “aunque lo más dificultoso que en nuestra Arthe médica tenemos es el hazer juicio recto de la enfermedad, su causa, origen, ocasión de caer en ella y parte primo affectu.”⁵¹⁵ Más allá de textos y pareceres médicos-académicos, hemos de tener presente que esta misma idea es compartida por los enfermos y sus familiares. Es más, como veremos a continuación, la preocupación por hallar la causa de una enfermedad, sea por causas naturales como sobrenaturales, está siempre presente antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento, ya que será lo que determinará la opción elegida.

Un buen ejemplo es la experiencia de Francisco Palacios con un cirujano que no pudo dar ninguna explicación a su enfermedad. En 1741, Francisco Palacios, un hombre joven de

⁵¹² Hannah NEWTON, “Nature Concocts & Expels’: The Agents and Processes of Recovery from Disease in Early Modern England”, *Social History of Medicine* 28, 3 (2015): pp. 465-486., aquí pp. 474-475.

⁵¹³ Framboisière, *The Art of Physick*, p. 103. Citado en *ibid.* NEWTON, “Nature Concocts & Expels’”, p. 474.

⁵¹⁴ *Ibid.*, pp. 474-475.

⁵¹⁵ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Es difícil determinar la procedencia de este informe médico, ya que el autor es anónimo, no hay fecha ni lugar, y los datos sobre el paciente se limitan a su nombre “fray Miguel” y a ser un enfermo hipocondríaco.

Valera de Abajo, cayó enfermo con muchos dolores y males que le impedían poder trabajar. Concretamente, su dolencia “fue repentina, sin frío ni calentura, de tantos dolores como si tuviera desencaxados los guesos”.⁵¹⁶ Su lugar de origen, Valera de Abajo, una localidad de 290 vecinos, contaba, por lo menos en 1752, con un médico y un cirujano, ambos contratados por el municipio pero no residentes,⁵¹⁷ con dos boticarios que mantenían boticas en la villa, y además con un hospital.⁵¹⁸ Para remediar sus dolencias, Francisco disponía entonces de asistencia médica en su entorno directo, y así consultó al cirujano. Pero éste no fue capaz de encontrar la causa natural de sus achaques. Como hemos dicho en el galenismo, sin la causa es difícil determinar el tratamiento adecuado. Por lo tanto, tenía que haber otra explicación, una explicación que entonces se nutría de otra realidad, la de lo sobrenatural. A la incapacidad del cirujano por no dar ninguna explicación, se unió además otra preocupante observación realizada por su entorno, el que Francisco tuviera una sospechosa falta de dos síntomas propios de su enfermedad: fiebre y frío. Ambos fueron elementos significativos que llevaron a la madre de Francisco y a otros vecinos que venían a verle, a pensar que la causa de su enfermedad era sobrenatural y solo podía ser mal de ojo.⁵¹⁹

Los signos habituales que podían indicar una causa sobrenatural de la enfermedad (como el mal de ojo o un maleficio) eran, sobre todo, la ausencia de frío y/o fiebre, el hecho que la enfermedad tuviese una duración anormalmente larga, o que el enfermo estuviese “sin poder comer, beber, ni dormir”.⁵²⁰ Es decir, que el enfermo no mostraba los síntomas y el

⁵¹⁶ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Proceso inquisitorial contra La Obispa, Hontecillas, 1742, fol. 29r.

⁵¹⁷ La figura de un profesional de la medicina que cubría la falta de asistencia en diferentes localidades era habitual en la época. Las localidades particulares, muchas veces de tamaño pequeño, se encargaron de contratar y pagar a médicos y o cirujanos que con cierta regularidad acudían al lugar. Véase Mikel ASTRAIN GALLART, "La práctica médica en el medio rural castellano. El Memorial de Vicente Crespo (1785)", *Dynamis* 22 (2002): pp. 461-472. Valera de Abajo, por ejemplo, pagó en 1752 por el servicio del médico 1100 Reales, y por el del cirujano 1850 Reales, cf. AGS, Catastro de Ensenada, RG, L. 78, fol. 1146v.

⁵¹⁸ AGS, Catastro de Ensenada, RG, L. 78, fol. 1146v.

⁵¹⁹ Hay varios otros casos en los cuales daban explicaciones similares para una causa sobrenatural. Por ejemplo en Requena sospechó la mujer de su marido enfermo que la causa de su enfermedad se debía a un maleficio: „es verdad que tiene y a tenido sospecha que el dicho su marido estava hechiçado por ber su larga enfermedad y que se a ydo secando sin frio ni calentura”. ADC, Leg. 423, exp. 5931. Proceso contra Menora Gitana, Requena, 1627. Testifical de Juana Hernández, mujer de Francisco Esteban, 60 años, fol. 17r.

⁵²⁰ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Proceso contra Mari Caja, Los Baños, 1726. (Tribunal de Cuenca)

pronóstico que naturalmente correspondían al curso natural de la enfermedad, según el galenismo. Entonces, al no haber una causa natural el paciente podía considerar que el origen era de causa sobrenatural. Un cambio de la etiología de la enfermedad conllevaba necesariamente el recurso a otro tipo de sanador.

Joseph Baltazar, uno de los testigos que figuran en el proceso contra Francisco Gonzalo demuestra en su declaración este razonamiento que combina dichos elementos (los síntomas raros, el cambio a una causa sobrenatural y la competencia de una persona determinada):

“Ana de Marco, su muger, se hallava enferma en la cama, sin frio ni calentura, ni saber que padecia y biendo que ba larga su enfermedad, dijeron algunas personas [...] se la abrian echo mal de ojo, a que el testigo respondió: si eso es tengo noticia que Francisco Gonzalo [...] tiene gracia para curarlo y entender desta enfermedad”.⁵²¹

Una vez determinada la causa que, como hemos ido viendo, era una de las partes más complicadas del proceso de recuperar la salud, el paso siguiente ya era más sencillo: acudir a una persona que supiera curar el mal de ojo, y si fuera posible que fuese conocida o por lo menos recomendada. A partir de aquí, según la cosmovisión de la época, la competencia para curar el mal de ojo la tenían personas especialmente asignadas para esta tarea, y ya no obraba la autoridad y el conocimiento de los prácticos académicos.

Pero demos un paso atrás. ¿Qué ocurre si se conoce la causa, pero no se sabe a quién dirigirse? Así le pasó a Juan de Meneses. Sabía que el problema de impotencia que estaba sufriendo desde el día que se casó – hacía diez u once meses – se debía a un hechizo. Parece que en Sisante, su lugar de residencia, no había nadie quién pudiera deshacer este hechizo, sea por falta de confianza o de facultad curativa. Francisca López, su mujer, refirió como Juan de Meneses, “congoxado y despechado se salio de casa a buscar remedio en que gastó algunos

⁵²¹ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Proceso inquisitorial contra Francisco Gonzalo, Almazán, 1699. Testifical de Joseph Baltazar. Su descripción del caso es muy parecida a la de la propia enferma, Ana de Marco: “algunas mujeres dijeron [...] que un hombre de Mablona tenia gracia para curar la enfermedad que dizen mal de oxo y pareciendo a la testigo era de esto su enfermedad por que no tenia frio ni calentura”.

días”.⁵²² Después de dos días de búsqueda en los alrededores de la villa encontró, en la ribera del río Júcar, un molinero que sabía curar de impotencia derivada de hechizos. Se trataba del mismo curandero Juan de Linares que ya hemos mencionado más arriba. Cuando Juan de Meneses se puso enfermo, aún no se había difundido la noticia de las capacidades curativas de este molinero. No ha sido posible determinar con exactitud el lugar donde estaban ubicados aquellos molinos “que llaman del consejo de la villa de San Clemente”⁵²³, es decir, en qué altura del río estaban, pero el camino más corto que hay entre la villa de Sisante y el río son unos 12 kilómetros. Este trayecto lo realizó el enfermo en total seis veces. La ida y vuelta para encontrarle, luego otra vez para llevar a cabo el tratamiento junto con su mujer, y la última fue para recoger al curandero y llevárselo al pueblo. Allí, Juan de Linares suplicó a la supuesta hechicera que deshiciera el hechizo que, de hecho, había afectado a la mujer y no al hombre. Es decir, la impotencia, en este caso se originó a través de la esposa hechizada y afectó indirectamente al marido. Sabiendo la causa, pero no conociendo a nadie que pudiese hacerse cargo, a la gente no le quedó otro remedio que salir del lugar, recogiendo informaciones para poder localizar a personas designadas. Tal y como lo hizo Juan de Meneses: “fue a muchas partes a buscar remedio hasta que supo que un molinero de la Ribera del río Júcar [...] sabia desto”.⁵²⁴

IV.1.2 La figura de un sanador en particular

Como ya se ha indicado arriba, cuando se variaba la causa y el origen de la enfermedad (causa natural-causa sobrenatural), era necesario un cambio de sistema médico. Consecuentemente la figura del sanador, como veremos a continuación, adquiere una importancia capital.

Los motivos para desplazarse a sitios lejanos, estaban relacionados a menudo con la

⁵²² ADC, Leg. 388, exp. 5514. Proceso inquisitorial contra Juana García, Sisante, 1615-1619. Testifical de Francisca López, fol. 11r.

⁵²³ ADC, Leg. 388, exp. 5514. Testifical de Juan de Meneses, 28 años, fol. 15r.

⁵²⁴ Ibid.

figura de un curandero determinado, en especial cuando las noticias sobre su habilidad para curar enfermedades específicas traspasaban los muros de su propia localidad. En este proceso, su fama se extendía a las cercanías y, a veces incluso llegaba hasta lugares muy lejanos. Para los enfermos esto suponía que atraídos por la posibilidad de ser tratados por un curandero de prestigio, estuvieran dispuestos a emprender un viaje, unas veces corto, pero otras muchas largo.

Ya nos hemos tratado de algunos sanadores de este tipo cuya fama hizo que la gente se desplazara para ser atendido por ellos:⁵²⁵ La Obispa, a quién acudió Francisco Palacios porque sabía que ella curaba el mal de ojo (12 km) o los dos especialistas en curar la impotencia deshaciendo el hechizo que la provocaba: Juan de Linares en la ribera del río Júcar (12 km) y Francisca Juvera en Alarcón (21 km). En 1645, una familia itinerante viajó de pueblo en pueblo, para que uno de sus hijos, el llamado Niño Cristóbal o Niño Santo, santiguara a los enfermos. Cuando se detuvieron durante dos semanas en la villa de Gascueña, la fama del niño ya había llegado a los pueblos del alrededor, lo que hizo que para ser santiguados, acudieran varias personas desde Bólliga (16 km / 3h 15 min) y de Arrancacepas (17 km / 3h 40 min).⁵²⁶ Unas personas procedentes de éste último lugar le llevaron un cabrito como pago, lo que implica que la familia se sustentaba a base de lo que la gente les daba por las curaciones que realizaba su hijo. De hecho, si alguien quería que el niño le santiguase, debía pagar algo, normalmente en especie y, si no llevaban nada, los padres del Niño Cristóbal negaban el tratamiento.

Mariana Pérez era otra curandera que llevaba una vida itinerante. Instalada en el mesón de Riofrío del Llano en el año 1655, se quedó más tiempo de lo previsto para curar a la mujer del mesonero, que tenía los huesos de la muñeca “desconcertados”. El tratamiento de Mariana Pérez, consistió en aplicar en primer lugar su saliva para poder recolocar los huesos a continuación sin que la paciente sintiese dolor ninguno. Este tipo de curación la repitió un par

⁵²⁵ En paréntesis están los kilómetros de distancia que la gente superaba para acudir a la persona en cuestión.

⁵²⁶ ADC, Leg. 468, exp. 6391. Proceso inquisitorial contra Simon Azcoita Valdés, Gascueña, 1645, fol. 2v y fol. 29r.

de veces, y se le consideraba una empírica experta en reducir fracturas como en enfermedades de los ojos. Unos días después de estar viviendo en el mesón de Riofrío, empezó a tratar a otros enfermos. Por ejemplo, a un ciego de Atienza (9 km / 2 h) un hombre soltero llamado Gregorio Cambamo, que declaró que después de haber sido atendido por Mariana Pérez, aunque no había recuperado completamente la vista, si había mejorado algo y podía distinguir la luz. La fama alcanzada por práctica empírica de reducir fracturas sin dolor hizo que mucha gente de los alrededores acudiera a Riofrío, un lugar pequeño, pero con buena conexión, ya que se encontraba situado en uno de los caminos principales de la zona. Así, el mesonero llegó a afirmar que “a la fama an benido diferentes personas del lugar del Atance, Caracena, La Olmeda y otros partes a tratar de curarse”.⁵²⁷ Mientras que La Olmeda de Jadraque (10 km / 2h) y El Atance (12 km / 2h 45min) al igual que Atienza son todos lugares cercanos y que están situados a una distancia parecida, Zarazena, en Soria, está muy alejada, ya que dista 48,5 km (10h) de Riofrío

Lo que a primera vista, dada la distancia recorrida por los enfermos, parece un equívoco, un fallo en la documentación o de lectura, la localización en las fuentes de más casos similares demuestra que no se trata de una anomalía. Por ejemplo, en la Puebla de Don Fadrique practicaban en 1684 dos curanderas, Catalina Caravajal y María de Mora. Por lo general, ellas ofrecían sus servicios no solo a las personas enfermas del propio lugar, sino que también se desplazaban a otras localidades de alrededor, algunas situadas en un radio de 15 a 30 kilómetros (Lillo, Tembleque y Campo Criptana). Pero también había personas que, por haberse enterado de sus capacidades para deshacer hechizos, acudieron expresamente a la localidad para ser tratados por ellas. Este fue el caso de un hombre, natural de San Clemente, que entonces estaba viviendo en Ocaña. Desde Ocaña a Don Fadrique hay una distancia de más de 50 kilómetros. Para viajar de un sitio a otro, existía, como se puede ver en el mapa de la Provincia de Toledo

⁵²⁷ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Proceso inquisitorial contra Mariana Perez, Jadraque, 1655. Testifical de Andrés de Alonso, mesonero, fol. 7v.

de Tomás López (1768),⁵²⁸ un camino directo que comunicaba bastante bien ambas localidades. Un camino que no era demasiado montañoso y que, además, pasaba por varias villas donde era posible descansar en hospedajes durante ese trayecto de más de diez horas a pie.



Fig. 4.1 Fragmento del Mapa de la Provincia de Toledo, Tomás López, 1768.

Quando llegó a la Puebla de Don Fadrique, aquel hombre “que será de treinta y seis años

⁵²⁸ Tomás LÓPEZ, *Mapa de la Provincia de Toledo, comprehende los partidos de Toledo, Alcala, Ocaña, Talavera, y Alcazar de San Juan. Construido sobre los Mejores Mapas impresos y manuscritos, y sobre las noticias de los naturales* (Madrid:1768).

[...], moreno, de rostros carilargo, [y] de buena estatura”,⁵²⁹ se presentó a Francisco Melchor Fernández, un vecino de la villa. Le dijo que “benia en busca de Catalina Caravajal o La Mora” y le preguntó si le podría dar alojamiento esa noche en su casa, pero el vecino se negó a acogerle, por lo que se dirigió al “Mesón de Lucas”, dónde además de estar hospedado, también tuvo lugar el tratamiento curativo de María de Mora. En este ejemplo vemos como el primer paso para obtener alojamiento no era necesariamente ir a una posada, sino que, como en este caso, se prefirió antes preguntar a gente del lugar por hospedaje en sus casas privadas.⁵³⁰ También nos muestra otro fenómeno interesante. Uno con el que ya nos hemos tropezado más de una vez, que es la múltiple funcionalidad de los mesones: lugares de hospedaje y espacios de curación.

En su libro “Eros y Tanatos”, Juan Blázquez Miguel relata el caso de Antón Melero, un pastor de la zona de Zaragoza, que a principios del siglo XVIII llegó a ser famoso por sus curaciones con reliquias y crucifijo.⁵³¹ Su fama se había extendido tanto que un sacerdote de Logroño, que tenía un hermano suyo enfermo, emprendió el viaje a Alcalá de Moncayo. Un viaje que supuso un trayecto de más de 120 km. Ese largo viaje resulta aún más asombroso tratándose de algo que el mismo sacerdote u otras personas con cargos eclesiásticos cercanos hubieran podido solucionar: la enfermedad del hermano era un caso de posesión diabólica. En palabras de Blázquez Miguel: “Es sintomático de la mentalidad de cierta parte del clero, el que un sacerdote que tiene un familiar poseído por el diablo - según creía - en lugar de llevarle a sus colegas a que practiquen los exorcismos pertinentes, se recorre muchas leguas a través de malos caminos para que le cure un pastor semianalfabeto”.⁵³² Me gustaría que el lector se fijase en la segunda parte de esta frase, y no en la primera, porque no estamos aquí para juzgar la

⁵²⁹ ADC, Leg. 546, exp. 6869. Proceso inquisitorial contra Catalina Caravajal, Villa de Don Fadrique y María de Mora, Herencia, 1684. Testifical de Francisco Melchor Fernández, fol. 5v.

⁵³⁰ Para la hospitalidad privada, cf. FERRAGUD DOMINGO, “Enfermar lejos de casa”, p. 105.

⁵³¹ BLÁZQUEZ MIGUEL, *Eros y Tanatos*, p. 239. La referencia que da Blázquez Miguel para el proceso de Antón Melero es: “Ibíd., leg. 2340”. Se supone que se refiere a AHN, INQ., Leg. 2340.

⁵³² Ibid.

mentalidad de una época, ni la del clero, ni tampoco decisiones que para nuestro punto de vista parecen carentes de lógica. Dicho esto, la segunda parte de la frase señala claramente como el comportamiento de los enfermos y sus familiares es el resultado de un proceso altamente complejo en cuanto a ideas, percepciones y conocimientos relacionados con la salud y la enfermedad.

En las cartas al médico Juan Muñoz y Peralta, se encuentran otros ejemplos significativos de las dimensiones que puede llegar a tener la disposición a viajar por temas de salud. Este fue el caso de Ana Josefa de Barrientos y Rueda, caso que trataremos con más detalle en el capítulo siguiente desde otra óptica. Era una mujer joven de una familia noble de la villa de Carmona, en los alrededores de Sevilla. A ella le costó varios intentos hasta conseguir una respuesta de Peralta. En sus cartas, que incansablemente envió a Peralta, Ana Josefa le expresó la gran esperanza y confianza que tenía en él, particularmente porque sabía de los éxitos que había obtenido en la cura de enfermedades semejantes a la suya. Esta referencia combinada con la alta reputación en general del médico, condujeron a la enferma a crear un tipo de esperanza basada únicamente en las capacidades curativas de Juan Muñoz y Peralta. Se trata de un proceso de personalización de la práctica médica, en la que, en un mismo tratamiento, es la persona que lo lleva a cabo el factor determinante, que pesa (mucho) más que la práctica en sí. Ese tipo de “dependencia”, creada hacia la figura de un médico o curandero en particular lo hemos visto en los casos anteriores, aunque de forma más implícita – dada la naturaleza represiva de las fuentes que hemos utilizado. Las palabras de Ana Josefa de Barrientos, en cambio, lo expresan claramente: “tan ansiosa de mi alivio, como cierta de que solo lo puedo conseguir de su mano”, “pues su parecer es el unico que espero”, “que solamente de su mano puedo esperar algun alivio”. Finalmente, esta actitud la lleva a ofrecerse a acudir incluso a la Corte si el tratamiento lo requiriese. De hecho, Ana Josefa no se cansa de repetirlo y menciona dos veces, en dos cartas

seguidas, que está dispuesta a viajar los 540 km que separan Sevilla de Madrid.⁵³³

Más allá de una fama generalizada, hubo otros elementos, tal vez más concretos, que incitaban a las personas a acudir a un curandero particular que se hallaba fuera del lugar: por recomendación de amigos o familiares; por tradición familiar y/o simplemente por preferencias personales.

En el convento de Monjas Carmelitas Descalzas de Cuenca estuvo acogida durante algún tiempo la curandera Mariana Pérez.⁵³⁴ Se trataba de la misma Mariana Pérez, cuyas curaciones sin dolor ya hemos mencionado antes, ya que después de terminar sus tratamientos en Riofrío del Llano se fue a la ciudad de Cuenca. Allí, se dedicó a difundir la noticia que tenía “gracia de Dios para curar de todas enfermedades”, y también se lo hizo saber al sacristán del convento de Carmelitas. Aquel sacristán, llamado Domingo Rosillo, consideró que la estancia de Mariana Pérez era una buena oportunidad para poder aliviar las dolencias de un amigo suyo, Juan Sastre de La Ventosa, que estaba baldado y gravemente lesionado. Entonces le dijo al enfermo que había una mujer viviendo con él que, seguramente, podría curarle del mal tan complicado que padecía: “valdado del lado derecho y tener la lengua travada de una estocada que le dieron en ella entrando el estoque por la megilla y saliendo por la garganta”.⁵³⁵ Motivado por la recomendación del sacristán, el enfermo decidió, junto con su padre, hacer el camino de La Ventosa a Cuenca para ver a Mariana Pérez. Así salieron los dos el 12 de septiembre de 1655. Fue un desplazamiento bastante largo de unos 37 km, yendo, posiblemente primero a Olmedilla, desde donde ya podían coger un camino que les llevaba directamente a Cuenca,

⁵³³“quedando yo determinada a executar quanto Vmd me ordinare y aun a passar a essa corte si para mi curazion le pareciere necessario”. AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Ana Josepha de Barrientos y Rueda a Juan Muñoz y Peralta, Carmona, 24 de agosto de 1717. En la carta siguiente de tres semanas más tarde volvió a ofrecer de venir a la Corte: “yo determinada a executar los remedios que pareciere Vmd conduzen para mi curazion y aun a passar a essa corte si para su applicacion reconoze es necessario”, AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1, Carta de Ana Josepha de Barrientos y Rueda a Juan Muñoz y Peralta, Carmona, 13 de septiembre de 1717.

⁵³⁴ Se podría entrar más en detalle en cuanto a los motivos de Mariana Perez para estar en Cuenca: Presa de la Inquisición, tiene la ciudad por cárcel, debido a testigos falsos e envidiosos, según ella. Con una cura que realizó en Logroño, salvó la pierna de un paciente, la que los cirujanos estaban a punto de amputar. Estando en Cuenca se acercó a la casa dónde vivía la ama de las monjas descalzas y pidió que la acogiesen, fol. 9r-9v.

⁵³⁵ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Proceso inquisitorial contra Mariana Perez, Jdraque, 1655. Testifical de Domingo Rosillo, sacristán del convento, fol. 11r.

pasando por Villar de Domingo García y Chillarón. Llegados a Cuenca, se instalaron en el convento de las Monjas Carmelitas. Al optar por la recomendación de un amigo, no tuvieron en cuenta el consejo que les había dado el boticario de La Ventosa de también ir a Cuenca pero para ser atendidos por el cirujano Cristóbal de Bocanegra. Una decisión de la que más tarde el padre se iba a arrepentir.

No está claro lo que pasó en los primeros días después de la llegada de Juan Sastre y su padre al convento de las Monjas Carmelitas. Tal vez la curandera se dedicó a curarle la herida de la cara o, tal vez, le dio tiempo al enfermo para descansar, para recuperarse del viaje y coger fuerzas para el tratamiento que le iban a dar a continuación. Lo cierto es que pasó una semana hasta que ella empezó a tratar su enfermedad, sometiéndole a una terapia con sudores. Para esto elaboró unos cocimientos de vino, romero, espliego o lavanda), y yezgos, este último conocido por sus propiedades sudoríficas. Luego mojó una sábana en dicho cocimiento y, con las hierbas puestas en el lado baldado, le envolvió con la sabana “todo el cuerpo hasta la garganta. Y luego le arropó con mucha ropa.” Desde la noche del martes hasta la mañana del viernes se repitió el mismo tratamiento dos veces. Las quejas incesantes del enfermo – “decía que le quitasen la ropa, porque se estaba acongojado” – no impidieron que Mariana Pérez continuase, hasta que Juan Sastre perdió el habla y se quedó inconsciente.⁵³⁶ Fue entonces cuando su padre le informó a la curandera que su hijo, además de los achaques obvios que estaba tratando, también le solían dar ataques de una enfermedad denominada indistintamente a lo largo del proceso como perlesía o epilepsia o apoplejía. Dionisio Daza Chacón, definió claramente que “la perlesia es quando se pierde el sentido, o el movimiento, no todo el cuerpo, que entonces seria apoplexia, sino del lado derecho, o izquierdo, o de algun miembro”.⁵³⁷ Es decir, bajo perlesía se entiende

⁵³⁶ Aquí la descripción del ama acerca de la misma situación difiere ligeramente de la del sacristán, a beneficio de Mariana Pérez: Según Catalina López, el ama, la curandera detuvo el segundo tratamiento y le quitó la ropa en el momento en que el enfermo le avisó que ya no aguantaba más. ADC, Leg. 496, exp. 6592. Testifical de Catalina López, fol. 9v.

⁵³⁷ Dionisio DAZA CHACÓN, *Practica y Theorica de Cirugia en Romance y en Latín* (Valencia: Francisco Cipes, 1673), p. 58.

una variante más suave, en la que el cuerpo pierde el sentido o el movimiento parcialmente. En cambio, la apoplejía es un estado mucho más grave, “es una cayda repentina, o privacion de todas las funciones animales, pues cae el hombre de repente, como de un rayo, y luego pierde el sentido, el movimiento, y la habla; solo se diferencia del cuerpo muerto en la respiracion, y esta en breve se haze difícil”.⁵³⁸

Fuera el tipo que fuera de desvanecimiento, lo que en aquel momento era relevante para la curandera fue enterarse que su paciente también padecía otro problema de salud, lo cual ignoraba. Entonces alegó en su defensa, que esa información era fundamental, porque si lo hubiese sabido, no le hubiese dado los sudoríficos. Aún tenía la esperanza de que Juan Sastre se recuperase. Por el contrario, otras personas presentes empezaron a intervenir activamente al ver al enfermo en tan mal estado: el hermano y el sacristán, demasiado preocupados por no pedir otra ayuda externa, fueron a buscar al cirujano,⁵³⁹ y el hijo de la ama del convento llamó a un clérigo para que Juan Sastre recibiese por lo menos la extremaunción.⁵⁴⁰ El cirujano Cristóbal de Bocanegra, de hecho, el mismo que en su momento había sido recomendado por el boticario de La Ventosa, juzgó que le habían llamado demasiado tarde y que ya no podía hacer nada por el enfermo, y tan sólo mandó que el presbítero le administrase el sacramento de la extremaunción. Poco después, a las tres de la tarde del mismo día, murió Juan Sastre.

Fueron varias personas que opinaron sobre la causa de la muerte, y en lo que todos estaban de acuerdo era que se había debido en gran parte a la larga duración del tratamiento con sudoríficos al que le había sometido Mariana Pérez. En palabras de la ama “avía muerto el

⁵³⁸ Juan de ESTEYNESSER, *Florilegio medicinal de todas las enfermedades, sacado de varios, y clasicos autores, para bien de los pobres, y de los que tienne falta de Medicos, en particular para las provincias remotas, en donde administran los RR.PP. Missioneros de la Compañia de Jesus* (México: Herederos de Juan Joseph Guillena Carrascoto, 1712), p. 39.

⁵³⁹ Primero recurrieron al cirujano del convento, Antonio de Ayala. Pero como no lo hallaron en casa, acudieron a Cristóbal de Bocanegra, cirujano de la ciudad de Cuenca, ADC, Leg. 496, exp. 6592. Mariana Perez, 1655, Testifical de Domingo Rosillo, fol. 11v.

⁵⁴⁰ La extremaunción como último y único sacramento, porque los otros, como comulgarse y confesarse, ya no eran posibles debido a la pérdida del sentido. A lo que se refirió el hijo de la ama, Domingo Mariana, cuando dijo que “murio sin comulgar ni confesar, con que quedaron todos sentidos y lastimados”. ADC, Leg. 496, exp. 6592. Testifical de Domingo Mariana, 16 años, fol. 20r.

dicho Juan Sastre de la cura que en el avia hecho la dicha Mariana por ser la cura tan fuerte y tenerle mas de ocho oras en el sudor y con eso se le removido los humores y averle aogado.”⁵⁴¹

El cirujano dio una explicación médica algo más compleja:

“la aplopesia abia resultado de no aberle sangrado ni purgado, primero porque lo uno era cuerpo lleno, y lo otro era el tiempo mucho mas sospechoso dejandose de hazer éste por el ejçeso[exceso] del calor del tiempo. A mas que respecto de la zarça, que es el yngrediente que entra en los sudores adequados para esta enfermedad, aunque es caliente respectivamente comparada con el romero, yezgo espliego y bino, viene a ser fria. Y asi tiene por cierto que la violencia del remedio le mato.”⁵⁴²

Es decir, el ataque de apoplejía que le sobrevino a continuación de los sudores, fue motivado por tres razones. Primero, porque el enfermo no fue sangrado ni purgado, por lo que tenía el cuerpo lleno de humores. Segundo, por el tiempo excesivo de más de ocho horas del tratamiento con sudores. Tercero, por la composición específica del compuesto de hierbas. Esta parte requiere una aclaración un poco más amplia. Los ingredientes del preparado de hierbas de la curandera eran vino, romero, espliego, y yezgos. Según el cirujano faltaba la zarza, que era el ingrediente por excelencia de “los sudores adequados para esta enfermedad”. La virtud particular de la zarza para ese tipo de achaques es por tratarse de un medicamento frío, aunque caliente en comparación con los demás ingredientes. Esta aparente paradoja solamente se entiende teniendo en cuenta la clasificación galénica de la naturaleza de cada medicamento en cuatro grados.⁵⁴³

El último acto relacionado con la enfermedad y la muerte de Juan Sastre fue el traslado del cadáver a La Ventosa para enterrarlo en su lugar de origen. En la misma noche del día de la muerte, el 22 de septiembre de 1655, se volvieron el padre, el hermano y otros hombres con el cuerpo “encima de un jumento” y colocado, para que no se cayese, entre dos sacos de paja.⁵⁴⁴ Además, según refirió el cirujano Cristóbal de Bocanegra, aproximadamente una semana

⁵⁴¹ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Testifical de Catalina López, fol. 10r.

⁵⁴² ADC, Leg. 496, exp. 6592. Testifical de Cristóbal de Bocanegra, cirujano, fol. 23r.

⁵⁴³ FRAGOSO, *Cirugia universal*, pp. 577-578.

⁵⁴⁴ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Testifical de Domingo Rosillo, fol. 11v.

después de la muerte, estando en unas fiestas de toros, se le acercó el boticario de La Ventosa para decirle que el padre de Juan Sastre estaba “sentidísimo” de no haber seguido su consejo que “corriese la cura de su hijo por manos deste declarante”.⁵⁴⁵ Aun así, parece que el padre le pagó sorprendentemente bien a Mariana. Según la declaración de uno de los testigos, el hijo del ama, le dio por su tratamiento primero una gallina, que ella dejó al ama del convento como pago por su estancia, y además, 22 reales de dinero en efectivo y una larga serie de alimentos: dos piernas de carnero, un pedazo de tocino, un celemín de almendras, y unas serbas. Aunque es imposible comprobar la veracidad de esta declaración y si se realmente se efectuaron los pagos, o los motivos del padre para hacerlo, es, en cualquier caso, un hecho que está claramente en contradicción con la actitud de un padre que se arrepintió de haber seguido la recomendación de un amigo en vez de escuchar a los profesionales de la medicina. Pero lo que sí podemos concluir para este caso es que para remediar una enfermedad complicada, al enfermo y su padre les recomendaron dos cosas diferentes y, ambas implicaban un viaje de casi 40 km. Una procedía de un profesional de la medicina, otra de un amigo cercano. Además, las sugerencias estaban vinculadas a dos sistemas médicos diferentes: una a la medicina reglada, otra a la medicina religioso-creencial. Teniendo acceso y recomendaciones personales para ambos, para el enfermo y su padre tuvieron finalmente más peso las palabras de una persona familiar y de confianza que les condujeron a optar por una curación que operaba por la gracia de Dios.

Para tratar otro aspecto, el de la tradición familiar como motivo para acudir a un curandero particular, volvemos otra vez más al caso de La Obispa, la curandera de Hontecillas. Para que el hijo enfermo de Úrsula Díaz fuera tratado La Obispa, ella y su marido Diego Sotoca Hidalgo llevaron, de común acuerdo a su niño de seis meses de La Almarcha a Hontecillas. El último día de la vendimia, en el mes de octubre de 1741, entraron los tres en casa de la Obispa y la madre le dijo: “Yo traygo este chico para que usted le reze, porque me parece tiene mal de

⁵⁴⁵ El encuentro entre el cirujano y el boticario durante aquellas fiestas tuvo lugar el 30 de septiembre de 1655, a las tres horas de la tarde. ADC, Leg. 496, exp. 6592. Testifical de Cristóbal de Bocanegra, fol. 22v.

ojo”.⁵⁴⁶ Mientras la madre entraba con su hijo, el marido se quedó guardando la caballería en el patio.⁵⁴⁷ Parece que disfrutaban de una posición relativamente acomodada que les permitía utilizar un caballo para recorrer los 20 km y no tener que ir a pie como lo hacía la mayoría de la gente. La santiguadera tomó al chico y le hizo unas cruces con la mano sobre la cabeza, le rezó en voz baja y le santiguó dos o tres veces. Después, el niño se durmió y cuando despertó, la madre le dio de mamar “y mamó, lo que no había hecho los días anteriores”.⁵⁴⁸ Ahora bien, ¿porqué acudieron a La Obispa? Por lo visto se trataba de una decisión basada en una tradición familiar.

Hacia catorce años, Úrsula, la madre del niño enfermo, estaba enferma y no mejoraba con el tratamiento que le dieron el médico y el cirujano de la villa de La Almarcha. La madre de Úrsula encargó al futuro marido, Diego Hidalgo, llevar algunos cabellos de la enferma, envueltos en un papel, a Hontecillas para que los santiguase la curandera. El joven Diego se acordaba como La Obispa, estando en la puerta de la calle, les hizo unas cruces (3 o 4) con el dedo pulgar y que rezó en voz baja, después repartió los cabellos, se quedó con unos pocos para rezarles y al declarante le dio los demás. A continuación le dijo que cuando volviera a casa, Úrsula se sahumara con ellos la cara. Con este tratamiento sintió por fin alivio, “lo que no havia conseguido, aunque los medicos la havian curado antes.”⁵⁴⁹

El hecho de que Úrsula para sanar a su hijo enfermo acudiese directamente a La Obispa, se debe, pues, a un asunto de tradición. Recurrir a un sanador en concreto es una práctica que se había heredado de madre a hija, y de hija a hijo. Se podría llegar a pensar pues, que igual como existían las dinastías médicas,⁵⁵⁰ también se habían establecido dinastías “curativas”, heredadas por los enfermos de familia a familia y de generación a generación.

⁵⁴⁶ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Proceso inquisitorial contra La Obispa, La Puebla, 1742. Testifical de Úrsula Díaz, fol. 15v.

⁵⁴⁷ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Testifical de Diego Sotoco Hidalgo, fol. 18r-18v.

⁵⁴⁸ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Testifical de Úrsula Díaz, fol. 16v.

⁵⁴⁹ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Testifical de Diego Sotoco Hidalgo, fol. 19r.

⁵⁵⁰ Carmel FERRAGUD DOMINGO, *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)* (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2005).

El joven novio Diego Sotoca, llegó a conocer por su participación activa la práctica de La Obispa y fue testigo de la eficacia de la misma en su futura mujer, compartiendo esta experiencia personal también con sus hermanos. De esta forma pasó esa tradición familiar curativa de los Díaz a los Sotoca, con el resultado – cómo veremos más adelante – que unos catorce años después todos los hermanos del “novio” recurrieron a los remedios de La Obispa. Por ejemplo, María Sotoca, la hermana pequeña de Diego Sotoca, hizo que su otro hermano, Pedro Sotoca, llevase un poco de pelo de su hijo de tres años de La Almarcha a Hontecillas. Unos cinco meses después, en un segundo intento, acudió ella personalmente con el hijo y su hermano a la casa de La Obispa. En todo ese tiempo no había consultado la enfermedad de su hijo con ningún médico o cirujano, confiando únicamente en los poderes curativos de La Obispa.

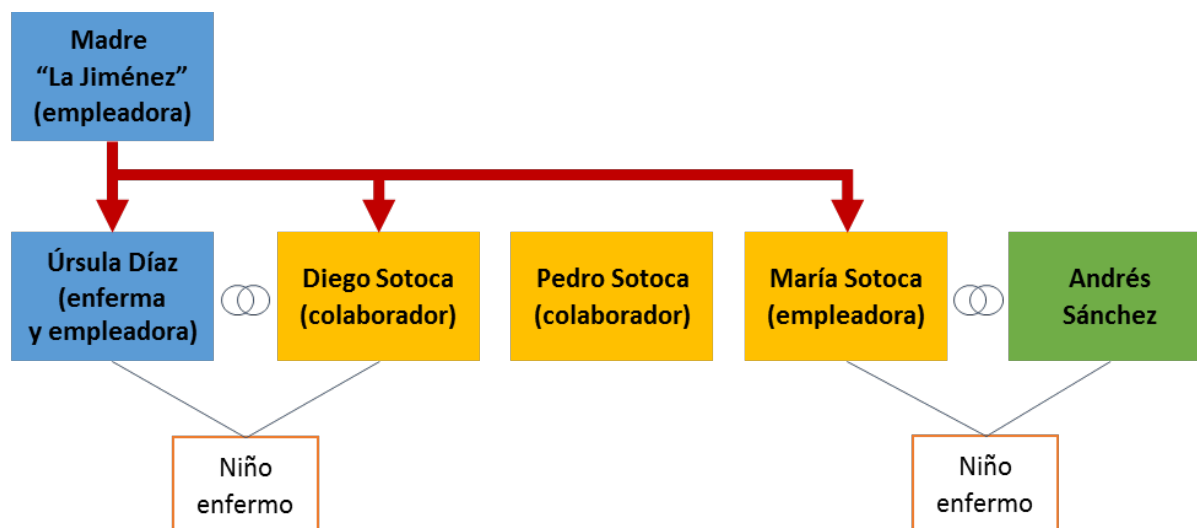


Fig. 4.2 Acudir a un sanador: una tradición familiar

Otra paciente de La Obispa, María Guijarro, de la que ya hemos tratado, también conocía a la curandera desde hacía mucho tiempo. María Guijarro, una mujer de 40 años de edad, se acordó que cuando era niña sus padres se encargaron de que La Obispa fuese a su casa

para hacerle un favor a una amiga. Dicha amiga tenía un hijo enfermo y no sabía cómo entrar en contacto con la curandera, porque su padre rechazaba ese tipo de curaciones, diciendo que “estos eran embustes”.⁵⁵¹

En algunas ocasiones el recurso a un sanador estaba determinado por una simple preferencia personal. Por ejemplo, en un lugar como Gascueña que disponía tanto de médicos y cirujanos como de un curandero especializado en mal de ojo llamado Rafael de la Cuesta, que solía curar tanto en su lugar de origen, como en otras localidades de alrededor, y era incluso conocido más allá de los límites de la comarca, había personas que preferían recorrer los 4 km que les separaban de la vecina localidad de La Olmeda para curarse del mal de ojo. Este proceso contra Rafael de la Cuesta de 1648,⁵⁵² es un ejemplo que demuestra que a veces no era ni una habilidad especial para curar enfermedades de causa sobrenatural, ni la cercanía lo que hacía elegir entre un sanador u otro, sino meramente una preferencia personal. Uno de los testigos del proceso, Mateo Bela, paciente del curandero, refiere como su hermana prefirió llevar los cabellos de su hija enferma a la villa de La Olmeda, “para que los biesse dicho hombre y le curase del mal que tenía”, al igual que hizo otra vecina, la viuda de Pedro de Montán.⁵⁵³ Es decir, aunque había un curandero en su lugar que podía curar de mal de ojo, ambas se habían puesto en contacto con otro curandero que vivía en La Olmeda.

Este ejemplo nos hace ver que los motivos para desplazarse por temas de salud eran variados y complejos, y muchas veces determinados por gustos y experiencias personales. Por ello, predeterminar o establecer un esquema de prioridades a modo de jerarquías de salud termina siendo una tarea casi imposible de lograr.

IV.1.2.1 Llevar el cabello

A lo largo de los epígrafes anteriores ha ido apareciendo la práctica de “llevar el cabello”

⁵⁵¹ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Testifical de María García Guijarro, fol. 27r-27v.

⁵⁵² ADC, Leg. 472, exp. 6453. Rafael de la Cuesta, 1648.

⁵⁵³ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Testifical de Mateo Bela, fol. 70v.

como uno de los recursos sanitarios que requerían un desplazamiento. En este apartado se analizará con mayor detalle esta práctica poco estudiada.

Como ya se ha señalado, un hecho fundamental que marcaba la dirección del itinerario terapéutico era que primero determinar la causa de la enfermedad y después encontrar a la persona adecuada para remediar el achaque. Una vez hallado el sanador óptimo, en cuyas habilidades se ponía toda la confianza, quedaban entonces dos opciones, o acudir personalmente, o, en caso de que la persona enferma no estuviera en condiciones para viajar y no pudiera presentarse ella misma, había otra alternativa: llevar un poco de pelo del enfermo al sanador. Aunque ya se ha mencionado algunas veces en los párrafos anteriores, esa práctica merece un tratamiento más detallado. En primer lugar por estar estrechamente vinculado con la movilidad, y en segundo lugar, por ser un método de sustitución bastante común entre la población de la época, mucho más de lo que se ha pensado.⁵⁵⁴

En los procesos inquisitoriales analizados, la mayoría de ellos del Tribunal de Cuenca, se ha localizado la práctica de llevar los cabellos a un sanador en 8 localidades diferentes, todas ampliamente distribuidas por toda la región conquense. Desde Molina de Aragón en el norte,⁵⁵⁵ Torrecilla en el centro,⁵⁵⁶ Gascueña en el noroeste,⁵⁵⁷ La Almarcha⁵⁵⁸ y Villarejo de Periesteban⁵⁵⁹ en el suroeste, Requena en el extremo sureste,⁵⁶⁰ hasta Trillo⁵⁶¹ y Momblona⁵⁶² que, en la actualidad, ya forman parte de las provincias de Guadalajara y Soria respectivamente. El marco temporal es igualmente extenso: los procesos en cuestión datan desde 1630 hasta 1746. Aunque queda fuera de lugar realizar un estudio sistemático de la dispersión geográfica y temporal de esta práctica, si es importante destacar la amplia difusión de la misma.

⁵⁵⁴ Por la cantidad de veces que aparece en la documentación, nos resulta probable que fuese algo bastante común y no un caso singular como lo ha afirmado BLÁZQUEZ MIGUEL, *Eros y Tanatos*, p. 235.

⁵⁵⁵ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Mari Caxa, Molina de Aragón, 1726.

⁵⁵⁶ ADC, Leg. 601, exp. 7251. Proceso inquisitorial contra María Gumiel, Torrecilla, 1746.

⁵⁵⁷ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Proceso inquisitorial contra Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648.

⁵⁵⁸ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Proceso inquisitorial contra La Obispa, La Puebla, 1742.

⁵⁵⁹ ADC, Leg. 558, exp. 6958. Proceso inquisitorial contra Juan Ruiz, Villarejo de Periesteban, 1698.

⁵⁶⁰ ADC, Leg. 595, exp. 7198. Proceso inquisitorial contra La Tía Morena, Caudete, 1734.

⁵⁶¹ ADC, Leg. 431, exp. 6090. Proceso inquisitorial contra Juan Tejedor, Trillo, 1630.

⁵⁶² ADC, Leg. 560, exp. 6970. Proceso inquisitorial contra Francisco Gonzalo, Momblona, 1699.

Para cumplir con las órdenes del edicto de fe [“que todos años se publica”], el cura de Olmedilla, Matías de Porras y Termes, informó sobre las curaciones de una santiguadera de Torrecilla en una carta que envió en 1745 a la Inquisición de Cuenca. Según la información que le llegó de algunos vecinos, había mucha gente de los pueblos de alrededor que recurría a ella, y si no podían acudir personalmente, por ejemplo “quando la criatura o animal enfermo no puede ser llebado”, entonces “le lleban los pelos de dicha criatura o animal, y que por ellos conoze si esta sano o enfermo”.⁵⁶³ Otros testigos del mismo lugar añadieron a lo ya referido por el cura, que llevar el pelo servía para muchos propósitos, ya que los cabellos podían proporcionar información suficiente como para determinar el estado de salud de la persona en cuestión (si estaba sano o enfermo), para hacer un diagnóstico (“para que por hellos conozca de lo que adoleze el enfermo”⁵⁶⁴) e, incluso, para un pronóstico de si la enfermedad que se padecía era mortal o no.⁵⁶⁵

La mima práctica de llevar el pelo a un sanador para que diagnosticara una enfermedad había tenido lugar casi medio siglo antes. En 1699 María de Fuentemilla, vecina de Almazán, quería saber sin que se enterase su marido “si le havian echo mal o no a su hixo”.⁵⁶⁶ . Así ella, “haviendoselos cortado con unas tijeras” encargó a su criado que llevase pelo de su hijo a la villa de Momblona, dónde le habían dicho que vivía un hombre llamado Francisco Gonzalo que sabía curar de mal de ojo.⁵⁶⁷ Recibida la orden, por la mañana del día 19 de agosto de 1699 el criado, un hombre joven de 16 años, se puso de camino. Pero antes de salir de la villa, le paró una vecina, pidiéndole un favor: “Pues llevas pelos del chiquillo de tu ama me a de hacer gusto de llevar otros pocos de otro que tengo yo malo”.⁵⁶⁸ Se ve que ella y el curandero se conocían,

⁵⁶³ADC, Leg. 601, exp. 7251. Proceso contra María Gumiel, alias La Cuzarrera, Torrecilla, 1746, sin fol.

⁵⁶⁴ADC, Leg. 601, exp. 7251. Declaración de Bernardo Chacón, cirujano, sin fol.

⁵⁶⁵ADC, Leg. 601, exp. 7251. Declaración de Francisco Notario Molino: “y los que se hallan gravados de hellas le remiten cavellos, para que por hellos conozca las enfermedades haziendo varias pruebas de hecharlos en Aceite, y Agua, y que en estas cosas conozca si era de muerte la enfermedad, o no”.

⁵⁶⁶ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Proceso contra Francisco Gonzalo, Momblona, 1699. Testifical de Pedro Gonzalo, sin fol.

⁵⁶⁷ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Testifical de Maria de Fuentemilla, sin fol.

⁵⁶⁸ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Testifical de Pedro Gonzalo, sin fol.

porque la vecina le envió recuerdos indicándole “le diras que yo los embio que soy la de su lugar”. Pedro Gonzalo, el criado, aceptó hacerle el favor y se fue de viaje a Momblona con una madeja de pelo del chico de su ama y otra del hijo de la vecina puestas en su montera. Después de unos 17 km y 3 h 20 min a pie, llegó a la casa de Francisco Gonzalo. Después de examinar las dos madejas de pelo, el curandero le comunicó que el hijo de su ama estaba muy malo, mucho peor que el otro chico, y le dio las siguientes indicaciones:

“Que dixera a su ama que a su niño le pusiera un poco manteca de azar⁵⁶⁹ al lado del corazon nueve noches y despues que le pusiera media libra de carnero a medio asar y machacado con clavo y canela en quattro noches y por encima diera al carnero con un poco de manteca regalada, y que con un papel de estraza se lo pusiera un poco mas arriba de la boca de el estomago – y que aquellas quatro noches le hiciera unos saumerios con rosas, espliego cantueso y incienso”.⁵⁷⁰

En cuanto al hijo de la otra vecina, le hizo saber que el domingo siguiente iba a bajar a su villa a verle. A continuación el criado se despidió sin que el sanador pidiese nada a cambio.

De vuelta en casa, Juan de Ara, el marido de María de Fuentemilla, se enteró de lo que se había hecho sin su conocimiento, no permitiendo a continuación que se llevasen a cabo las indicaciones de Francisco Gonzalo “por no conformarse en ello como buenos y catolicos cristianos”, actitud que la madre finalmente también adoptó.⁵⁷¹ Según la declaración del criado, el niño entonces murió.

Aparte del conflicto familiar surgido de opiniones diferentes sobre la forma más adecuada para curar al niño, quiero señalar aquí la colaboración entre vecinos para hacer llegar el pelo a casa del sanador. Como esa práctica hacía necesario un desplazamiento que no todos podían realizar en cualquier momento, se buscaron otras alternativas. Por ejemplo, como en el caso de la vecina, que como no disponía de un criado que pudiese enviar, aprovechó el viaje de

⁵⁶⁹ Se menciona la manteca de azar como remedio para aplicarlo en el vientre en Joseph Ignacio CARBALLO DE CASTRO, *El médico de sí mismo. Modo practico de curar toda dolencia con el vario i admirable uso de el Agua* (Pamplona: Herederos de Martínez, 1754), p. 85.

⁵⁷⁰ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Francisco Gonzalo, Momblona, 1699. Testifical de Pedro Gonzalo, sin fol. Es casi igual de letra a letra a la declaración de la madre del niño.

⁵⁷¹ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Testifical de Maria de Fuentemilla, sin fol.

otro criado, quien iba a realizar el mismo trayecto con igual objetivo.

Dos años antes de ese suceso cayó enferma en la misma villa Ana de Marco, la mujer de Joseph Baltazar. Ella misma como testigo refirió que le parecía que su enfermedad era mal de ojo “por que no tenia frio ni calentura”.⁵⁷² Como el marido supo que Francisco Gonzalo sabía curar aquella enfermedad no vaciló en tomar la iniciativa, y así

“al instante el testigo le cortó de una trenza de dicha su muger un poco cavello y lo envolvió en un papel y al instante fue a dicho lugar a buscarlo”.⁵⁷³

Cuando Joseph Baltazar llegó a Momblona, después de tres horas y media andando, no lo encontró en su casa. Al preguntar a algunos vecinos se enteró que Francisco Gonzalo se había ido a segar cerca de una ermita del lugar. Efectivamente, allí junto a la ermita de Nuestra Señora de Cosi lo encontró trabajando con otro vecino. El marido se acercó y se presentó diciendo que “le avian dicho que entendia de mal de oxo” y que “le lleva aquel poco pelo de su muger a mostrarselo para ver que le decia”.⁵⁷⁴ El curandero le confirmó lo que ya habían sospechado⁵⁷⁵ y le mandó que le untase con manteca regalada todo el pecho de su mujer, “desde la garganta avajo [...] asta el estomago”, y que rezase un credo. Cuando llegó a casa, el marido realizó lo que le habían dicho, pero Ana de Marco no sintió ningún alivio con este remedio.

Otra función habitual del cabello, más allá de su utilidad para hacer un diagnóstico, era santiguarlo y con ello curar al enfermo desde la distancia. Esto es lo que pretendía, por ejemplo, el labrador Joseph Martínez, como remedio contra la enfermedad de su sobrino Joseph de Arroyo. En 1734 Joseph de Arroyo padeció “de unos vehementes dolores de cabeza”.⁵⁷⁶ En esos momentos el enfermo residía en Requena, en casa de su tíos Ana Verlanga, hermana de su madre Maria Verlanga, y Joseph Martínez. Cuando el estado de Joseph de Arroyo se agravó

⁵⁷² ADC, Leg. 560, exp. 6970. Testifical de Ana de Marco, sin fol.

⁵⁷³ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Testifical de Joseph Baltazar, sin fol.

⁵⁷⁴ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Testifical de Joseph Baltazar, sin fol.

⁵⁷⁵ Otro paso más para asegurarse del diagnóstico del mal de ojo era preguntar al marido “que si quando comía decía que dirían que la aogavan y no podría pasar la comida, y tampoco parar en la cama. A que le respondió el testigo que era la verdad [...]”ADC, Leg. 560, exp. 6970. Testifical de Joseph Baltazar, sin fol.

⁵⁷⁶ ADC, Leg. 595, exp. 7198. Proceso inquisitorial contra La Tía Morena, Caudete, 1734, sin fol. Testifical de Joseph Balthanas.

debatieron sobre las diferentes opciones para curarlo, y el tío se ofreció ir a Caudete, porque a él y a su mujer les habían comentado que una sanadora de ese lugar, llamada la Tía Morena, curaba varios tipos de enfermedades. Les dijeron además que para la curación simplemente era suficiente llevar algunos cabellos del enfermo, sobre los cuáles la Tía Morena iba a rezar. “Movidos del cariño y deseo de la salud del dicho enfermo” Joseph Martínez viajó de Requena con unos mil vecinos,⁵⁷⁷ una de las ciudades más grandes de la zona, a la pequeña localidad de Caudete que entonces contaba con solo 28 vecinos.⁵⁷⁸ Desde Requena a Caudete hay 20 kilómetros y se llegaba con bastante facilidad por la carretera que pasaba por Utiel.

Llegado a Caudete, entregó el pelo a la Tía Morena. Hasta este punto, este caso es similar a otros que hemos visto: buscar remedio para un enfermo, hallar un sanador concreto gracias a una recomendación, adaptarse a su forma de curar (llevar pelo) y desplazarse a otro lugar. Pero, en esta ocasión se produjo un hecho inesperado. La curandera se negó a realizar la curación, y en lugar de encargarse ella, le remitió a un profesional médico. La explicación de la Tía Morena, que sigue una lógica basada en el principio de “simile”, fue la siguiente: El tío de Joseph Arroyo llegó a la casa de la curandera justamente en el momento en el que ella acabó de comer. Como la enfermedad del sobrino, según su diagnóstico, era un asiento de estómago, si ella ahora, recién comida como estaba, le curase de un mal que se halla en la zona del aparato digestivo, la molestia se pasaría a ella y entonces tendría un mal día. Por eso concluyó “que ella no lo podía curar y que lo pasaria mal”.⁵⁷⁹ La idoneidad para curar al sobrino se la pasó a otro profesional de la medicina, insistiendo que era preciso que le diesen “alguna bebida para limpiarle el estómago”.

Entonces, Joseph Martinez, hizo caso de lo que había mandado la curandera y se fue a la ciudad de Utiel, donde consultó al doctor Aries, que le recetó para su sobrino una purga, con la que mejoró el enfermo.

⁵⁷⁷ ADC, Leg. 595, exp. 7198. Testifical de Joseph Martínez, sin fol.

⁵⁷⁸ La cifra procede del censo de Campoflorido de 1712, cf. INE, *Censo de Campoflorido*.

⁵⁷⁹ ADC, Leg. 595, exp. 7198. La Tía Morena, Caudete, 1734. Testifical de Agustín Ortiz, sin fol.

A partir de otra declaración del proceso sabemos que para curar a Joseph de Arroyo, el recurso primero a la curandera de Caudete y posterior al médico de Utiel no fueron las únicas medidas tomadas sino que, simultáneamente había varios médicos atendiendo al enfermo en casa de sus tíos. Según el parecer de uno de los médicos, el tratamiento aplicado por ellos tuvo su efecto. Es decir, en principio y visto desde fuera, no había ninguna necesidad para desplazarse a un lugar pequeño a más de cuatro horas andando y recurrir a una curación “supersticiosa”, tal y como fue declarada por la Inquisición. Sin embargo se hizo como algo que en ese momento se consideró necesario. Para entender tal comportamiento habría que pensar en los diferentes recursos no como dicotomías, sino como dos sistemas que a pesar de sus diferentes principios, eran compatibles y por lo tanto podían ser utilizados de forma simultánea.

En otro caso, la necesidad de llevar una madeja de pelo no estuvo causada por la incapacidad del enfermo, sino por la mala constitución (“por accidente”) del curandero. Juan Ruiz, un sanador de Villarejo de Periesteban y conocido en toda la comarca, recibía pacientes en su casa,⁵⁸⁰ aunque también era habitual que él se desplazara para atender a los enfermos. Así, en octubre de 1695, fue llamado desde Cervera para santiguar a Maria Gómez, mujer de Tomás Saiz de la Blanca, pero como Juan Ruiz no podía ir, por lo visto por temas de salud, les comunicó a la pareja que le enviasen una madeja de pelo de la enferma, “que lo mismo hera santiguar los cabellos que santiguarla a ella”.⁵⁸¹ Entonces, se organizó que las madejas de pelo llegasen de Cervera al lugar de Villarejo de Periesteban que apenas contaba con 13 vecinos.⁵⁸² Los 20 kilómetros de distancia suponían unas cuatro horas andando, probablemente por caminos menores, como de herradura, ya que las dos localidades no estaban comunicadas directamente con caminos principales.

⁵⁸⁰ Juan Ruíz ofrecía por lo tanto un triple modo de atender a los enfermos, lo que se resume en esta declaración: “tambien les reza a los cabellos que le lleban de los dolientes en no pudiendo yr el, o el enfermo a su casa”, ADC, Leg. 558, exp. 6958. Proceso inquisitorial contra Juan Ruiz, Villarejo de Pedro Esteban, 1698, fol. 7v.

⁵⁸¹ ADC, Leg. 558, exp. 6958. Juan Ruiz, Villarejo de Pedro Esteban, 1698, fol. 5r.

⁵⁸² Según el censo de Campoflorido de 1712, cf. INE, *Censo de Campoflorido*.

A veces llevar el pelo era solo la primera parte de un tratamiento, a la que le seguía un encuentro en persona entre paciente y sanador. Ese encuentro podía tener lugar tanto con la visita del enfermo al curandero o con el curandero yendo a casa del enfermo, dependiendo de las circunstancias individuales.

Los motivos para acudir en persona después de haber enviado los cabellos, es decir como una continuación del tratamiento de un sanador, podían ser muy diversos.

En el caso de Bernardo Castillo, enfermo desde hacía dos años “sin poder comer, beber, ni dormir”, fue el propio paciente quien le dio a su suegro “una mata de cabellos de su cabeza” para que éste los llevase de Molina de Aragón a Baños de Tajo, dónde vivía Mari Caxa.⁵⁸³ Sólo con haber santiguado los pelos, el enfermo ya se encontraba algo mejor. Concretamente, la mejora consistió en que “durmio toda la noche, lo que no havia conseguido en todo el tiempo de su enfermedad”.⁵⁸⁴ Varias personas implicadas afirmaron que de hecho coincidió la hora de la entrega del pelo, que era al anochecer, con el momento en que se quedó dormido. A raíz de esa experiencia positiva el enfermo decidió acudir junto con su suegro, Juan Ximénez, a casa de la dicha Mari Caxa. Allí se quedaron hasta el día siguiente, tiempo durante el cual, le santiguó cuatro o cinco veces. Más tarde, la mujer de Bernardo Castillo sacó la conclusión de que su marido se había curado gracias a ese tratamiento o, en otras palabras, “ella tenía por cierto que después de Dios debía la vida a una mujer de Vaños”.⁵⁸⁵ Bernardo Castillo basó su confianza en la habilidad de curar de Mari Caxa en lo que había experimentado anteriormente santiguando el pelo. Esa experiencia positiva es lo que al final le convenció de ir a verla.

En las fuentes se advierte la diferente eficacia obtenida entre santiguar a una persona real o a su sustitución en forma de pelo ya que a la presencia en persona se le atribuía una mayor

⁵⁸³ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Proceso inquisitorial contra Mari Caxa, Molina de Aragón, 1726. Testifical de Bernardo Castillo, sin fol.

⁵⁸⁴ Ibid.

⁵⁸⁵ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Mari Caxa, Molina de Aragón, 1726. Testifical de Nicolas de Quiñones, sin fol.

virtud. De modo que La Obispa, la curandera de Hontecillas, al rezar a unos pelos de un niño que le habían traído, le dijo a la persona que se los había entregado que “si el anxelico estubiese aquí fuera otra cosa y le aprobechara mas”.⁵⁸⁶ Fue probablemente por esa razón que la madre, al ver que su hijo no mejoraba en varios meses, tomase al final la decisión de llevar el niño a Hontecillas, aunque eso supuso un viaje de 20 kilómetros. En este caso, acudir a la curandera fue un último recurso al tener constancia que las santiguaciones eran más eficaces con el enfermo presente.

Para cerrar este subcapítulo queremos tratar un último aspecto de la práctica de llevar los cabellos, ya que esta práctica de sustitución se utilizaba no sólo para personas, sino también para animales. Cuando en 1742 enfermó un caballo “de mucha estimacion y aprecio”, el labrador Pedro Sotoca llevó un par de cerdas a la ya conocida La Obispa. El labrador y la curandera acordaron en que la causa de su enfermedad era el mal de ojo. Así, ella rezó sobre las cerdas y se las devolvió, ordenando que “las hechase en un casco con ascua y un poco de yncienso, y que con aquel humo sahumase al macho enfermo”.⁵⁸⁷ El labrador siguió las instrucciones, aunque el viernes de San Lorenzo, que según la Obispa debería estar sano, el animal se murió. La causa para este fracaso terapéutico no se llegó a averiguar.

IV.1.3 Lugares con recursos/ofertas curativas

Otra de las causas principales de movilidad por temas de salud fue viajar a lugares que por sus características naturales prometían la curación de diversas enfermedades.

La tipología es muy amplia, desde baños termales cuya fama atraía a pacientes de toda la península y más allá, pasando por lugares sagrados como santuarios, conventos y destinos de peregrinación, hasta el lugar de origen del enfermo que por los factores ambientales y climáticos se consideraba benéfico para su salud.

⁵⁸⁶ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Proceso inquisitorial contra La Obispa, Hontecillas. Testifical de Atanasio Palacios, fol. 8r.

⁵⁸⁷ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Testifical de Pedro Sotoca, fol. 11r.

IV.1.3.1 Baños termales y aguas minerales

El recurso a baños termales y aguas minerales como remedio para mantener o restituir la salud, es un tema ampliamente estudiado dentro de la historia de la medicina.

Lo que nos interesa aquí, sin embargo, son específicamente las razones particulares e individuales que motivaron a los enfermos a desplazarse a los sitios de los manantiales de dichas aguas. A modo de ejemplo, se han seleccionado casos de algunos pacientes del médico de la Corte, Juan Muñoz y Peralta, que dan detalles en su correspondencia con dicho médico del uso individual de determinadas aguas medicinales.

Entre la clientela de Muñoz y Peralta, es decir, personas que pertenecían a los grupos sociales que disponían de medios suficientes para consultar un médico de la élite académica, parece que era habitual la práctica de pedir con antelación un informe médico sobre la aptitud del uso de determinadas aguas para los casos individuales. Ese informe, una vez conseguido, sirvió para determinar junto con los médicos personales sobre la conveniencia de pasar a los baños respectivos o no.

El primer caso es el de Fray Miguel de la Concepción, superior de una orden religiosa. El fraile Miguel de la Concepción estaba enfermo desde hacia 30 años de “una crudeza acceda de estómago” tanto la causa de la enfermedad, como su evolución estaban estrechamente relacionados con su alimentación y estilo de vida, pero también con el remedio de la medicina galénica por excelencia: la sangría. A los 18 años consumió una gran cantidad de frutas sin madurar, lo que le produjo calentura, siendo purgado en muchas ocasiones para remediarla. Todo esto dio origen a una crudeza del estómago, que se cronificó a causa de sus estudios, y se agudizó al dedicar muchas horas a su trabajo como superior de su convento, todo ello unido a un continuo “abuso en los alimentos”. Llegado a este punto al enfermo se le administraron diferentes remedios, en especial durante los últimos años, sin obtener ningún tipo de mejoría: “pues las accedias permanezian y el dolor del [e]stomago y vientre referido repetían con la misma fuerza”. El médico, autor de la carta que estamos analizando, decidió que lo que le hacía

falta a su paciente era un remedio que “pudiese permear por todas las partes de el cuerpo, llevandose de calle sus impuridades”, y este remedio eran las aguas termales. Entonces se dirigió primero a los baños de Toro y Trillo, para consultar con los médicos de los balnearios la aptitud de los mismos para la enfermedad de su paciente. De los informes que resultaron de aquella consulta concluyó que estos baños, debido a su composición natural no iban a surtir el efecto necesario para el enfermo, ya que eran más adecuadas las aguas ácidas. El paso siguiente fue que el propio enfermo tomó la iniciativa de dirigirse con dichos informes a otro médico, un tal doctor Vargas. Éste, al parecer, compartió la opinión del primer médico con respecto de las aguas ácidas, ya que le recomendó de viajar a los baños de Puertollano, conocidos por la acidez de sus aguas.

Para entender adecuadamente la relación entre enfermedades crónicas originadas por el consumo inadecuado de ciertos alimentos, combinado con el *modus vivendi*, por un lado, y por otro lado la terapia basada en aguas ácidas, es de gran ayuda el texto de Alfonso Limón Montero, catedrático de Medicina de la Universidad de Alcalá, en su *Espejo cristalino de las aguas de España* (1697).⁵⁸⁸

Este tratado está considerado la primera obra extensa de Hidrología peninsular y, debía ser utilizado, como veremos a continuación, tanto por los médicos como por pacientes interesados en conocer las características de las aguas de los balnearios de la Península.⁵⁸⁹ El texto dedica una gran parte a las aguas ácidas del Campo de Calatrava, en concreto a los baños de Puertollano. En su afán de destacar las virtudes medicinales de aquellas aguas – el tono propagandístico no pasa desapercibido – Limón Montero explica también la causa de las enfermedades que pueden ser remediadas con ellas. En concreto dice: “Una de las causas

⁵⁸⁸ Alfonso LIMÓN MONTERO, *Espejo cristalino de las aguas de España. Hermoseado y guarnecido con el marco de variedad de fuentes y baños. Cuyas virtudes, excelencias y propiedades se examinan, disputan y acomodan a la salud, provecho y conveniencias de la vida humana* (Alcalá: Francisco García Fernández, Impresor de la Universidad, 1697).

⁵⁸⁹La obra de Limón Montero informa sobre “la situación geográfica, características físicas y químicas, efectos sobre la salud así como el modo de utilización de diversas aguas minerales”, cf. María Carmen DE LA ROSA y María Ángeles MOSSO, "Historia de las aguas mineromedicinales en España", *Observatorio Medioambiental* 7 (2004): pp. 117-137., aquí p. 123.

principales de las enfermedades es la mala cocción de los alimentos en el estómago”. La mala cocción conduce a obstrucciones, “especialmente de la región natural, esto es, del estómago, baço, higado, pancreas y mesenterio”. La razón particular para esas obstrucciones es porque allí, en esa parte del cuerpo, es donde “la naturaleza expelle los humores excrementicios, y allí inculcados y detenidos se corrompen con varias corrupciones, y causan gravissimas enfermedades,” tales como las enfermedades de la orina (piedras, flemas, crudezas saladas), incluso hasta la hipocondria.⁵⁹⁰ Ahora, el principio con que actúan las aguas ácidas de Puertollano es que ayudan a digerir bien los alimentos y a resolver las opilaciones. Según Limón Montero, las aguas producen ese efecto, “abriendo las vías y conductos, que naturaleza puso para la comunicación de los alimentos al cuerpo, y expulsión de los excrementos y humores viciosos”, por lo que “son una medicina universal, y un antidoto saludable, que libra de tan gravissimas enfermedades, como de aquellas causas se originan.”⁵⁹¹

Convencido al parecer de la idoneidad de estas aguas para su enfermedad, el religioso acudió dos veces a Puertollano. La primera vez, “por haver llegado tarde” sólo tuvo la oportunidad de disfrutar de las aguas durante algunos pocos días.⁵⁹² Es decir, tomar las aguas estaba limitado a una temporada concreta del año, que como señala Limón Montero era desde primeros de Abril hasta el solsticio de verano, el 21 de junio, y de nuevo desde primeros de Septiembre hasta finales de Octubre.⁵⁹³ Abstenerse de tomar las aguas en verano e invierno era importante, no por las características de las aguas propiamente dichas, sino por las medidas preventivas que el paciente debía tomar antes de empezar cualquier tratamiento con ellas. Se trataba, concretamente, de purgar y sangrar el cuerpo. Y, dado que realizar purgas y sangrías

⁵⁹⁰ LIMÓN MONTERO, *Espejo cristalino de las aguas*, pp. 210-211.

⁵⁹¹ *Ibid.*, p. 211. Para el autor, la eficacia de las aguas se evidencia con el hecho que la población de Puertollano, que se suele nutrir de alimentos “crasos”, como carne de cabrón, toro, vaca y jabalies, tanto recién muertos como salados, además de migas y gachas, - todos alimentos de gruesa sustancia que son “dificiles de digerir y muy acomodados para causar crudezas y obstrucciones” -, no tienen semejantes problemas, por usar de forma regular aquellas aguas ácidas, p. 211.

⁵⁹² AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Informe médico a Juan Muñoz y Peralta, sobre el paciente llamado fray Miguel, sin fecha, sin lugar.

⁵⁹³ LIMÓN MONTERO, *Espejo cristalino de las aguas*, p. 224.

con mucho calor o mucho frío no solo no era propicio, sino que incluso podía resultar dañino para la salud, consecuentemente tampoco se podían tomar las aguas en dichas estaciones.

Así, como Fray Miguel de la Concepción llegó a Puertollano a finales de octubre y no le dio tiempo para realizar el tratamiento completo, decidió volver de nuevo en primavera. Pero las altas esperanzas depositadas en las aguas ácidas de Puertollano no se cumplieron: “No solo no logró alivio, antes si durante su usso sintio grandes accedias y vino muy extenuado. Las accedias an continuado y le a repetido el accidente dos o tres vezes depues que vino”.⁵⁹⁴

Otro paciente, un tal don Agustín, probablemente de Vitoria, padecía en 1720 de epilepsia, también llamada morbo comicial o gota coral, que “le imbade en cualquiera tiempo”. Su médico Joseph Cardiel llegó a la conclusión que lo mejor para curarlo era enviarlo a tomar las aguas en Puertollano.⁵⁹⁵ Esa decisión, que a primera vista puede parecer poco comprensible - ¿qué tiene que ver la epilepsia con unas aguas famosas contra las opilaciones? – se explica por la evolución de la propia enfermedad. Todo empezó con una afección colérica, nacida de un susto. El humor colérico, situado en el hígado, exaltó y ascendió al cerebro, “liquando la materia que encontró [y] tubo la desgracia de caer a lo nervioso y a lo vital”.⁵⁹⁶ Los así causados “humores reasados y materias tartarias”, condujeron a su vez a una “dureza de vientre”. Como ya hemos dicho arriba, las aguas de Puertollano fueron administradas especialmente para obstrucciones de la región natural o de primera entraña (estómago, bazo, hígado, páncreas y mesenterio).⁵⁹⁷ Fue por ello que el médico Joseph Cardiel concluyó que para la curación de don Agustín “siento que las aguas accidulas, como son las de Puertollano en la Mancha, muy

⁵⁹⁴ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Fray Miguel, sin fecha, sin lugar.

⁵⁹⁵ Para asegurarse de tal decisión consultó la opinión de otros médicos. Como esta carta de consulta se halla entre la correspondencia conservada de Juan Muñoz y Peralta, se dirigió también a él. AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Joseph Cardiel, Vitoria, 1 de febrero de 1720.

⁵⁹⁶ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Joseph Cardiel, Vitoria, 1 de febrero de 1720.

⁵⁹⁷ La región natural, o como dice el médico Cardiel “el domicilio de las primeras entrañas”, se llama así “por ser la primera oficina adonde se elaboran succos aptos a los fines de naturaleza”, cf. Jerónimo MONTERO DE ESPINOSA, *El boixiano inexpugnable en el certamen de los mayores médicos de España, por el qual se intenta persuadir el verdadero methodo de tratar las enfermedades agudas* (Zaragoza: Joseph Fort, 1738), pp. 10-11. En términos actuales, se podría referir a las primeras partes del aparato digestivo.

notorias en la Corte, le an de servir de grande alibio”. La información sobre las propiedades específicas de las fuentes ácidas la obtuvo el médico “del tratado que escribió de dichas aguas el doctor Limón de Alcalá”, lo que indica su interés por que su paciente tuviera “antes de tomarlas una lebe preparación”.⁵⁹⁸ Más aún teniendo en cuenta la advertencia de Limón Montero de que sin purgar o sangrar previamente al paciente, las aguas podían agravar la enfermedad, tal y como le sucedió a un canónigo que enfermó de gota “usando de dichas aguas, y al tercer día, le sobrebino chirargra, que la misma enfermedad en las manos, la qual el nunca avia padecido, y se atribuyó este daño a no aver querido purgarse antes de usar de dichas aguas”.⁵⁹⁹

En cuanto a las distancias recorridas por los enfermos para tomar las aguas, si suponemos que el lugar de residencia de Joseph Cardiel, médico habitual del don Agustín, coincide con el del paciente, significa que el enfermo iba a salir desde Vitoria y que llegar a Puertollano le supondría un trayecto de unos 600 kilómetros. Un trayecto inverso y de una distancia todavía mayor (830 kilómetros), fue el viaje que realizó un hombre enfermo en el año 1720 desde Sevilla a los baños de Arnedillo en la Rioja, cruzando la península en diagonal desde el suroeste hasta el noreste. El boticario Simón Fernando Lozano, colega y amigo íntimo de Juan Muñoz y Peralta, se dirigió a este último porque tenía un amigo, pariente de su madrina, enfermo. La enfermedad que padecía era una “hidropezía muy penossa [...] combinada con un flato en el vientre y el pecho mui ancioso, por lo que a poco tiempo de aver dormido de noche le acomete con tal fatiga, que dice: parece se le quiere arrancar el alma”.⁶⁰⁰ Como al boticario le habían hablado muy bien de las propiedades curativas de las aguas de Arnedillo, tenía previsto viajar allí en primavera junto con su amigo enfermo y de paso hacer una parada en la Corte. La consulta a Muñoz y Peralta fue para saber qué medicinas recomendaría al enfermo

⁵⁹⁸ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Joseph Cardiel, Vitoria, 1 de febrero de 1720.

⁵⁹⁹ LIMÓN MONTERO, *Espejo cristalino de las aguas*, p. 217.

⁶⁰⁰ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Simón Fernando Lozano, Sevilla, 9 de enero de 1720.

para hacer lo más soportable posible el largo viaje.⁶⁰¹ Para ello, Lozano le dió más información sobre el estado físico del enfermo: “el sujeto tiene robustez, buenos colores y buenas ganas de comer”.

Es decir, a pesar de su dolencia, el amigo enfermo debía hallarse en buenas condiciones para desplazarse a las aguas termales de Arnedillo, que según Limón Montero “son de los más excelentes de España, y la estufa que en ellos ay, los haze mucho mas dignos de estimación que todos los que en dichos Reynos estan en uso por lo qual nos ha parecido ponerlos los primeros”.⁶⁰² La extensa descripción que Limón Montero ofrece a continuación explica que las aguas termales son de calor azul-verde, de sabor ferruginoso, y se encuentran a un cuarto de legua a las afueras de la villa de Arnedillo, en un valle hondo y estrecho. En cuanto a la temperatura del agua, dice que es tan caliente que “no se puede tener la mano en su nacimiento media Ave Maria, porque abrasa como la que sale de la lumbre muy caliente”. Por lo general se debían beber calientes, “recién tomadas del baño, y no se puedan beber frias, antes sean ingrattissimas al estomago, y proboquen vomito”,⁶⁰³ aunque también se tomaban baños y sahumeros. Estas aguas eran consideradas de utilidad para una gran variedad de enfermedades frías, como por ejemplo el asma, la perlesía, la hidropesía, la ciática, así como el morbo gálico. Así, para un enfermo como el amigo de Lozano que padecía una hidropesía, aquellas aguas eran perfectamente idóneas para su curación. Todo ello pese a que en un informe médico anterior sobre las aguas de Arnedillo, basado en el texto de Limón Montero, y citado en la carta de Lozano,⁶⁰⁴ se advierte específicamente que las hidropesías han de ser hidropesías frías, “esto es, causadas de humores fríos” y que no siendo así, “harán dichas aguas mayor daño que

⁶⁰¹ Ibid.

⁶⁰² LIMÓN MONTERO, *Espejo cristalino de las aguas*, p. 246.

⁶⁰³ Ibid., p. 252. Limón Montero, Alfonso: *Espejo cristalino*, p. 252.

⁶⁰⁴ „Quedo con el gusto de que Vuestra Merced viese con la experiencia comprobado su dictamen en el seguro conocimiento de la enfermedad de el Señor Infante.“ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Simón Fernando Lozano, Sevilla, 9 de enero de 1720.

provecho”.⁶⁰⁵

Por otro lado, Limón Montero insistió repetidamente en la importancia de la preparación del enfermo antes de usar las estufas, al igual quede seguir las indicaciones individuales al tomarlas.⁶⁰⁶ Así, aunque por lo general el tiempo más apropiado era la primavera, había casos en que por la causa que fuese, se tomaban las aguas también en otras épocas del año. Este fue el caso del amigo de Lozano que, aunque tenía previsto el viaje para primavera, lo adelantó, ya que el boticario informó a Peralta que el 20 de febrero de 1720, ya habían realizado la visita a los baños de Arnedillo, pero que su amigo “ia murio, y oi nos hallamos de entierro”.⁶⁰⁷

Un caso similar al del religioso Fray Miguel de la Concepción, fue lo que ocurrió durante la enfermedad del Conde de Aguilar y Frigiliana, don Rodrigo Manuel Manrique de Lara (1638-1717). Manrique de Lara vivió el problema de la Sucesión a la Corona de España en primera línea, al ocupar importantes cargos políticos tanto bajo el último Habsburgo (Virrey de Valencia) como bajo el primer Borbón (presidente del Consejo de Aragón y del Consejo de Indias). En 1710 el Conde de Aguilar estaba enfermo, y uno de sus criados remitió a Muñoz y Peralta una carta de consulta en la cual hace constar el interés de su señor por las aguas de Tiermes:

“Y porque le han notiziado, que el uso de las aguas de los Baños de Tiermas, le pudieran ser de beneficio y alivio para el afecto que padeze, pide Su Excelencia una relazion o consulta de la propiedad y qualidad de las aguas de dichos baños y para que accidentes se usa de ellas, asi bebidas, como tomadas en baño para sudar; que efectos producen en lo regular, y en que generos de achaques se ha reconozido de su uso el maior beneficio, porque con dicha relazion dessea Su Excelencia consultar con sus Medicos, si le sera conviniente para su alivio, pasar a usar de las aguas de dichos baños de Tiermas”.⁶⁰⁸

Para poder determinar si las aguas eran buenas para el caso particular del Conde, el criado indicó al médico una serie de detalles sobre el enfermo, como que tenía 72 años, que a

⁶⁰⁵ LIMÓN MONTERO, *Espejo cristalino de las aguas*, p. 255.

⁶⁰⁶ Limón Montero, Alfonso: *Espejo cristalino*, p. 409-410.

⁶⁰⁷ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Simón Fernando Lozano, Sevilla, 20 de febrero de 1720.

⁶⁰⁸ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Consulta en nombre del Conde de Aguilar y Frigiliana, don Rodrigo Manuel Manrique de Lara, 1711.

lo largo de su vida no había padecido enfermedades, sino que solía gozar de una buena salud. La enfermedad que padecía en esos momentos era “de mucha cantidad de flemas en el estómago, de que expele muchas por la orina”.⁶⁰⁹ Señala además, que no había tenido nunca morbo gálico. Esa última información era importante porque la mayoría de los baños termales no permitían la entrada de enfermos de morbo gálico, o de personas que anteriormente habían sufrido dicha enfermedad, aunque los baños de Arnedillo eran la excepción de la regla.

Junto con esta consulta inicial del criado del Conde de Aguilar, en el mismo legajo hay dos respuestas de dos médicos de la zona de las aguas de Tiermas. La primera carta, con fecha de 29 de marzo de 1711, fue escrita por Pedro de Anglada, primer médico de la ciudad de Jaca y la segunda, redactada por el médico Vicente Bagués, que se remitió directamente desde Tiermas el 6 de abril de 1711.

Para empezar, ambos médicos acordaron en que los baños de Tiermas eran aptos para el dolor ciático que estaba padeciendo el Conde. El médico de Jaca confirmó que gracias a su composición mineral (“vituminosas, nitrosas, aluminosas y sulfurias”) aquellas aguas eran especialmente eficaces para enfermedades frías y, por lo tanto, estaba convencido de que “le curarían no solo su dolor, sino tambien le desarraigarian la multitud de flemas que tiene”.⁶¹⁰ Poder curar enfermedades frías y húmedas con sustancias igualmente húmedas como el agua, se trataba en realidad de una paradoja dentro del sistema galénico, ya que este obraba por lo habitual con el principio de lo opuesto. El texto de Limón Montero aclara cómo aun así mantiene su lógica: Las aguas, junto con sus minerales, “calientan y desecan, porque aunque mojan y humedecen, el efecto resulta seco, pues son remedio a los humores fríos y húmedos”.⁶¹¹

El único reparo que en teoría podría haber desde el punto de vista del médico de Jaca fue la avanzada edad de 72 años, ya que para tomar dichas aguas hacía falta una constitución robusta. Es decir, lo que en estas cartas se está viendo es que la complexión del enfermo y de

⁶⁰⁹ Ibid.

⁶¹⁰ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Informe médico de Pedro de Anglada, Jaca, 29 de marzo de 1711.

⁶¹¹ LIMÓN MONTERO, *Espejo cristalino de las aguas*, p. 304.

su enfermedad fueran adecuados para las características de las aguas. Pero como le habían llegado noticias de lo bien que el Conde soportaba a su edad los viajes por motivos políticos, – en particular las “largas y disacomodadas marchas, transitando montes, y los que mas es, nevados Pirineos” – se consideró que el tratamiento era adecuado.⁶¹²

En cuanto a cómo tomar las aguas, el médico de Jaca le indicó que primero bebiese el agua de las fuentes y que, luego, tomase los baños, aconsejándole que entrase en “el pozo central y no en él de afuera, porque éste es indecente, inútil y poco provechoso.” El médico de Tiermes, por su parte, dio las indicaciones para el cuándo, diciendo que el tiempo más propicio para tomarlos era en primavera, desde 20 de mayo hasta fin de junio, y en el otoño, desde 8 de septiembre hasta mitad de octubre”.⁶¹³ Si finalmente el Conde de Aguilar acudió al balneario desde la corte, entonces realizó un trayecto de unos 430 kilómetros.

Al igual que todos los demás enfermos que iban a curarse desde “diversas partes así de España como de Francia y otros Reynos”,⁶¹⁴ el Conde se iba a encontrar con un lugar despoblado, en un bajo de un alto monte y rodeado por las riberas del río Aragón. Sin embargo, la falta de un núcleo urbano no significaba que los enfermos no tuvieran las comodidades necesarias: “tienen cassa y conveniencias para los que acuden a dichas aguas”.

Al comparar los detalles expuestos en las cartas con los datos que proporciona el tratado de Limón Montero, llama la atención que las cuestiones planteadas en la consulta hecha por el criado y los informes a los que dió lugar, fuesen similares a los aspectos tratados en la obra *Espejo cristalino*, además que en ambos casos se plantea la necesidad de tener información anticipada sobre un tema tan “sensible” como el del morbo gálico. En conclusión, parece que entre los pacientes que solían acudir a los baños termales existiese una base sólida de conocimiento compartido en cuanto a su uso.

⁶¹² AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Informe médico de Pedro de Anglada, Jaca, 29 de marzo de 1711.

⁶¹³ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Informe médico de Vicente Bagues, Tiermes, 6 de abril de 1711.

⁶¹⁴ LIMÓN MONTERO, *Espejo cristalino de las aguas*, p. 303.

IV.1.3.2 Lugares sagrados

En una sociedad en pleno proceso contrarreformista resulta lógico que las creencias y prácticas religiosas relacionadas con la salud y la enfermedad estuvieran en un primer plano, teniendo un papel destacado el recurso a los santos sanadores, santos a los que se les atribuía ‘milagros’ que curaban las enfermedades de aquellos que se les encomendaban.⁶¹⁵ Martínez Gil ha señalado para Castilla, en concreto para la provincia de Toledo, cómo durante los siglos XVI y XVII el culto a los santos y sus poderes especializados mostró una gran vitalidad, y los más apreciados fueron, sin duda, los que tenían como objeto la curación de enfermedades.⁶¹⁶ Parece ser que lo más frecuente era que la ayuda divina se solicitara por su intercesión, haciendo visitas y regalos a cada uno de los santos invocados.

De hecho, “cada enfermedad disponía de un santo abogado al que se acudía en demanda de curación”.⁶¹⁷ Así mismo, en la provincia de Teruel, había santos “especializados” en la cura de enfermedades determinadas. Fray Roque Alberto Faci incluye en su recopilación hagiográfica del reino de Aragón el culto a Nuestra Señora de Arcos (Albalate), santa acreditada para leprosos y otro a Nuestra Señora del Molino (Santa Eulalia del Campo), a la que acudían especialmente herniados para implorar su favor.⁶¹⁸

Los santos sanadores eran los que ocupaban con más frecuencia la titularidad de las ermitas y santuarios, lo que según Martínez Gil fue determinante para las romerías, especialmente en períodos de epidemia.⁶¹⁹ Así el desplazamiento a un lugar geográfico concreto donde se ubicaba el culto a un santo sanador se convirtió en un hecho común dando lugar a

⁶¹⁵ Sobre santos sanadores véase Fabián Alejandro CAMPAGNE, "Cultura popular y saber médico en la España de los Austrias ", en *Medicina y sociedad: curar y sanar en la España de los siglos XIII al XVI*, ed. María Estela GONZÁLEZ DE FAUVE (Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 1996), pp. 195-240.

⁶¹⁶ Fernando MARTÍNEZ GIL, *Muerte y sociedad en la España de los Austrias* (Madrid: Siglo XXI, 1993). Este autor ofrece una relación de santos y las enfermedades que curaban, así como algunos ejemplos referidos especialmente al área de Toledo, p. 248-258.

⁶¹⁷ *Ibid.*, p. 247.

⁶¹⁸ Fray Roque Faci: *Aragón, Reyno de Christo y Dote de María Santísima*, Zaragoza, 1739, p. 220. Citado en: Francisco Javier SÁENZ GUALLAR, "El estudio de los santuarios desde el punto de vista de la medicina popular. El caso de la Provincia de Teruel", *Temas de antropología aragonesa* 4 (1993): pp. 121-136.

⁶¹⁹ MARTÍNEZ GIL, *Muerte y sociedad*, pp. 248-258.

peregrinaciones y, consecuentemente a una forma de movilidad colectiva por temas de salud. Las romerías se entienden como un ritual religioso, curativo y sobre todo social por ser una experiencia colectiva que propicia las relaciones sociales entre los participantes.⁶²⁰ Cómo práctica para la búsqueda de salud es un tema muy amplio, del cual se han ocupado varios estudios orientados tanto desde un punto de vista histórico como antropológico.⁶²¹ Sin embargo, existen muy pocos trabajos histórico-médicos que se acerquen a esa estrategia desde la perspectiva del enfermo. Abordar aquí este tema con toda su amplitud queda, evidentemente, fuera de los límites de este trabajo, por lo que se podría plantear en un proyecto de futuro analizar las romerías en un contexto socio-médico como práctica curativa que estaba al alcance del enfermo.

Pero además de las peregrinaciones, estaban y están, las visitas habituales a los santuarios, entendidas como una práctica más individual e independiente de horarios y días festivos establecidos.

De este tema se han ocupado algunos estudios para otras partes de la Europa contrarreformista, por ejemplo el trabajo de David Gentilcore sobre el reino de Nápoles, ha constatado un tipo de actividad y preocupaciones de los enfermos muy parecidas a las que hemos podido constatar en la Península.⁶²² De hecho, el mismo culto a los santos por motivos de salud se seguía practicando incluso en oficialmente protestantes, a pesar de los muchos intentos de control, tal y como lo ha demostrado un estudio reciente de Philip Rieder sobre

⁶²⁰ Carmen CASTILLA VÁZQUEZ, "Rezar para sanar: el recurso mágico-religioso en la búsqueda de la salud", *Revista de Humanidades* 18 (2011): pp. 109-124., aquí p. 121.

⁶²¹ Para estudios históricos sobre romerías como práctica curativa, véase: Juan Francisco JORDÁN MONTÉS y Ginés LOZANO JAÉN, "Romerías y Peregrinaciones en la Serranía de Albacete: el santuario de la Virgen de Cortes en Alcaraz durante el siglo XVIII desde una perspectiva antropológica", *Al-Basit. Revista de Estudios Albacetenses* 57 (2012): pp. 71-139. Los autores de ese estudio han incluido una amplia discusión historiográfica al respecto. Un ejemplo para un estudio que desde la antropología médica analiza el fenómeno para la actualidad, es el ya citado estudio de CASTILLA VÁZQUEZ, "Rezar para sanar".

⁶²² David GENTILCORE, "The Church, the Devil and the healing activities of living saints in the Kingdom of Naples after the council of Trent", en *Medicine and Reformation*, ed. Ole Peter GRELL y Andrew CUNNINGHAM (London: Routledge, 1993), pp. 134-155.

Ginebra y sus pueblos colindantes.⁶²³ Se trata de un estudio excepcional que se ha acercado al fenómeno del recurso a los santos sanadores desde la historia del paciente y, que además, pone de relieve la gran importancia que ese tipo de recurso mágico-religioso tenía en la sociedad moderna, tanto a nivel europeo como a nivel interconfesional.

En las visitas a los santuarios, habitualmente se hacían regalos al santo sanador invocado, por lo general en forma de exvotos u ofrendas. Además, a menudo la visita iba acompañada con un determinado ritual, como por ejemplo tocar campanas, participar en una procesión, o también “lavarse o tomar unas aguas concretas”.⁶²⁴ Éste último ritual se ha venido practicando desde la Edad Moderna en la zona de Teruel, concretamente en Peñarroya de Tastavins para solicitar la intervención particular de Nuestra Señora de la Fuente.

De igual modo, en la novela picaresca *Vida y hechos de Estebanillo González*, el protagonista nos relata desde su perspectiva de pícaro una escena observada por él en la que se realizó una práctica curativa vinculada al culto de santos, aludiendo además a los elementos que hemos ido enumerando: un santo especializado en una enfermedad determinada; la invocación acompañada por un ritual específico; el elemento del agua como parte del ritual.

Estebanillo, en sus muchos viajes en los que atravesó una gran cantidad de países europeos durante la Guerra de los Treinta Años, concretamente entre 1621 y 1622, estuvo un tiempo en la ciudad siciliana Milazzo. Allí, cerca del puerto presencié el recurso de enfermos al santo sanador San Fafino,⁶²⁵ conocido por curar milagrosamente enfermedades de la piel como la goma⁶²⁶ o las lapas⁶²⁷. Tal y como lo describe Estebanillo, la práctica consistía en lo

⁶²³ RIEDER, "Miracles and Heretics: Protestants and Catholic Healing Practices in and around Geneve, 1530-1750".

⁶²⁴ SÁENZ GUALLAR, "El estudio de los santuarios desde el punto de vista de la medicina popular. El caso de la Provincia de Teruel", p. 135.

⁶²⁵ En cuanto a la leyenda, no se ha podido documentar un santo con el nombre San Fafino, pero sí la iglesia de San Papino en Milazzo, situada frente a la playa, cf. EG, vol. I, cap. II, p. 86, n. 103.

⁶²⁶ La goma: "el tumor o bulto que sale en la cabeza, o garganta, y en las canillas de los brazos y piernas", Dicc. Aut., 1734.

⁶²⁷ EG, vol. I, cap. II, p. 86, n. 104. Lamparones: "enfermedad conocida que nace en la garganta", Covarrubias, n. 40, p. 513.

siguiente:

“cualquiera persona que llega a encomendarse a este bendito santo, padeciendo destas enfermedades, metiéndose en el arena de su marina y echando sobre ella una poca de agua del mar de aquel puerto, le salen en breve espacio milagrosamente infinidades de gusanos de sus llagas antiguas o modernas, y queda bueno y sano de su pestífera enfermedad”.⁶²⁸

Aunque el tono irónico utilizado indique un cierto distanciamiento, la desaprobación no se refiere a su contenido creencial, sino al remedio utilizado, ya que según las ideas del personaje en torno a la salud y a la enfermedad, el agua del puerto era lo opuesto a su panacea: el vino.

Otro caso, que además permite reconstruir la distancia recorrida, es una curación milagrosa que se efectuó gracias a una visita al santuario de Nuestra Señora de Cortes en Alcaraz, Albacete.⁶²⁹ En 1586 una madre de la villa de Lezuza tenía una niña enferma con calenturas sin que las medicinas aplicadas durante más de tres meses surtiesen ningún efecto. “Viendose la madre con tan fundados temores de perder su hija, determinó traerla a el Santuario de Cortes, como lo executó”.⁶³⁰ Para desplazarse con su hija desde Lezuza a la ciudad de Alcaraz, que en estos momentos era junto con Albacete la localidad con más habitantes de toda la zona (>1.000), la madre tuvo que hacer un trayecto de unos 55 km. Es probable que para ello tomase el antiguo camino que comunicaba Alcaraz con Peñas de San Pedro, pasando por las numerosas localidades situadas a lo largo de esta vía. Al llegar al santuario, la madre “llena de fe, la puso en la peana de el Altar, pidiendo a su Magestad, que para su consuelo aliviase aquella pobre criatura. ¡Cosa maravillosa! Quedose la niña dormida, y a poco tiempo despertó perfectamente sana.”⁶³¹

Este caso es uno entre muchos que se pueden encontrar en la inmensa literatura de vidas

⁶²⁸ EG, vol. I, cap. II, p. 86-87.

⁶²⁹ Esteban PÉREZ DE PAREJA, *Historia de la primera fundación de Alcaraz y milagroso aparecimiento de Nuestra Señora de Cortes*, Reproducción facsimile de la edición de Valencia: Joseph Thomás Lucas, 1740 ed. (Albacete: Instituto de Estudios Albacetenses, 1997).

⁶³⁰ Ibid., p. 300.

⁶³¹ Ibid., p. 284.

de santos. Dada la magnitud de un tema como el recurso a un santo sanador en la sociedad barroca y el volumen ingente de la documentación generada por hagiografías y sus respectivos procesos de canonización y beatificación, tanto impresos como inéditos, me voy a limitar a solo un ejemplo de ese tipo de literatura hagiográfica.

Concretamente, para el contexto de la movilidad disponemos de una fuente privilegiada que nos permite ver los viajes de enfermos a un santuario, una fuente que no sólo coincide con el periodo de nuestro estudio, sino que también procede de una zona geográfica muy cercana a la que comprenden los procesos inquisitoriales. Se trata de la obra *Historia de la primera fundación de Alcaraz y milagroso aparecimiento de Nuestra Señora de Cortes*, escrita por Fray Esteban Pérez de Pareja y publicada en Valencia en 1740. En esta relación se recogen los milagros que se efectuaron por la intervención de la Virgen de Cortes, y en particular aquellos vinculados a su santuario, que está situado en la serranía de Alcaraz, en la actual provincia de Albacete, a pocos kilómetros (5 km) de la villa de Alcaraz.⁶³² Somos conscientes que el uso de la literatura hagiográfica requiere un trato cauteloso, ya que la información recogida es altamente mediatizada por el objetivo de comprobar los milagros asociados a un santo en concreto. Este estudio no se centrará en los milagros, sino en las circunstancias del viaje a un santuario por temas de salud. Es decir, se filtrarán los datos menos problemáticos desde un punto de vista de interpretación, como son el lugar desde donde acudían los enfermos, los tratamientos anteriores y los motivos que incitaron para emprender aquel viaje.

⁶³² Según la distribución geográfica de la época, esta zona pertenecía a La Mancha que englobaba a los partidos de Ciudad Real, Infantes y Alcaraz, haciendo frontera con Cuenca en el noreste, y en el sur con el reino de Murcia. Véase Tomás LÓPEZ, *Mapa de la Provincia de La Mancha, donde se comprenden los Partidos de Ciudad-Real, Infantes, y Alcaraz. Compuesta sobre las mejores memorias impresas y manuscritas, y sujetas a las observaciones Astronomicas* (Madrid:1765).



Fig. 4.3 Fragmento del mapa de la Provincia de La Mancha, Tomás López, 1765.

El santuario de Nuestra Señora de Cortes tiene una larga tradición en atraer a personas devotas, sobre todo de las localidades colindantes, pero también de lugares más alejados. De modo que su área de influencia llegó principalmente a las poblaciones del Campo de Montiel y del partido de Alcaraz e incluso a lugares tan lejanos como Baeza (140 km).⁶³³ Los enfermos que acudieron a este santuario, lo hicieron o bien porque creían en la virtud directa del mismo, o por cumplir una promesa como acción de gracias, o porque se paraban en él de camino a otro lugar curativo.

Entre los que para curarse consideraban necesario viajar en persona a visitar a la Virgen, estaban Bárbara de Rodenas, por una enfermedad de ojos, y su marido Miguel Pérez, por una enfermedad grave que, al parecer no tenía, remedio. Ambos eran vecinos de Bogarra, una villa que pertenecía a la jurisdicción de Alcaraz y que se encuentra a 32 kilómetros al este de dicho

⁶³³ Una de las estrategias para promover, difundir y mantener el culto a la virgen de Cortes era la labor de los ermitaños o limosneros que deambulaban por los diferentes partidos recolectando limosnas a través de la venta de retratos de la virgen. De esa forma difundían la devoción a esa patrona incluso en lugares alejados del santuario, como es el caso de Villanueva de la Reina (antes: Villanueva de Andújar), Jaén (190 km), cf. JORDÁN MONTÉS y LOZANO JAÉN, "Romerías y Peregrinaciones", pp. 118-119.

lugar santo. Bárbara de Rodenas fue la primera que “vino a visitar a nuestra Señora de Cortes, y a pedirle el remedio de su dolencia”. Poco antes de llegar al destino, su dolencia se agravó al empezar a supurar sangre por los ojos, no obstante le cayó un incidente impactante que agravó su dolencia,⁶³⁴ “con la ayuda de la Virgen” se curó y “cobró perfecta vista”. El caso de su marido, Miguel Pérez, fue aún más complicado. En el año de 1691 cayó enfermo de “un accidente tan pernicioso, que no aviendo en el pulso, ni en la orina indicios de calentura, el calor interno lo abrasava; y llegó a debilitarse tanto, que por sí solo no podía moverse en la cama”. Estuvo así durante más de tres meses sin que las medicinas aplicadas surtiesen ningún efecto. Desahuciado por los médicos, Miguel Pérez decidió que la única forma para curarse era por mediación de la Virgen de Cortes, pero que para ello era necesario visitar su santuario.

Dada su debilidad, “todos sentian mal de este viage, porque hizieron juicio, se les quedasse muerto en el camino”.⁶³⁵ Aún más, su entorno inmediato atribuyó la decisión al delirio causado por su enfermedad. Sin embargo, Miguel Pérez impuso su voluntad, y su familia le preparó para un viaje que iba a realizar en caballo. Según el texto hagiográfico que estamos utilizando, la simple voluntad a desplazarse al santuario ya fue una invocación suficiente para lograr mejoría, ya que “penas hubo caminado media legua, quando se hallo tan bueno, y tan robusto, que pudo hazerle correr a el cavallo; siendo assi, que una hora antes, fue menester mucho trabajo para montarlo”.⁶³⁶

Además de esta pareja en la relación de Fray Esteben Pérez Pareja aparece el caso de otro hombre de Bienvenida que pese a su mala condición física acudió igualmente en persona al santuario.⁶³⁷ El resto de referencias es a personas que se quedaron en el momento más crítico

⁶³⁴ “Dispuso la Divina Providencia, que antes de llegar a el Santuario, se alterasse el humor que fluia a los ojos, con tanto exceso, que no solo se le pusieron encarnados, si que tambien por ellos derramava sangre viva, sin poder descubrir el rostro, por los excessivos dolores que le causava el resplandor; por lo que fue preciso, passarla desde el Santuario a la Aldea de la Solanilla, donde la pusieron en un quarto muy obscuro, pues aun la luz de el candil la molestava mucho.” PÉREZ DE PAREJA, *Nuestra Señora de Cortes*, p. 336.

⁶³⁵ *Ibid.*, p. 338.

⁶³⁶ *Ibid.*

⁶³⁷ Aquel hombre fue Pasqual Vezares, vecino de Bienvenida, que padecía de unos dolores de ceática. El lugar de Bienvenida está situado a 35 kilómetros al sur del santuario, PÉREZ DE PAREJA, *Nuestra Señora de Cortes*, p. 349.

de su enfermedad en sus lugares de origen, desde dónde hicieron las invocaciones a la Virgen de Cortes, y después de haber recuperado la salud gracias a su intervención milagrosa, se fueron a visitar el santuario, para demostrar la gratitud a la Virgen. Cumplir con la visita era un asunto importante, ya que nació de una promesa que el enfermo le había hecho a la Virgen en el momento de implorar su favor. De este modo existe una lista larga de personas convalecientes que acudieron al santuario de Alcaraz para dar las gracias por su mejoría. De hecho, las enfermedades de las que se curaron eran de distinta índole, por lo que la Virgen de Cortes no era una santa sanadora especializada en alguna enfermedad determinada, sino que el recurso a ella fue, más bien, un remedio universal.

Como era de esperar, entre los enfermos convalecientes hubo también casos que una vez recuperada la salud se olvidaron de la promesa que dieron en su momento de máxima desesperación suplicando la ayuda de la Virgen.⁶³⁸ No cumplir con la promesa era percibido como una señal de ingratitud, y la ingratitud fue por lo habitual “recordado” con una recaída a la misma enfermedad o a otra incluso más grave.⁶³⁹ Uno de ellos fue el caso de Ana Vela de Torrenueva, población situada junto a la linde con el partido de Ciudad Real, y distante de Alcaraz unos 90 kilómetros. Embarazada de ocho meses, parió un niño muerto. A continuación del parto tuvo tabardillo y, también, perdió el juicio durante un año, “quedando tan furiosa, que para evitar muchas desgracias, indispensables en los que padecen tan penoso accidente, la amarraron con grillos, y cadena”.⁶⁴⁰ Mientras tanto su marido “no omitió diligencia alguna, que pudiera conducir para su alivio”.⁶⁴¹ Pero como los remedios habituales no surtieron ningún

⁶³⁸ Respecto a las consecuencias del incumplimiento de las promesas ofrecidas a la virgen de Cortes, y la lógica detrás, véase JORDÁN MONTÉS y LOZANO JAÉN, "Romerías y Peregrinaciones", p. 118.

⁶³⁹ Casos parecidos de ingratitud son: Andrea López de Albaladejo (40 km), sanó de mal de corazón. Por no cumplir la promesa recayó, p. 343; Ana María de Cantos de Bienservida (35 km) pasó por una serie de enfermedades de las cuales se curó gracias a la intervención de la virgen de Cortes, sólo que nunca manifestó su gratitud. Por lo que los achaques cada vez se volvieron más graves. Empezó en 1723 con una perlesía, el año siguiente se le hincharon los pies y las piernas y en 1725, cayó en tierra, con los ojos cerrados y sin señal de vida, p. 357, cf. PÉREZ DE PAREJA, *Nuestra Señora de Cortes*.

⁶⁴⁰ *Ibid.*, p. 344.

⁶⁴¹ *Ibid.*, p. 345.

efecto, decidió invocar a la Virgen de Cortes, “ofreciendo, si con su intercession conseguia su muger la salud, llevarla al punto a el Santuario de Cortes, a visitar su Sagrada Imagen”. Gracias a esta invocación, Ana Vela sanó, pero no se realizó aquella visita prometida. El año siguiente, volvió a sufrir otra enfermedad, esta vez gota coral, que le dio “con tanta fuerça, y tan repetidas vezes, que la dexava como loca; y fue preciso ponerle nuevamente grillos, y cadena”.⁶⁴² Desahuciada por los médicos, el marido reconoció que el estado tan agravado de su mujer se debía a no haber cumplido la promesa que le había hecho a la Virgen de Cortes. Según se narra en la fuente consultada repitió la plegaría y misma promesa, con lo que al instante Ana Vela se recuperó, realizando finalmente el viaje al santuario.

Otro caso es el de Pedro Piñero, vecino de Villanueva de los Infantes, que en 1706 estaba tullido y sufría de fuertes dolores. Los médicos que le atendían le aconsejaron acudir a los “Baños de la Fuente de el Buytre”.⁶⁴³ Dichos baños destacan por su frialdad, “tan contra lo comun de los demas baños de España”, donde las aguas eran normalmente templadas o calientes. Según Fray Esteban Pérez esas aguas tenían, por ser frías, una virtud curativa que “no es terrestre sino que obraba por influxo superior”.⁶⁴⁴

También en las “Relaciones geográfico-históricas de Albacete (1786-1789)” se describe dicha fuente:

“A cinco leguas de distancia de esta Ciudad [Alcaraz] a Oriente camino de las Peñas de San Pedro, hai una fuente llamada Fuen-Santa o del buitire, e inmediato a ella un baño en que se hace uso de sus aguas por las diversas gentes que concurren de muchas partes por el mes de Septiembre experimentando buenos efectos de ellas particularmente en dolores reumáticos; son esta agua en todo tiempo frigidísimas, de modo que la naturaleza más robusta apenas podrá estar dentro de ellas media hora, y después de haber salido el paciente experimenta extraordinarias convulsiones por más de una hora; no tienen más gusto, que el de una agua cristalina, y delgada”.⁶⁴⁵

⁶⁴² Ibid.

⁶⁴³ Fray Esteban Pérez le dedicó a la Fuente del Buitre en su relación sobre Alcaraz varios párrafos, informando sobre sus características naturales (composición química) y virtudes medicinales, *ibid.*, p. 26-28.

⁶⁴⁴ *Ibid.*, p. 27.

⁶⁴⁵ Fernando RODRÍGUEZ DE LA TORRE y José CANO VALERO, *Relaciones geográfico-históricas de Albacete (1786-1789) de Tomás López* (Albacete: Diputación Provincial de Albacete - CSIC, 1987).

Un viaje a aquellos baños que se encuentran cerca de la localidad de Casas de Lázaro supondría un trayecto de unos 83 kilómetros. Para llegar allí, Pedro Piñero pasó por Alcaraz y paró en el santuario de la Virgen de Cortés. En ese momento ya había realizado dos tercios del largo trayecto. Fue allí en el santuario donde el enfermo invocó el favor de la Virgen. De aquel “baño espiritual” salió el enfermo con tan perfecto estado de salud, que ya no le hacía falta recorrer los restantes 30 kilómetros hasta la Fuente del Buitre. Así, “sin pasar a los baños, bolvio alegre a su casa”.⁶⁴⁶

La misma forma de encadenar visitas a dos lugares distintos con virtudes sanadoras la realizó un grupo de personas que salió en septiembre de 1738 de Villanueva de la Fuente. El objetivo del viaje era una visita a los Baños del Buitre – por lo visto era el mes de septiembre la época propicia para tomar aquellos baños⁶⁴⁷ – y a la vez tenían planeado parar de camino en el santuario de la Virgen de Cortes. Este grupo, compuesto por dos matrimonios y una mujer soltera, tuvo varios incidentes durante el viaje: se perdieron en la oscuridad, hubo un accidente con el caballo del cual salió herida una de las mujeres y, al subir la cuesta para llegar al santuario, otra mujer mayor, “muy enferma y debil” se cayó “dando de cabeza en las piedras [...] y por lo abanzado de la edad, y peligroso de la caída, discurrieron hallarla difunta o al menos muy mal tratada”.⁶⁴⁸ Como percibieron que se habían salvado milagrosamente de todos los accidentes, este grupo de peregrinos cuando llegó al santuario se limitaron a manifestar su devoción e inmensa gratitud a la Virgen, con lo que la visita a los baños quedó olvidada.

IV.1.3.3 Lugar de origen

Las *sex res non naturales* eran, en el galenismo, la base de los regímenes de salud. Tal y como ya se ha explicado brevemente en el primer capítulo, este esquema implicaba llevar una forma reglada en los seis ámbitos de vida que afectaban el cuerpo humano desde el exterior y

⁶⁴⁶ PÉREZ DE PAREJA, *Nuestra Señora de Cortes*, pp. 348-349.

⁶⁴⁷ RODRÍGUEZ DE LA TORRE y CANO VALERO, *Relaciones geográfico-históricas de Albacete*.

⁶⁴⁸ PÉREZ DE PAREJA, *Nuestra Señora de Cortes*, pp. 329-331.

que no son una parte estrictamente intrínseca de su naturaleza. Son los siguientes: aire y ambiente, comida y bebida, movimiento y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y afectos del ánimo. Con ello determinaban la higiene individual de cada persona, la llamada “dietética”, que a su vez formaba la base no solo para mantener la salud, sino estaba entre los primeros recursos para restituirla.

La primera de las *sex res*, el aire y ambiente, es la que protagonizará ese subcapítulo, ya que el aire y el ambiente eran factores fundamentales para preservar la salud, lo eran todavía más para curar las enfermedades. Dado que la enfermedad era entendida de forma individual, los remedios para tratarla debían ser igualmente elegidos según las características personales (*complexión*) del enfermo. Por lo tanto, determinar en qué medida al aire y ambiente eran propicios para recuperar la salud, era un asunto que se regía por las características individuales de cada enfermo.

Según qué enfermedad, en muchos casos se consideraba que no sólo un cambio del aire en general, sino que en particular el traslado al lugar de origen iba a tener un importante efecto curativo. Para esa finalidad hubo varios enfermos que realizaron viajes de considerables distancias.

Francisco Corellano, que trabajaba como administrador del puerto en La Yunta, padecía en 1629 de una melancolía grave, su médico, el doctor Zaragoza de la ciudad de Molina de Aragón le aconsejó que volviese a su lugar de origen, porque según su parecer, como estaba enfermo de melancolía, “no sanaria dello sino mudaba tierra”.⁶⁴⁹ El viaje de vuelta a Cervera de Alhambra, localidad de donde era natural, suponía un viaje de 160 kilómetros. Aun así, siguió Francisco Corellano el consejo del médico y con la ayuda de unos amigos se preparó para el viaje de vuelta a su casa.

Tenemos noticia de otro caso parecido, concretamente de un paciente del médico Juan

⁶⁴⁹ ADC, Leg. 430, exp. 6076. Proceso inquisitorial contra Catalina Díaz y María Muñoz, La Yunta, 1629. Audiencia de Catalina Díaz, fol. 28v.

Muñoz y Peralta. En una carta fechada de 7 de mayo de 1718, el enfermo mismo, Agustín de Arana y Poues informó a Peralta que “para la curación de el afecto de melancolía ypocondraca me fue prezziso retirarme a mi casa donde me hallo”.⁶⁵⁰ La distancia que hay entre Isla, una localidad de Cantabria, y la Corte, dónde probablemente estaba viviendo el paciente, es de unos 480 kilómetros.

Volver al lugar de origen fue también el dictamen médico para la enfermedad de Fray Esteban Pérez de Pareja, el autor de las relaciones hagiográficas de la Virgen de Cortes que hemos tratado arriba. Como el mismo refiere, en el año de 1696, cuando se encontraba como “corista pasante” en el convento de la ciudad de Alcaraz, se puso seriamente enfermo. Su relato es el siguiente:

“por el mes de Julio me acometieron unas calenturas tan malignas, que a juicio de los medicos eran muy peligrosas. Cedieron los crecimientos a la eficacia de las medicinas, pero no la continuación de la calentura; pues estava ésta tan arraigada, que temieron me pusiesse hetico. Con este temor, dispusieron mudasse de ayres, y passasse a Villanueva de los Infantes, mi Patria, por ver si los nativos eran mas favorables”.⁶⁵¹

Pero no sólo no mejoró al llegar a Villanueva de los Infantes, que se encontraba a 50 kilómetros de Alcaraz, sino que empezó a encontrarse mucho peor. Según él mismo relata, fue finalmente gracias la intervención milagrosa de la Virgen de Cortes lo que le se salvó.

Esta misma fuente recoge otros casos de enfermos a los que primero los médicos les mandaron cambiar de aire y que, al no obtener mejoría, terminaron yendo al santuario de la Virgen de Cortes. El consejo médico de “mudarse de aire” se refería en estos casos, no al lugar de origen, sino, al contrario, a otra zona diferente a la habitual.

El primer caso es el de María Ana Sánchez de Figueroa, vecina de Villanueva de los Infantes, enferma de hidropesía. Una dolencia paradójica en sus síntomas, ya que aunque los enfermos suelen sentir una sed extrema, la misma agua que consumen les produce un fuerte

⁶⁵⁰ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de Agustín de Arana y Poues a Juan Muñoz y Peralta, Laredo (Isla), 7 de mayo de 1718.

⁶⁵¹ PÉREZ DE PAREJA, *Nuestra Señora de Cortes*, p. 288.

dolor. “Si no beven, se queman; y si beven, se abrasan”.⁶⁵² El tratamiento de los médicos de la localidad no consiguió mejorar el estado de María Ana, por lo que “le mandaron mudar de ayres; por ver si en distinto temperamento evacuava los humores, que sin remedio le quitava la vida”.⁶⁵³ La enferma fue llevada entonces a Alcaraz, pero no por la cercanía del santuario, el cual, de hecho, no tenía ninguna intención de visitar, sino simplemente por el clima diferente. No obstante, al final María Ana sí que acudió a ver a la Virgen animada por unas señoras que, de camino al santuario, pasaron por la posada en la que la enferma estaba instalada, y le propusieron que las acompañase.

En el último caso que vamos a tratar en este subcapítulo, el lugar de origen se presentó no cómo un espacio propicio para la salud, sino todo lo contrario, como un lugar altamente nocivo, del cual recomendaron que el enfermo se retirase. Así ocurrió con don Joseph Aurelio Fernández Bonache, un teólogo de la Universidad de Baeza, que estaba enfermo de calentura hética. Cuando el tratamiento aplicado no tuvo ningún efecto, “le mandaron los medicos mudasse de ayres, porque si permanecia en su patria, era muy en breve cierta su muerte”.⁶⁵⁴ Preocupado por su salud y vida, el teólogo les hizo caso y se fue a la ciudad de Écija, “por ser mas favorable el temperamento; y tener medicos de la mayor inteligencia, y opinion”. Desahuciado también por los médicos de esa ciudad, por consejo de un sacerdote que además era pariente suyo, el único remedio que le quedó fue acudir al santuario de la Virgen de Cortes. La distancia que recorrió este paciente en todos estos trayectos no fue nada desdeñable: Desde la “nociva” ciudad de Baeza a la de Écija hay 190 kilómetros y tras volver a Baeza, emprendió el viaje a Alcaraz, que a su vez fue un trayecto de 140 kilómetros.

Más allá de las grandes distancias que algunos enfermos estaban dispuestos a superar por cambiar de aires muestran estos ejemplos que, sobre todo aquellos relacionados con las curas maravillosas de la Virgen de Cortes, como se enlazaban en la búsqueda de salud las

⁶⁵² Ibid., p. 371.

⁶⁵³ Ibid.

⁶⁵⁴ Ibid., p. 368.

diferentes formas de curar. Era por tanto posible que los recursos sanitarios pertenecientes a diferentes sistemas se diesen la mano o que se cambiase entre el uno y el otro sin que esto necesariamente significase un cambio abrupto en las convicciones de las personas afectadas.

IV.2 Preparativos y organización del viaje

El modo de cómo viajar a un lugar alejado que ofrecía de alguna manera una mejora en el estado de salud del enfermo, dependía de una gran variedad de factores. Así, la forma de desplazarse estuvo determinada, en primer lugar, por la condición física del enfermo y su grado de su incapacidad. Además, para decidir si el enfermo viajaba sólo o acompañado, además de sus condiciones físicas influyó en gran medida el género de la persona enferma. Otros factores determinantes fueron el estado de los caminos y, sobre todo, la procedencia social, que posibilitaba y los unos medios de transporte u otros (caballo, carruaje). Además, en este subcapítulo se prestará una especial atención a los actores secundarios, y el papel que desempeñaron a la hora de acompañar a los enfermos o ser enviados para entregar elementos necesarios para el tratamiento.

IV.2.1 Compañeros de viaje. La importancia de los actores secundarios

Para tratar el tema de las personas que ayudaban al enfermo a recorrer distancias, fuera como acompañante o como recadero (enviado, mensajero), volvemos de nuevo al caso de La Obispa, aquella mujer que vivía con su familia en la villa de Hontecillas y que era conocida por sus facultades curativas, especialmente en enfermedades relacionadas con el mal de ojo.⁶⁵⁵

La documentación inquisitorial permite reconstruir cómo varios enfermos que recurrieron a ella para sanarse partieron de dos pueblos: Valera de Abajo, a 12 kilómetros de distancia y de La Almarcha, a 20 kilómetros.

⁶⁵⁵ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Proceso inquisitorial contra La Obispa, La Puebla, 1742.

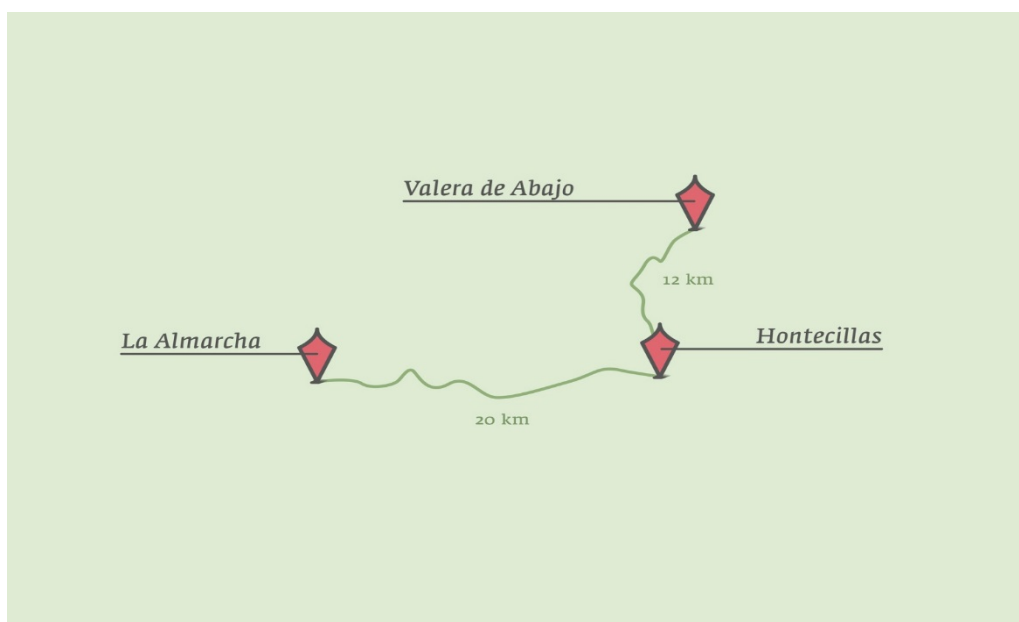


Fig. 4.4 Distancias recorridas para acudir a La Obispa (Hontecillas), ADC, 1741.

En 1741 Francisco Palacios, un hombre de 21 años y vecino de Valera de Abajo, padecía unos dolores continuos. Para curarse de su mal solicitó la asistencia de La Obispa.

Para llegar al pueblo donde residía la curandera, a 12 kilómetros al sur de Valera de Abajo, Francisco Palacios preguntó a Juan Saiz de Valverde, un vecino suyo de su edad, si le podía hacer el favor de acompañarle. Juan había vivido algunos años allí, por lo que conocía bien la zona y además sabía localizar la casa donde vivía La Obispa.

Así a principios de junio de 1741 partieron el enfermo y su acompañante de Valera de Abajo y llegaron a la casa de la curandera a mediodía (“sobre el toque de la oración del medio día”), dónde estuvieron por espacio de una hora. Después del tratamiento, que básicamente consistió en ponerle la mano en la frente, rezarle una oración, y darle una serie de instrucciones. A continuación, Francisco y su vecino volvieron a casa. Siguiendo las indicaciones de La Obispa, su acompañante le puso en la frente un paño bien apretado durante todo el camino de vuelta.

Al llegar a casa, realizó las demás indicaciones de la Obispa y se puso “en las piernas

unos paños moxados en aguardiente tibia”.⁶⁵⁶ Aunque con este remedio sintió algún alivio, no recobró totalmente la salud. Por eso, Francisco volvió pocos días después otra vez a Hontecillas, esta vez acompañado por su hermano mayor, Atanasio Palacios (un pastor soltero de 26 años). El tratamiento que el enfermo recibió esta vez requirió más tiempo y dedicación, por lo que el enfermo se quedó a dormir en casa de La Obispa. Mientras tanto, Atanasio Palacios, su hermano mayor, quién le había acompañado, no se quedó con él, sino se volvió ese mismo día a Valera de Abajo. Al día siguiente hizo el mismo camino de nuevo para recoger a su hermano y volverse con él. Encargarse de acompañar a su hermano enfermo para que éste recibiese el tratamiento necesario, supuso para Atanasio de ir y volver dos veces entre Valera de Abajo y Hontecillas, recorriendo a pie una distancia de unos 50 kilómetros en dos días. Según las testificales de este proceso, estando en casa de la Obispa, los dos hermanos coincidieron con un hombre que vino del otro pueblo que hemos mencionado arriba, La Almarcha. Este hombre, un pastor de mediana edad acudió, como ya vimos, a llevar unos cabellos de su sobrino para que La Obispa los santiguase.

Como la práctica de llevar los cabellos ya se ha tratado antes con más profundidad, ahora nos detendremos en el esfuerzo que le supuso al pastor de 27 años Pedro Sotoca entregarlos. En el mes de junio, cuando “ya iban los trigos medio en color” salió de La Almarcha a la hora del toque del Ave María de la Noche (18:00 horas) y llegó a la villa de Hontecillas a media noche.⁶⁵⁷ Como ya hemos dicho, la distancia entre ambas villas era de aproximadamente 20 km. Dependiendo de las características de los caminos, es razonable caminar los 20 kilómetros en unas seis horas. Eso sí, con no mucho tiempo de descanso y, teniendo en cuenta que la mitad del camino la hizo de noche. Cuando llegó a la casa de la Obispa, la halló primero cerrada, pero luego salió “la santiguadora”, medio desnuda porque ya se había acostado:

“y que por conocerla ya el declarante la saludo, y le refirió que su sobrino estaba enfermo, y le

⁶⁵⁶ ADC, Leg. 598, exp. 7216. La Obispa, La Puebla, 1742. Testifical de Francisco Palacios, fol. 5r.

⁶⁵⁷ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Testifical de Pedro Sotoca, pastor, 27 años, fol. 23r-23v.

entrego el papel con los cabellos para que los santiguase y que ella los tomo y se fue a su cama, y el declarante se quedo en el portal, y se hecho a dormir zerca de la puerta de la calle”.⁶⁵⁸

Después de seis horas de camino, el pastor se puso a dormir en la calle, esperando a que se despertase la curandera para atenderle. Antes de salir el sol, la Obispa le abrió de nuevo la puerta y le informó de que “ya está despachado”. Con esa información se despidió de ella y antes de iniciar el camino de vuelta, paró en casa de otro vecino del lugar para almorzar con él y su mujer.

El ejemplo de Atanasio Palacios quien acompañó a su hermano, y el del pastor que entregó los cabellos de su sobrino, son ilustrativos de los esfuerzos que asumían personas cercanas al enfermo, dadas las incomodidades del viaje y las distancias que tuvieron que hacer a pie. Pero también muestran hasta qué punto se involucraban activamente los miembros masculinos de la familia para apoyar y ayudar en la curación de sus parientes enfermos.

IV.2.1.1 Mujeres

Otro tema importante es si estos viajes se realizaban solos o en compañía, ya que las diferencias según el género son notables. En la documentación consultada los casos de mujeres que se desplazaban, o por su propia salud o por la de un hijo suyo, lo hacían casi siempre junto a algún hombre, ya que rara vez viajaba una mujer sola o acompañada por otra persona de su sexo. De hecho, lo habitual era que mujeres enfermas fuesen acompañadas por hombres, especialmente por su marido.

Como en los procesos se repiten razonamientos de tipo “por ausencia de su marido” al explicar el papel del acompañante asumido por otra persona, nos inclinamos a pensar que el marido era la primera elección como acompañante.

Así, en el proceso contra La Obispa, por ejemplo, aparecen varios maridos acompañando a sus mujeres e hijos (Diego Sotoca Hidalgo y Úrsula Díaz; Gregorio de Salas y

⁶⁵⁸ ADC, Leg. 598, exp. 7216. Testifical de Pedro Sotoca, fol. 23r.

María García Guijarro).⁶⁵⁹ Otro caso es el de un arriero de Alarcón, llamado Joseph, que llevó su mujer, enferma de locura, para que la curase Francisco Bancino, un cirujano que además de ejercer su profesión, trataba a los enfermos con remedios de carácter mágico-creencial.⁶⁶⁰ También tenemos noticia de Ana Benito que fue acompañada por su marido para ir a ver a Mari Caxa, curandera en Baños de Tajo,⁶⁶¹ así como de un matrimonio que viajaron juntos de Belmontejo a Periesteban para que Juan Ruiz santiguase a su hijo (13,7 km / 2h 45 min).⁶⁶² Igualmente, a partir de las causas criminales contra una serie de profesionales de la medicina, tenemos información de un caso en el cual el padre llevo a su hija enferma de Fontanarejo a Arroba de los Montes, que distan unos 10 km, y se quedaron allí durante 10 ó 12 días.⁶⁶³

Si por alguna razón el marido no podía ir de acompañante, entonces se sustituía por otra persona, normalmente perteneciente al círculo familiar. Este fue el caso de la hija de María Sotoca. En noviembre, tras varios meses de enfermedad, la madre decidió finalmente llevarla a ver a La Obispa. Pero como en ese momento, su marido Andrés Sánchez estaba fuera ya que “se fue al reyno de Murcia con su ganado”, como la misma Maria Sotoca señaló, fue necesario recurrir a otra persona que las acompañase. En este caso le tocó al hermano mayor, Diego Sotoca, hacer con su hermana y su sobrina un viaje de 20 kilómetros hasta Hontecillas.

Por lo visto, el marido como era pastor estaba realizando justamente en aquel mes de noviembre uno de los grandes desplazamientos semianuales, la trashumancia, en las cuales “las cabañas en invierno, debido al frío y la nieve que reduce la superficie de los pastos en el norte, se dirigen a los invernaderos del Sur de Castilla, Andalucía, Extremadura, Valle del Ebro y Levante”.⁶⁶⁴ En el caso de esta familia de pastores, la trashumancia no fue una actividad nómada que se realizaba con toda la familia, sino que se desplazaba únicamente el padre, mientras que

⁶⁵⁹ ADC, Leg. 598, exp. 7216. La Obispa, La Puebla, 1742.

⁶⁶⁰ ADC, Leg. 592, exp. 7182. Proceso inquisitorial contra Francisco Bancino, cirujano, Campillo de Altobuey, 1728.

⁶⁶¹ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Proceso inquisitorial contra Mari Caxa, Baños, 1726.

⁶⁶² ADC, Leg. 558, exp. 6958. Proceso inquisitorial contra Juan Ruíz, Villarejo Periesteban, 1698.

⁶⁶³ AMT, C. 6234, exp. 886. Proceso criminal contra Francisco de la Peña, Arroba, 1622.

⁶⁶⁴ Julius KLEIN, *La Mesta: estudio de la historia económica española, 1273-1836* (Madrid: Alianza, 1979).

el resto de la familia permanecía en el hogar. Durante la ausencia del marido, su papel como padre de la familia era reemplazado por el hermano mayor de la mujer, quién realizaba tareas que normalmente correspondían a él.

También hemos localizado casos de personas de fuera del núcleo familiar que acompañaron a mujeres, por ejemplo, Josefa Martínez, que “por estar hechizada” había decidido apartarse durante algún tiempo de su marido Blas Herraiz y en su lugar vivir con su hermana en Olmeda. Cuando decidió volverse a vivir con su marido a Buciegas, un pueblo cercano a cuatro kilómetros, la acompañó el marido de Ana Alcalde, una vecina de Olmeda.⁶⁶⁵

El caso de Josefa Martínez es uno de los pocos en el que hemos localizado mujeres que viajaban junto a otras mujeres. Fue precisamente la mencionada vecina quien se encargó de llevar la curandera de Olmeda a Buciegas para que ésta curase a su amiga en el lugar en el que residía del hechizo que padecía. Entre las fuentes inquisitoriales hemos localizado otro caso de mujeres acompañadas por mujeres. No obstante, presenta ciertas dificultades con respecto a determinar su veracidad por las contradicciones de los testimonios. Así, en el proceso contra Juan Ruiz, de Villarejo de Pereiesteban, Catalina Velmar declaró, como además de haber recurrido ella al curandero, también acudió junto a Isabel Guijarro, “por ausencia de su marido”, para recuperar un amuleto perdido.⁶⁶⁶ Hecho que negó esta última.⁶⁶⁷

Aunque la imagen que nos transmiten los procesos indique que solo rara vez iba una mujer acompañada por otra mujer en viajes por temas de salud, no hay que descartar que por otro tipo de asuntos las mujeres también solían moverse entre pueblos sin la necesidad de depender de un hombre. Según fuera la seguridad del camino y la costumbre o frecuencia con que se realizaban ciertas rutas, encontrar compañeras de viaje no debió ser una cosa tan inusitada. Esto fue lo que ocurrió en el trayecto que realizó Isabel Gómez Yusta en 1626 para

⁶⁶⁵ ADC, Leg. 560, exp. 6968. Proceso inquisitorial contra Ana Agudo, Olmeda de la Cuesta, 1699.

⁶⁶⁶ ADC, Leg. 558, exp. 6958. Proceso inquisitorial contra Juan Ruiz, Villarejo de Periesteban, 1698. Testifical de Catalina Velmar, fol. 6v.

⁶⁶⁷ ADC, Leg. 558, exp. 6958. Testifical de Isabel Guijarro, fol. 12v.

cumplir su destierro. Cuando la acusada inició el viaje de Llerena a Usagre, se unió a una mesonera “con ocasión de que yba a comprar una cebada para su meson”, y así viajaron juntas los 22 kilómetros, o en palabras de la mesonera, las “quatro leguas y media desta ciudad”.⁶⁶⁸

Todavía más raros son los casos en que las mujeres se desplazasen solas. Además en estos casos existe el problema añadido de que se trata de declaraciones poco exactas o de fuentes indirectas que no están confirmadas o incluso negadas por la mujer en cuestión.⁶⁶⁹ Es posible, además, que el dato del acompañante no tuviera la debida relevancia para mencionarlo. Así, es casi imposible analizar en profundidad este tipo de desplazamientos que, en todo caso, eran pocos y más bien la excepción.

IV.2.1.2 Hombres

Los hombres enfermos al igual que las mujeres enfermas solían por lo habitual viajar acompañados. A lo largo de ese capítulo nos hemos encontrado con varios casos de hombres enfermos que contaron con la compañía de un vecino o de un hermano, como en el caso de Francisco Palacios para acudir a La Obispa, o como Juan Sastre que viajó junto a su padre al convento de Cuenca para que Mariana Pérez le curase.⁶⁷⁰

El hecho que los enfermos no tuvieran que hacer los trayectos solos y desamparados, sino que normalmente pudieran contar con el apoyo de otra persona, no resulta sorprendente. De hecho, se trata probablemente de uno de los fenómenos más lógicos, obvios y esperados dentro de la búsqueda de salud. A pesar de o precisamente por su cotidianeidad, se presentará algunos casos para mostrar las posibles opciones que podía haber en torno a las personas que se encargaron de que el enfermo llegase bien y seguro a su destino.

Bernardo Castillo, vecino de Molina de Aragón, en 1724 enfermó de mal de ojo. Para

⁶⁶⁸ AHN, INQ., Leg. 1987, exp. 22. Proceso inquisitorial contra Isabel Gómez Yusta, Navamoral, 1626. La distancia entre las dos localidades es tal y como lo dijo la muger de Godoy, 4,5 horas de andar (22 km).

⁶⁶⁹ ADC, Leg. 472, exp. 6453. Rafael de la Cuesta, Gascueña, 1648, fol. 70v; ADC, Leg. 558, exp. 6958. Juan Ruiz, Villarejo de Periesteban, 1698, fol. 9r, fol. 11r, fol. 14v.

⁶⁷⁰ ADC, Leg. 496, exp. 6592. Mariana Pérez, Cuenca, 1655.

su mejoría contó con la participación activa por parte de su suegro, Juan Ximénez, la que al parecer fue fruto del deseo de su hija.⁶⁷¹ El suegro, ya había realizado algunas diligencias previas, como llevar el pelo del enfermo a Mari Caxa, una curandera en Baños de Tajo. Después de esto Bernardo Castillo ya se sentía mejor, por lo que “determinó ir a ver a la rea para que lo santiguase, [y] fue con su suegro”.⁶⁷² Aunque el caso de Bernardo Castillo ya se ha tratado en otro momento, lo que se pretende poner en valor aquí es el nivel de implicación con que el suegro participaba en la búsqueda de salud de su yerno. Primero, ir y volver al pueblo de Baños de Tajo que está a 25 kilómetros para llevar los cabellos, y poco después hacer el mismo trayecto de nuevo, acompañando al enfermo, lo que además supuso pasar la noche con él en casa de la curandera. Otro paciente de la curandera de Baños era un hijo de María Madalena de Alcazar, de diez años de edad. La madre envió a su hijo al pueblo de la curandera con uno de sus hermanos mayores, Antonio Fuero, de 22 años. Antonio no debió estar muy familiarizado con la curandera Mari Caxa, ya que según su propia declaración llegaron a Baños de Tajo “preguntando en el lugar por la muger que santigua”, y los vecinos entonces “encaminaron al testigo a casa de la rea”.⁶⁷³

Otro caso diferente, es el del enfermo Francisco Corellano que tuvo que realizar un viaje mucho más largo. Para ello se juntó todo un grupo de gente para acompañarle. El médico le había ordenado que se retirara a su lugar de origen para curarse de melancolía, lo que supuso un trayecto de 160 kilómetros, de La Yunta a Cervera. En 1629 regresó a casa en compañía de un religioso y varias personas del lugar.⁶⁷⁴ También para otro viaje extraordinariamente largo a unos baños medicinales, que parecen que eran los más habituales, ya hemos visto antes que el paciente viajaba en compañía del boticario Simón Lozano, que era un amigo suyo y el ahijado de una pariente.

⁶⁷¹ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Mari Caxa, 1726. Testifical de Nicolas de Quiñones.

⁶⁷² AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Mari Caxa, 1726. Testifical de Bernardo Castillo.

⁶⁷³ AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Mari Caxa, 1726. Testifical de Antonio Fuero.

⁶⁷⁴ ADC, Leg. 439, exp. 6076. Catalina Diaz y María Muñoz, La Yunta, 1629, fol. 4r.

Además de casos como los anteriores, también hubo hombres enfermos que viajaron solos, sin el apoyo de nadie. Evidentemente, la enfermedad que padecían influyó directamente en permitir aquellos desplazamientos solitarios.

Este es el caso de la impotencia, por ejemplo, ya que se trata de una enfermedad que no impidió a los hombres moverse libremente. En el año de 1619 Pedro de Andújar y Juan de Meneses, ambos vecinos de Sisante, padecían impotencia. Para remediar el problema de “no poder consumir el matrimonio”, se pusieron en camino cada uno por su parte para encontrar alguna solución. Juan de Meneses recorrió 10 kilómetros desde Sisante para ser curado por el molinero Juan de Linares, que vivía cerca de la ribera del río Júcar. Pedro de Andújar hizo en otro momento el mismo recorrido, pero como no se curó con la intervención de dicho molinero, optó por intentarlo con otra curandera que vivía en Alarcón, realizando los 21,3 kilómetros de ida la primera vez sólo y la segunda vez junto con su mujer, ya que el tratamiento requería la presencia de ella.⁶⁷⁵

Los otros dos casos que disponemos de hombres enfermos que emprendieron su búsqueda de salud en solitario, no especifican el tipo de enfermedad que sufrían. De Manuel Castellano, un hombre de 24 años y vecino de Albaráñez, solo sabemos que no se había mejorado con las “varias medicinas [...] dispuestas por medicos y cirujanos” de su lugar y que se fue “sin tomar el consejo de nadie” a Torrecilla a ver a María Gumiel.⁶⁷⁶ Aquella pequeña localidad se encontraba a 21 kilómetros de distancia y estaba más o menos bien comunicada por caminos principales. Del hombre forastero que llegó desde Ocaña a La Puebla de Don Fadrique, atraído por la fama de Catalina Caravajal, tampoco se conoce su enfermedad,⁶⁷⁷ pero sí que viajó los 50 kilómetros solo, y que además se mostraba flexible de alojarse tanto en casas privadas como en un mesón, lo que indica que se trataba de una molestia que no suponía una gran incapacidad física.

⁶⁷⁵ ADC, Leg. 388, exp. 5514. Juana García, Sisante, 1619.

⁶⁷⁶ ADC, Leg. 601, exp. 7251. María Gumiel, Torrecilla, 1746.

⁶⁷⁷ ADC, Leg. 546, exp. 6869. Catalina Caravajal, Puebla de Don Fadrique, 1684.

También era frecuente encontrar en los caminos que comunicaban las localidades de la Mancha hombres sanos, que viajan por algún motivo relacionado con un enfermo, del que era familiar, amigo o vecino. También, en algunos casos eran sirvientes, criados que simplemente ejecutaban órdenes de sus amos.

En las cartas al médico Juan Muñoz y Peralta aparece otra práctica habitual y básica de tratamientos médicos que tiene que ver con superar distancias: el encargo de llevar o conseguir elementos necesarios para el tratamiento. Sabemos por ejemplo que Francisco de Robles envió en julio de 1718 a un mensajero de Colmenar Viejo a Madrid. El objetivo de ese viaje, de unos 32 kilómetros, fue entregar a Peralta una carta avisándole del estado de salud de su patrona y que el médico le diera “el emplasto de algarrobas”, remedio utilizado para tratar a la enferma.⁶⁷⁸ Otro paciente de Peralta, Sebastián del Aguila Chaves, encargó a su sobrino que entregara al médico un doblón de a ocho como pago de sus servicios. En la misma carta le indicó además que “los sueros si son indispensables sera preciso traerlos de Madrid, y cualquiera otra cosa que lo sea se serbira de darlo a entender a mi sobrino para que lo remita”.⁶⁷⁹ Es decir, el sobrino medió entre el paciente, situado en Yepes, y su médico que vivía en Madrid, remitiendo respectivamente el pago y las medicinas.

Debido a la naturaleza de la fuente, en los procesos inquisitoriales, hemos encontrado con cierta frecuencia otro tipo de recados relacionados con la salud que suponían el desplazamiento de una persona diferente al enfermo. Se trata de la práctica de llevar los cabellos, fenómeno del cual ya nos hemos ocupado ampliamente más arriba. Para entregar las madejas de pelo y volverse con ellas santiguadas hubo muchos hombres que viajaron solos. Aquellos viajes solitarios fueron realizados la mayoría de las veces por familiares del enfermo:

⁶⁷⁸ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de don Francisco de Robles, Colmenar, 13 de julio de 1718.

⁶⁷⁹ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de don Sebastián del Aguila Chaves, Yepes, 30 de septiembre de 1720.

el marido,⁶⁸⁰ los tíos⁶⁸¹ o el suegro,⁶⁸² aunque también por un criado, quien además hizo el favor a una vecina aprovechando el viaje para llevar a santiguar también cabellos de ella.⁶⁸³

Cabe señalar que el hecho de que los viajes de este tipo los realizaran siempre miembros masculinos de la familia, es decir maridos, hermanos, tíos, suegros o criados, se debía probablemente a los peligros e inseguridades que se podían encontrar en los caminos. De igual modo es importante destacar que la participación activa de hombres en la práctica de buscar remedios curativos en lugares más o menos lejanos, no era necesariamente el resultado de una iniciativa o una inclinación hacia una forma de sanar en particular, fuera la medicina académica o una de las muchas prácticas mágico-creenciales que hemos visto a lo largo de este capítulo, sino que estuvo determinada en gran medida por lo inseguro del viaje. No obstante, los hombres como acompañantes o ayudantes cumplían una función de apoyo importante en el proceso de recuperar la salud.

IV.2.2 Alojamiento, medios de transporte y caminos

Como ya hemos visto en el caso de La Obispa, era una práctica habitual de los sanadores irregulares que los pacientes pasaran la noche en sus casas cuando el tiempo de duración del tratamiento lo requería.⁶⁸⁴ Entonces, se les proporcionaban colchones y comida para que pudieran unirse a la familia del sanador, tal y como relató uno de los testigos. Así, la curandera invitó a la pareja que iba a ser atendida a almorzar unos gazpachos junto con su familia. En otro caso, como en el del tío que intentaba entregar los cabellos de su sobrino, no le quedó otro remedio que dormir fuera en la calle, aunque antes de empezar su viaje de vuelta, se reanimó

⁶⁸⁰ Maridos implicados en la práctica de llevar el cabello a un sanador: Joseph Baltazar (ADC, Leg. 560, exp. 6970. Francisco Gonzalo, Mamblona, 1699); El marido de Ana Venito (AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Mari Caxa, Los Baños, 1726); Diego Sotoca Hidalgo, recién casado, entrega cabellos de su mujer a La Obispa (ADC, Leg. 598, exp. 7216. La Obispa, La Puebla, 1742).

⁶⁸¹ Tíos implicados: ADC, Leg. 598, exp. 7216. La Obispa, La Puebla, 1742; ADC, Leg. 595, exp. 7198. La Tía Morena, Caudete, 1734.

⁶⁸² AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Mari Caxa, Los Baños, 1726.

⁶⁸³ ADC, Leg. 560, exp. 6970. Francisco Gonzalo, Mamblona, 1699.

⁶⁸⁴ ADC, Leg. 598, exp. 7216. La Obispa, La Puebla, 1742. También en otros casos se quedaron a dormir los pacientes, por ejemplo en AHN, INQ., Leg. 3728, exp. 96. Mari Caxa, Los Baños, 1726.

con un buen almuerzo en casa de unos amigos que vivían en el mismo pueblo que la curandera. Otras veces, se viajaba desde un lugar demasiado alejado para regresar el mismo día, como le ocurrió a un hombre que había recorrido 50 km desde Ocaña para visitar a una curandera. Así, a su llegada le preguntó a un lugareño si lo podía alojar en su casa y, como se negó, el enfermo acudió a un hostel, lugar en el que más tarde tuvo lugar el tratamiento curativo.

Como ya hemos señalado, el estado de los caminos y, sobre todo, la procedencia social y los recursos disponibles (caballo, carruaje) determinaron el uso de un medio de transporte u otro. Hemos podido comprobar que en España, al igual que se ha demostrado para, por ejemplo Italia,⁶⁸⁵ la forma más común de viajar era a pie, ya que muy pocos podían permitirse utilizar caballos o animales de carga.

Un caso especialmente espectacular a este respecto es el de Francisco Corellano, que se puso enfermo en 1629 cuando trabajaba como administrador del puerto de La Yunta, y el médico de la población vecina de La Molina, el doctor Zaragoza, le recomendó que para curarse debía regresar a su lugar de origen. Sin embargo, volver a Cervera del Río Alhama, su pueblo, era un verdadero desafío incluso para una persona en perfecto estado de salud, ya que La Yunta y Cervera distan unos 160 km en un trayecto de tres días a pie, por caminos alejados de las principales vías de comunicación. Entonces, Francisco le pidió prestado a un buen amigo suyo que había conocido en Madrid un caballo para poder hacer el viaje. El amigo, que era el alguacil mayor de Molina de Aragón, estaba dispuesto a dejárselo, pero como era un caballo muy fiero para un hombre enfermo, tuvo que habilitarle un carruaje.⁶⁸⁶ Así, Francisco acompañado por un sacerdote y otra gente inició su viaje de vuelta a casa en un carruaje. Este caso es un buen ejemplo de los preparativos prácticos que necesitaba realizar una persona enferma de origen humilde para poder viajar: a partir de relaciones personales con gente de mayor nivel social,

⁶⁸⁵ GENTILCORE, *Medical Charlatanism in Early Modern Italy*.

⁶⁸⁶ “y por no poderlo llevar el caballo, por ser furioso y el estar sin fuerzas, encordelo un carro y se fue en el”. ADC, Leg. 430, exp. 6076. Catalina Díaz y María Muñoz, La Yunta, 1629. Testifical de don Juan De Alvarado, alguacil mayor de Molina de Aragón, fol. 11r.

tener que pedir ayuda a un amigo.

En una carta dirigida al médico Juan Muñoz y Peralta un fraile, describió pormenorizadamente las condiciones en las que realizó un viaje estando enfermo. Así, el fraile menciona tanto aspectos agradables como, en muchos casos, desagradables de los diferentes medios de transporte, todos ellos estando enfermo. Dice por ejemplo que aguantaba ir a caballo, pero no “más que un cuarto de legua”, mientras que rechazaba otras opciones como desplazarse en una calesa o ir a pie, explicando simplemente que le “va peor” o que no es capaz de andar.⁶⁸⁷

A veces el medio de transporte lo determinaban los caminos existentes: para realizar el trayecto de 35 kilómetros desde la localidad Bienvenida al santuario de la Virgen de Cortes, el enfermo Pasqual Vezares se vio obligado a ir montado en una cabalgadura, “entre dos colchones por ser tierra no apta para carruajes”.⁶⁸⁸ Una idea de las condiciones en que se encontraba este camino nos la proporciona el caso de otra enferma de Bienvenida que al cumplir su promesa de acudir descalza desde dicha localidad al santuario recorrió dicho camino: “esta dichosa muger cumplió la suya luego, sin reparar en caminar mas de cinco leguas descalça, por unos caminos tan asperos, y tan llenos de piedras, y malezas, que solo quien la restituyo a la salud, pudo darle fuerças para que sin notable quebranto diesse exacto cumplimiento a su promessa”.⁶⁸⁹

En relación directa con cómo y con qué tipo de medios viajaban los enfermos, está la cuestión de qué tipo de caminos y comunicaciones existían y las posibilidades que había de usarlos. Para resolver este tema hemos utilizado diferentes mapas de la época que reflejan el sistema de transportes y comunicaciones de la península, como el *Repertorio de todos los caminos de España* de Juan de Villuga, publicado en 1548,⁶⁹⁰ y los detallados mapas realizados por Tomás López en 1765.⁶⁹¹ En dichos mapas, principalmente los del último cartógrafo, se

⁶⁸⁷ “aunque no ande en cavallo mas que un quarto de legua; y, aviendo probado en calesa, me va peor; y a pie no me puedo mover.” AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1. Carta de un fraile, Bilbao, 1720.

⁶⁸⁸ PÉREZ DE PAREJA, *Nuestra Señora de Cortes*, p. 349.

⁶⁸⁹ *Ibid.*, p. 356.

⁶⁹⁰ VILLUGA, *Repertorio de todos los caminos*.

⁶⁹¹ LÓPEZ, *Mapa de la Provincia de La Mancha*. Tomás LÓPEZ, *Mapa de la Provincia de Guadalaxara*,

han marcado todos aquellos lugares por los que se desplazaron los enfermos que hemos mencionado a lo largo de este capítulo. El recurso a dichos mapas, ahora “personalizados”, nos ha permitido acercarnos al mundo de los enfermos viandantes, ya que hemos podido comprobar si en cada uno de los casos existía una buena comunicación para ir de un sitio a otro por caminos principales o no.

Aparte de la red de carreteras y caminos principales, aptos para los carros, para la gente que iba, únicamente con un animal de carga, existían otros caminos, más estrechos, pero más directos. Es decir, además de los caminos documentados, para la gente más humilde, y por lo tanto más flexible en cuanto a la estrechura de los caminos, había más opciones. Entre ellas estaban los caminos de herradura, o también las vías pecuarias que se utilizaban no solo para la trashumancia, sino también como “canales de comunicación”, ya que eran “rutas llanas y rectas que se enclavan entre los montes facilitando el paso entre poblaciones ya que son los caminos más cortos y fáciles de transitar”.⁶⁹²

Hasta qué punto determinaba una buena comunicación o un lugar estratégicamente bien situado la decisión de acudir a una forma de curar en concreto, es algo que no se ha podido averiguar con el material de que se dispone. Puesto que los motivos de cada uno de los casos individuales eran tan diversos y personales, se infiere, sin embargo, que el sitio donde vivía el curandero o la logística conveniente para su localización no debieron haber figurado entre los primeros criterios de elección.

comprende el Partido de Guadalaxara, la Tierra de Jadraque, la de Hita, la de Buitrago, el Partido de Sigüenza y el de Colmenar Viejo. Construido sobre los mejores Mapas Impresos y Manuscritos, y sujeto a las observaciones Astronómicas (Madrid:1766). Tomás LÓPEZ, *Mapa de la Provincia y Obispado de Cuenca. Comprende el Señorío de Molina, los Partidos de Cuenca, Huete y S. Clemente. Construido sobre el Mapa de este Obispado, que corre en nombre del Lic.do Bartolomé Ferrer; y el Manuscrito del Señorío de D. Gregorio López* (Madrid:1766). LÓPEZ, *Mapa de la Provincia de Toledo*.

⁶⁹² José Antonio FERNÁNDEZ OTAL, "Las vías pecuarias de Aragón. Memoria histórica y futuro abierto", en *Caminos y comunicaciones en Aragón*, ed. María Angeles MAGALLÓN (Zaragoza: CSIC, Institución Fernádo el Católico, 1999), pp. 225-247.

IV.3 Las distancias recorridas: Visitas a curanderos, santuarios y balnearios

A lo largo del presente capítulo se han indicado con relativa frecuencia las distancias de los trayectos que los enfermos y sus acompañantes realizaban para encontrar una solución para su salud. Ahora bien, para obtener una idea aproximada del margen de esas distancias, se han recopilado todos los datos que anteriormente habían sido filtrados a partir los diversos tipos de fuentes. Esto nos ha permitido distinguir las distancias recorridas según el tipo de recurso sanitario que motivó los viajes. La mayor información a este respecto se ha obtenido a través de los procesos inquisitoriales, por lo que los datos relacionados con el recurso a un curandero o una curandera situados en otra localidad forman el núcleo central de este apartado. De forma complementaria, se presentarán además las distancias que hemos podido reconstruir de los viajes emprendidos para acudir, por un lado, a un lugar sagrado, en concreto, el santuario de la Virgen de Cortés de Alcázar y, por otro lado, a los balnearios y aguas termales a los cuales se hacía mención en las cartas de pacientes a Peralta. Se trata, por lo tanto, de ofrecer una síntesis de las distancias mencionadas a lo largo de este capítulo.

A partir de los testificales de los enfermos y sus allegados incluidos en los procesos inquisitoriales de los tribunales de Cuenca y Toledo contra curanderas y curanderos, hemos podido reconstruir 23 trayectos que varias personas realizaban en varias ocasiones para acudir a sanadores no-reglados. La cuestión que nos hemos planteado era averiguar qué era una distancia habitual y, qué trayecto se puede clasificar como extraordinariamente largo.

La tabla siguiente muestra las distancias de los viajes recorridos en kilómetros y el tiempo estimado que se tardaba para realizar estos trayectos en pie, puesto que esa era, al menos en los casos aquí tratados, la forma más habitual de viajar.

Tabla 4.1
Distancias recorridas para acudir a sanadores no-reglados

Origen	Destino	Distancia	Sanador
Olmeda de Cuesta	Buciegas	4,2 km (50min)	Ana Agudo, 1699
Gascueña	Olmeda de la Cuesta	4,3 km (1h)	Rafael de la Cuesta, 1648
Azañón	Trillo	6 km (1h)	Juan Tejedor, 1630
Atienza	Riofrío del Llano	9 km (2h)	Mariana Pérez, 1655
Sisante	Ribera del río Júcar	10 km (2h)	Juan de Linares, 1619
La Olmeda de Jadraque	Riofrío del Llano	10 km (2h)	Mariana Pérez, 1655
El Atance	Riofrío del Llano	12 km (2h 45min)	Mariana Pérez, 1655
Valera de Abajo	Hontecillas	ca. 12 km	La Obispa, 1742
Belmontejo	Villarejo de Periesteban	13,7 km (2h 45min)	Juan Ruíz, 1698
Bólliga	Gascueña	15,6 km (3h 15min)	Niño Cristóbal, 1645
Almazán ¹	Mamblona	17 km (3h 20min)	Francisco González, 1699
Arrancacepas	Gascueña	17,3 km (3h 40min)	Niño Cristóbal, 1645
Requena	Caudete	19,5 km (4h 5min)	Tía Morena, 1734
La Almarcha ²	Hontecillas	20 km	La Obispa, 1742
Cervera	Villarejo de Periesteban	20 km (4h)	Juan Ruíz, 1698
Albaráñez	Torrecilla	21 km (4h 25min)	María Gumiel, 1746
Sisante	Alarcón	21 km (4,5h)	Francisca Juvera, 1619
La Ventosa	Cuenca	39 km (8h)	Mariana Pérez, 1655
Olmedilla	Torrecilla	23,6 km (5h)	María Gumiel, 1746
Molina de Aragón ³	Baños de Tajo	24 km	Mari Caxa, 1726
Alarcón	Campillo de Altobuey	29 km (5h 50min)	Francisco Bancino, 1728
Caracena, Soria	Riofrío del Llano	48,5 km (10h)	Mariana Pérez, 1655
Ocaña	Puebla de Don Fadrique	50 km (10h)	Catalina Caravajal y María de Mora, 1684

Notas: ¹Desde Almazán a Momblona viajaron 3 personas. ²Desde La Almarcha a Hontecillas viajaron en varias ocasiones 4 personas. ³Desde Molina a Baños viajaron 4 cuatro personas.

Los datos arriba recopilados nos sirven para ponderar y poner en relación el hecho que un pastor caminaba 20 km para llevar los cabellos de su sobrina, o que un hombre hizo cuatro veces un trayecto de 12 km para acompañar a su hermano enfermo. Esas dimensiones podrían en principio, o bien parecer casos excepcionales, o también suponer que esta gran movilidad

fue debida a un intento desesperado de curarse. Pero estas serían conclusiones realizadas desde nuestra perspectiva actual, porque si se observan detenidamente las distancias recorridas según los procesos analizados, se obtiene una imagen muy diferente. Según la tabla arriba que recoge los casos cuyos trayectos hemos podido determinar, la mayoría de ellos suponían un desplazamiento entre 10 y 25 km. A esto se suma que algunos de esos trayectos fueron realizados no solo por varias personas del mismo lugar – como ocurre en los casos señalados de Almazán, La Almarcha y Molina de Aragón –, sino también las mismas personas en repetidas ocasiones. Aunque estos datos no sean suficientes en términos cuantitativos para sacar conclusiones generales sobre distancias recorridas, al menos indican que andar 10 o 20 km para acudir a una persona capacitada de curar no era algo raro ni excepcional en el mundo rural castellano de la Edad Moderna.

Además de las distancias, lo que se ha pretendido averiguar, tomando como base los trayectos documentados en los procesos inquisitoriales, eran las direcciones hacia donde se viajaba. Es decir, si en un contexto de curaciones no-regladas se dirigía de lo rural hacia lo urbano, de lo urbano hacia lo rural o si se trataba más bien de una línea horizontal entre dos localidades rurales.⁶⁹³ Determinar a través de diversos censos de población el tamaño aproximado de los lugares mencionados en los procesos ha permitido abordar la cuestión planteada.⁶⁹⁴ Hay que insistir, dado el tamaño de la muestra, que se trata de una primera aproximación que simplemente ofrece indicaciones y tendencias acerca de la movilidad geográfica en relación con prácticas sanitarias extra-académicas.

Esa búsqueda ha dado el resultado que solamente en 3 casos los enfermos se dirigieron hacia centros urbanos cuando pretendían la ayuda de una curandera. En cambio, era más común

⁶⁹³ A la importancia de dirigir la mirada a la movilidad rural-rural ha apuntado recientemente Josef EHMER, "Quantifying mobility in early modern Europe: the challenge of concepts and data, in: " *Journal of Global History* 6, 2 (2011): pp. 327-338.

⁶⁹⁴ ALVAR EZQUERRA, *Relaciones Topográficas de Felipe II. Madrid*. El Censo de Castilla de 1591 y el Censo de los Obispos de 1587, cf. GONZÁLEZ, *Censo de Población. INE, Censo de la Sal 1631*. Censo de Campoflorido de 1712, cf. INE, *Censo de Campoflorido*.

dirigirse desde lo urbano hacia lo rural (5 casos), o desde lugares más poblados hacia menos poblados (6 casos, en total 11 casos). Una cifra parecida obtiene la dirección rural-rural (10 casos), en la que los enfermos o familiares se desplazaban a localidades de un tamaño parecido al de su lugar de origen. Hay que tener en cuenta que ese tipo de viajes emprendidos proceden del ámbito particular del pluralismo médico, el de las prácticas declaradas como “curaciones supersticiosas”, por lo que la validez de estas observaciones se limita a un contexto concreto. Sin embargo, puesto que se trata de prácticas comunes entre la población, la dirección específica de su movilidad hacia lugares menos poblados o hacia otras comunidades rurales de tamaño similar, es un aspecto que merece ser considerado y añadido a las características que formaban la polifacética búsqueda de salud.

Tabla 4.2
Direcciones de la movilidad (visitas a curanderos)

Origen	Destino	Sanador
<i>rural-urbano</i>		
Bólliga	Gascueña	Niño Cristóbal, 1645
Arrancacepas	Gacueña	Niño Cristóbal, 1645
La Ventosa	Cuenca	Mariana Pérez, 1655
<i>rural-rural</i>		
Sisante	Alarcon	Francisca Juvera, 1619
Azañón	Trillo	Juan Tejedor, 1630
Sisante	Ribera del Río Jucar	Juan de Linares, 1619
La Olmeda de la Cuesta	Gascueña	Rafael de la Cuesta, 1648
La Olmeda de Jadraque	Riofrio	Mariana Pérez, 1655
El Atance	Riofrio	Mariana Pérez, 1655
Caracena, Soria	Riofrio	Mariana Pérez, 1655
Almarcha	Hontecillas	La Obispa, 1742
Olmedilla	Torrecilla	María Gumiel, 1746
Albaráñez	Torrecilla	María Gumiel, 1746
<i>urbano-rural + mayor a menor</i>		
Atienza	Riofrio	Mariana Pérez, 1655
Ocaña	Puebla de Don Fadrique	Catalina Caravajal y María de Mora, 1684
Belmontejo	Villarejo de Periesteban	Juan Ruiz, 1698
Almazán	Momblona	Francisco González, 1699
Requena	Caudete	Tía Morena, 1734
Cervera	Villarejo de Periesteban	Juan Ruiz, 1698
Olmeda de la Cuesta	Buciegas	Ana Agudo, 1699
Honrubia	Montalbo	Juan Saludador, 1716
Requena	Utiel	Tía Morena, 1734
Valera de Abajo	Hontecillas	La Obispa, 1742
Alarcón	Campillo de Altobuey	Francisco Bancino, 1728

Fuente: Procesos inquisitoriales de los tribunales de Cuenca y Toledo.

Aunque las fuentes no permiten un acercamiento tan preciso como el anterior, a partir de la información de que se dispone, se puede afirmar que, para las visitas a los santuarios, así como a los baños termales, las distancias tenían, como veremos, dimensiones diferentes. Como se puede inferir de los ejemplos de las siguientes tablas:

Tabla 4.3
Viajes al santuario de la Virgen de Cortes, Alcazar

Origen	Distancia	Enfermo	Enfermedad
Villapalacios	23 km	Isabel Martínez Vezares	perlesía
Villanueva de la Fuente	26 km	Grupo de personas, entre ellos la enferma Eugenia de Morales	--
Bogarra	32,5 km	Barbara de Rodenas	enfermedad de ojos
		Miguel Pérez	enfermedad grave (1691) y la pierna impedida (1692)
		Antonia Ramirez	tabardillo y baldada de pies y manos
Bienservida	35 km	Manuela Rubia	mal de corazón
		Maria Lozano	calenturas
		Pasqual Vezares	--
		Ana María de Cantos	perlesía
Villahermosa	40 km	Hija de Juan Yañez y Catalina Martínez	perlesía
Montiel	40 km	Hijo de Miguel Ximénez y su mujer	calenturas continuas y quebrado en los dos lados
Albaladejo	40 km	Andrea López	mal de corazón
Ossa de Montiel	46 km	Francisco Oliver	calentura hética
		Miguel López	dolores cólicos
Villanueva de los Infantes	50 km	Magdalena Cadenas	dolores cólicos
		Alonso López	tabardillo
		don Gregorio Megia y Castellanos y su mujer	tabardillo
		Pedro Piñero	tullido y dolores excesivos
		María Sánchez de Figuera	hidropesía
Lezuza	55 km	niña enferma con su madre	calenturas
Torre de Juan Abad	60 km	Felipa de Santiago	Tabardillo y Garrotillo
Castellar de Santiago	80,5 km	Madre de cinco hijos	todos enfermos de lepra
Torrenueva	90 km	Ana Vela	locura y gota coral
Baeza a Alcazar	140 km	don Joseph Aurelio Fernández Bonache	calentura hética

Fuente: Fray Esteban Pérez de Pareja: *Historia de la primera fundación de Alcazar y milagroso aparecimiento de Nuestra Señora de Cortes* (1740).

Tabla 4.4
Viaje a balnearios

Aguas medicinales	Lugar de origen	Distancia	Enfermo	Enfermedad
Baños de la Fuente del Buitre	Villanueva de los Infantes	83 km	Pedro Piñero	tullido y dolores
	Villanueva de la Fuente		Grupo de cinco personas	--
Aguas de Puertollano	Vitoria	600 km	don Agustín	epilepsia
	--	--	Fray Miguel de la Concepción	crudeza ácida del estómago
Baños de Arnedillo	Sevilla	830 km	Amigo de Simón Fernando Lozano	hidropesía
Aguas de Tiermes	Madrid	430 km	Conde de Aguilar y Frigiliana	ceática

Fuente: Correspondencia de Juan Muñoz y Peralta y Esteban Pérez de Pareja: *Historia de la primera fundación de Alcaraz* (1740).

En ambos casos se observa que las distancias recorridas por los enfermos eran mucho mayores que las realizadas por los enfermos que iban a un curandero. En lo que concierne los trayectos emprendidos hacia el santuario de la Virgen de Cortes, la mayoría de ellos suponían una distancia entre 30 y 60 km. Las mayores dimensiones de varios centenares de kilómetros transitados para acudir a los balnearios, se explica, en parte, por la procedencia social de los enfermos que escribían al médico real Muñoz y Peralta, ya que es de allí de donde se ha recogido esa información. Para esa clientela de pacientes era posible pagar y emprender los largos viajes con los medios de transporte apropiados. También hay que tener en cuenta que estos dos últimos tipos de desplazamiento los hacían siempre los enfermos, mientras que las personas que acudían a los curanderos también podían ser familiares, vecinos o criados encargados de hacer un recado, como por ejemplo llevar una madeja de cabello del doliente.

Las diferentes dimensiones de las distancias que los enfermos superaban con el objetivo de recuperar la salud que nuestro análisis ha dado como resultado, invita a replantearse el peso que realmente tenía la proximidad geográfica a la hora de determinar la elección de un recurso

sanitario determinado.⁶⁹⁵ Cabe matizar otra afirmación habitual que describe la conducta de los enfermos en sus desplazamientos terapéuticos: dependiendo de qué tipo de práctica médica se trataba, no era necesariamente la atracción de los centros urbanos lo que caracterizaba la tendencia. En el caso de los que acudían a sanadores no-reglados se muestra más bien la dirección inversa o un movimiento horizontal entre dos localidades rurales.

IV.4 Conclusión

La movilidad, tal y como se ha tratado de mostrar en este capítulo, fue un elemento que marcó sustancialmente la búsqueda de salud. Entre los principales motivos que dieron lugar a la necesidad de desplazarse a otro lugar estaba la insatisfacción con los tratamientos recibidos en el lugar de origen. Esto, sin embargo, no estaba necesariamente relacionado con la falta de asistencia médica en general, sino simplemente por la ineficacia de los remedios aplicados. Además, como entre la población existía una enorme preocupación por identificar la causa de la enfermedad, las diferentes opciones etiológicas, naturales y sobrenaturales, ofrecían un amplio margen de actuación, en el que los viajes para acudir a sanadores especializados ocupaban un lugar importante. La elección de aquellos sanadores que vivían en lugares más o menos distantes fue motivada tanto por la fama particular que gozaban, como por recomendaciones personales o por tratarse de una tradición familiar de acudir siempre a la misma curandera. Si el enfermo no se encontraba en condiciones para desplazarse, existía una práctica, por lo visto bastante común en el mundo rural castellano, que consistía en llevar el cabello del paciente al curandero para así santiguarle a distancia. No eran solo personas capacitadas de curar sino que también había lugares que se convertían en destinos de viaje por temas de salud. Como ejemplo de este tipo de destinos se han tratado los balnearios, los viajes de retorno al lugar de origen y los santuarios. Mientras que los dos primeros corresponden a

⁶⁹⁵Entre otros considera Pelling the “geographical proximity” como un de los determinantes para la jerarquía de recurso sanitario, cf. PELLING y WHITE, *Medical Conflicts*.

conocimientos sostenidos por la medicina académica de la época, el último procede evidentemente del ámbito religioso. Esta separación teórica no se mantiene necesariamente en los viajes emprendidos por los enfermos, ya que como algunos ejemplos han mostrado, a veces se enlazaba el desplazamiento a una fuente con propiedades medicinales con la visita a un santuario sin que eso produjese un cambio en las actitudes del paciente.

Para realizar los trayectos lo más habitual era viajar acompañado, tanto para mujeres como para hombres enfermos. En este contexto cobra especial importancia el papel que jugaban los miembros masculinos de la familia (maridos, padres, hermanos, tíos, suegros), quienes, al acompañar a los enfermos al lugar deseado, se implicaban activamente en la búsqueda de salud. Por último, se ha tratado de obtener una idea aproximada de las distancias que se recorrían. Según el tipo de recurso sanitario, las distancias variaban considerablemente. En comparación con los centenares de kilómetros que algunos pacientes transitaban para viajar a los balnearios, las distancias recorridas para acudir a curanderos eran mucho menor, aún así se caminaba, en la mayoría de los casos estudiados, una distancia de entre 10 y 25 kilómetros para conseguir la ayuda deseada. La pluralidad de la asistencia sanitaria, los diversos modelos etiológicos y el peso que podían tener las personas cercanas en la toma de decisión hacen que los motivos para desplazarse por temas de salud fueran muchas veces complejas razones individuales que no encajan fácilmente en un esquema predeterminado a modo de “hierarchies of resort”, ni tampoco se limitan a una simple falta de asistencia médica local.

Capítulo V: La consulta a distancia: el espacio virtual de la correspondencia médica

El 30 de septiembre de 1716 Fernando Joseph de Zuloeta y Monsalve tomó la pluma para redactar una carta de consulta al médico Juan Muñoz y Peralta. Su mujer llevaba tres años sufriendo de una enfermedad de la que no conseguía curarse y cuya causa radicaba, según el conocimiento médico del marido, en leer de forma excesiva. Para informar a Peralta sobre los diferentes intentos de curación realizados hasta entonces, el marido reproduce de forma detallada cada paso que habían emprendido en el itinerario terapéutico: El primer recurso consistió en llamar al médico local de Antequera, quien ordenó el tratamiento habitual de purgas, sangrías y jarabes. El hecho de que su esposa había escupido sangre preocupó tanto a la pareja que consideraban que lo más oportuno era emprender un viaje a Sevilla, la ciudad de origen de la enferma “para ver si aquel temple natibo le mejorava”.⁶⁹⁶ Allí consultaron al médico real Osorio, quien le trató durante los siguientes seis meses básicamente con piedras matricales.⁶⁹⁷ Con ello, el estado de la enferma mejoró considerablemente y se volvieron a Antequera. No obstante, tras esa primera mejoría, volvieron a aparecer los mismos síntomas de siempre, la falta de sueño y ataques epilépticos, que solían mostrarse en los días previos de la menstruación. Debido a que la siguiente asistencia del médico local sólo consiguió aliviar y no “curar de raíz estos accidentes”, el marido finalmente decidió probar un último recurso: la consulta a distancia con un médico afamado y, tal y como lo resaltó el autor de la carta, experimentado en la curación de enfermedades similares.

Esta carta de Fernando José de Zuloeta es sólo un ejemplo para las muchas cartas de

⁶⁹⁶ AHN, INQ., Leg. 4208, exp. 1, exp. 1. Carta de Fernando José de Zuloeta y Monsalve a Juan Muñoz y Peralta, Osuna, 30 de septiembre de 1716.

⁶⁹⁷ La piedra matricial es una medicina “anti-hysterica” que se solía administrar en mujeres que padecían de enfermedades cólicas, cf. Francisco SUÁREZ DE RIBERA, *Remedios de deplorados, probados en la piedra lydio de la experiencia*, vol. II (Madrid: Alonso Balvás, 1733), p. 201.

consulta, escritas por el paciente o un mediador cercano, que cursaban en España y el resto de Europa en el siglo XVIII.⁶⁹⁸ Se trata de una consulta que no se realizaba en persona, ni en un lugar geográfico concreto, sino dentro del espacio virtual de la correspondencia, en el que entraban en interacción el enfermo y el médico. Como lo ejemplifica el caso de Zuloeta, era característico recurrir a ese espacio virtual cuando ya se ha pasado por todas las demás opciones terapéuticas disponibles en la propia localidad, así como en lugares distantes. La práctica de la consulta a distancia representaba para muchos casos el último recurso dentro de la búsqueda de salud. Es justamente por ese último aspecto que las cartas albergan un gran potencial para la historia del paciente, ya que como paso final del itinerario terapéutico permiten reconstruir muchas de las decisiones que se han tomado a lo largo del proceso de recuperar la salud. Escritas por los propios enfermos o por una persona cercana, como el marido en el caso de Zuloeta, las cartas además proporcionan una gran cantidad de información que facilitan el acceso al mundo epistemológico y emotivo del enfermo. Así, incluyen el conocimiento médico de los “legos”, es decir sus explicaciones de causa para la enfermedad, informan sobre cómo percibían la dolencia y las experiencias con los diversos tratamientos anteriores y, además, revelan el tipo de relación médico-paciente que caracterizaba el encuentro entre enfermo y sanador en el espacio virtual de la correspondencia.

A lo largo de este último capítulo se analizarán aspectos destacados de las cartas conservadas que pacientes o sus mediadores legos habían dirigido entre 1709 y 1721 al médico de corte Juan Muñoz y Peralta.⁶⁹⁹ Organizado en cinco apartados, se tratará en primer lugar la figura del médico, imprescindible para entender el contexto en el que se desarrollaban las consultas que le fueron remitidas. En segundo lugar, se analizará el contenido de las cartas siguiendo las diferentes fases que caracterizaban una consulta a distancia. Así, en lo relativo a

⁶⁹⁸ Para la historiografía al respecto se remite al capítulo de la introducción.

⁶⁹⁹ Agradezco la generosidad de Àlvar Martínez Vidal y José Pardo Tomás por haberme facilitado las transcripciones de las cartas, y por haber compartido conmigo su conocimiento acerca de Peralta y su mundo. En el presente capítulo he procurado tener en cuenta sus comentarios y sus valiosas orientaciones.

la fase inicial, se explorarán los motivos que exponían los pacientes y sus mediadores para consultar la opinión de Peralta y las estrategias que estos aplicaban para poder entrar en una correspondencia con el médico, así como en las formas en las que presentaban su experiencia con los tratamientos previos. El siguiente apartado estará dedicado a cómo describían y explicaban los autores los afectos morbosos que les mortificaban. Para ello se tomará como referencia el esquema galénico de las *sex res non naturales*, que era el que ellos y ellas entendían y seguían. De allí, se pasará a analizar cómo se desarrollaban las relaciones entre Peralta y sus pacientes una vez iniciado el tratamiento a distancia. ¿Cuáles eran las opciones para negociar e influir en el dictamen terapéutico, y en qué forma hacían uso de ellas? Para finalizar el capítulo, se considerará otro aspecto relevante en lo relativo a la configuración de la relación médico-paciente: el negocio en torno al suministro de los “polvos y píldoras” especiales.

V.1 Juan Muñoz y Peralta (1665 – 1746): médico real, presidente de la Regia Sociedad de Medicina y preso en las cárceles secretas de la Inquisición

Como el espacio es una “entidad” constituida y determinada por relaciones sociales, el espacio virtual de las cartas se ve igualmente determinado por la interacción de dos actores: por un lado, por el enfermo que ha tomado la decisión de consultar a Peralta y, por otro lado, por la figura del médico a quien se dirige la carta. Como la correspondencia conservada incluye las cartas de consulta pero, salvo algún caso aislado, no las respuestas de Peralta, ni siquiera anotaciones esquemáticas del médico en las cartas recibidas para su réplica,⁷⁰⁰ se trata en

⁷⁰⁰ El hecho de no conservarse las respuestas del médico es habitual para la mayoría de las colecciones de correspondencia de las grandes figuras de la medicina europea del siglo XVIII. Una excepción son las copias de las respuestas realizadas por el médico escocés William Cullen y en parte también por el médico francés Étienne-François Geoffroy, cf. PILLOUD, HÄCHLER y BARRAS, "Consulter par lettre"., aquí p. 235, n. 4. En ausencia de las contestaciones son de gran valor los bosquejos o comentarios anotados por el médico en la misma carta de

realidad de una correspondencia unidireccional. A pesar de ello, como lo han señalado de forma unánime diversos estudios sobre la práctica de la consulta a distancia, la figura del médico influenciaba la narrativa y el discurso de los pacientes y sus mediadores.⁷⁰¹ Es decir, puesto que la representación y la conducta del enfermo dentro de la correspondencia específica sólo se comprende en relación con la persona destinataria, es imprescindible tener un conocimiento previo sobre el médico Juan Muñoz y Peralta y forma de medicina que éste representaba.

La biografía del médico Juan Muñoz y Peralta se puede dividir en tres fases. Una primera fase (ca. 1678-1709) le sitúa en Sevilla, ciudad en la que ejercía como médico e impulsaba los nuevos conocimientos médicos y filosóficos en el marco de las *Venerandas Tertulias Hispalenses*, las que se convirtieron en 1700 en la *Regia Sociedad*. Una segunda (1709-1721) le ubica en la corte madrileña, en la que desarrolló una carrera ascendente como médico real, atendiendo, aparte de su paciente principal, el Duque de Osuna, a varios miembros de la nobleza castellana; y una tercera fase (1721-1746) que se inicia con un proceso inquisitorial por judaizante: un golpe para su posición social que frenó abruptamente su carrera profesional y del que, al parecer, nunca llegó a recuperarse.

La primera mitad de su vida se centra en Sevilla, la gran metrópolis andaluza, que en tiempos de Peralta gozaba todavía de cierta relevancia como núcleo administrativo y económico de la Monarquía Hispánica. Juan Muñoz y Peralta nació en Arahál, una localidad del así llamado “hinterland” de Sevilla. Después de haber cursado los estudios de medicina en la Universidad de Sevilla y logrado su posterior reconocimiento como médico examinado por el Protomedicato, empezó a partir de 1678 a dedicarse a la práctica médica. Más allá de atender a

consulta. Como tales han sido utilizados para reconstruir el diálogo bi-direccional entre paciente y médico, por ejemplo por RUISINGER, *Patientenwege*, pp. 159-160; DINGES, "Männlichkeitskonstruktion".

⁷⁰¹ WILD, *Medicine-by-Post. The Changing Voice of Illness in Eighteenth-Century British Consultation Letters and Literature*; STOLBERG, *Experiencing Illness and the Sick Body in Early Modern Europe*. Mientras que Wild y Stolberg argumentan por una clientela que adoptaba de forma homogénea su narrativa a los médicos a los cuales se dirigían, es decir que mantenían un discurso más influenciado por el sistema humoral en la primera mitad del siglo XVIII frente a otro marcado por la nueva corriente de la irritabilidad y sensibilidad en la segunda mitad del siglo, otros han criticado esa clasificación, señalando “la diversité interne”, cf. PILLOUD, HÄCHLER y BARRAS, "Consulter par lettre".

sus pacientes, gran parte de su práctica consistió en debatir y razonar sobre los últimos avances de la filosofía natural y de la medicina, en particular en lo relativo a la iatroquímica, es decir, al empleo de medicamentos químicos en la práctica terapéutica. Con el fin de conocer y debatir sus características e indicaciones se reunía en su casa cada semana con algunos colegas partidarios de tales remedios. Así nació la *Veneranda Tertulia Hispalense*, constituida en 1697.⁷⁰² Esa tertulia se convirtió con la aprobación real de Carlos II dada en 1700 en la primera academia científica española: la Regia Sociedad de Medicina y Otras Ciencias de Sevilla, cuyo primer presidente llegó a ser Peralta. Tras la muerte de Carlos II, que dio fin a la era de la dinastía de los Habsburgo, los miembros fundadores pronto consiguieron renovar la protección del nuevo rey borbónico, Felipe V. Sobre todo en los primeros años de su existencia, el objetivo de la Regia Sociedad era, tal y lo como fijaron en los estatutos, la defensa y promoción de la doctrina medico-chymica, concretamente del empleo de los “Pharmacos en la Doctrina Expagyrica”.⁷⁰³

Pocos meses antes de la aprobación real para la Regia Sociedad, el 10 de enero de 1700, todavía en vida del último Habsburgo español, Muñoz y Peralta fue nombrado Médico de Cámara.⁷⁰⁴ Aunque ese título honorario no implicaba necesariamente la atención médica a los miembros de la realeza ni tampoco un salario asignado, el honor de poder titularse así ofrecía

⁷⁰² cf. MARTÍNEZ VIDAL y PARDO TOMÁS, "Un siglo de controversias", aquí p. 119. Otro motivo que promovió la fundación de la “Veneranda Tertulia Hispalense” fue la defensa de los “médicos revalidados” que estaban enfrentados a los doctores universitarios, ya que éstos últimos querían establecer una jerarquía autoritaria que se rigiese por el grado universitario y no por los años acumulados desde que fueron revalidados por el Protomedicato. La importancia de la práctica médica *versus* el grado del doctor era un asunto relevante para los asistentes a la tertulia y por lo tanto se solidarizaron con los “médicos revalidados” hasta el punto de excluir de sus encuentros semanales a los médicos doctores de la Universidad de Sevilla, cf. José PARDO TOMÁS y Àlvar MARTÍNEZ VIDAL, "Medicine and the Spanish Novator Movement: Ancients vs. Moderns, and Beyond", en *Más allá de la Leyenda Negra: España y la Revolución Científica. Beyond the Black Legend: Spain and the Scientific Revolution*, ed. Victor NAVARRO BROTONS y William EAMON (Valencia: Universidad de Valencia, 2007), pp. 323-344.

⁷⁰³ Juan Joseph GARCIA ROMERO, *Triumpho de la Regia Sociedad Hispalense, y Dialogo de Medicina, con un Appendix impugnatorio, exterminando veinte y tres Propositiones, que el Doct. D. Joseph Gazola Veronès, Medico Cesareo, y Academista Aletofilo, escribe en un breve Compendio, con el Titulo: El mundo engañado de los falsos medicos.* (Sevilla: Francisco de Leedael, 1731), pp. 19-20. Citado en GALECH AMILLANA, "Astrología y medicina," p. 144.

⁷⁰⁴ José PARDO TOMÁS y Àlvar MARTÍNEZ VIDAL, "El Tribunal del Protomedicato y los médicos reales (1665-1724): entre la gracia real y la carrera profesional", *Dynamis* 16 (1996): pp. 59-89., aquí p. 89.

otras ventajas, decisivas para cualquier médico que aspiraba una carrera ascendente, ya que facilitaba por un lado la consolidación de una clientela aristocrática y, por otro lado, era un trampolín para acceder desde fuera al núcleo cortesano de los médicos reales.⁷⁰⁵ Pero en vez de trasladarse inmediatamente a Madrid, Peralta se quedó otros nueve años en Sevilla, en los que presidió durante los primeros dos años la Regia Sociedad y siguió publicando varios tratados a defensa de la iatroquímica y contra la medicina galénico-tradicional.⁷⁰⁶ Característica para estas polémicas médicas era el uso de la lengua vernácula. Así, el público de los posibles lectores de las obras de Peralta no se limitaba a los miembros de la profesión médica, sino que se abría también a “los profanos”, y con ello, a los posibles pacientes de los autores.⁷⁰⁷ En el caso de Peralta podrían, en teoría, obtener de esa forma una idea clara de su práctica médica y de su posicionamiento entre los grupos enfrentados que, de forma simplificada podrían resumirse en los modernos *versus* los tradicionalistas. Es concretamente su defensa literaria del uso de medicamentos químicos, como la quina y los preparados antimoniales, la que hay que tener en cuenta para estimar la popularización de su imagen pública como médico moderno que no sólo en la teoría, sino también en la práctica, ejercía una nueva medicina que supuestamente era más suave, más agradable y, sobre todo, más eficaz que la tradicional. Gran parte de su

⁷⁰⁵ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease"., aquí p. 489, n. 10. Para más información acerca de los grados profesionales de una carrera de médico de corte, véase PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "El Tribunal del Protomedicato".

⁷⁰⁶ Las obras que publicó Peralta entre los años 1699 y 1706 son: *Escrutinio Phisico medico de un peregrino específico de las calenturas intermitentes y otros achaques, motivado de un libro que escribía D. Joseph Colmenero*, Sevilla: Juan de la Puerta, 1699; *Residencia piadosa a la obra del Doctor Don Alonso López Cornejo [...] Pruebase que con su obra queda Galeno deslustrado, Hypocrates, Avicena, y Aristoteles agraviados, y los Doctores Sevillanos ofendidos, y se demuestran algunas de las contradicciones de ella*, Córdoba: Diego de Valverde y Leyva y Acisclo Cortes de Ribera, 1700; *Respondese al segundo dialogo del medico anonimo que contra el papel del socio y del Dr. D. Pedro Navarrete, formó con audacia e ignorancia*, Sevilla: 1702; *Triunfo del antimonio, y contra respuesta a la carta anonima, que contra la Docta Crisis del Doctor Don Diego Matheo Zapata, produjo el Triumvirato de la ignorancia, la invidia, y la malevolencia*, Córdoba: Diego de Valverde y Leyva, y Acisclo Cortés de Ribera, 1702; *Contraconsulta a la consulta que el Doct. D. Miguel Melero Ximénez [...] dio a luz sobre la enfermedad que padeció D. Miguel Tamariz*, Córdoba: Diego de Valverde y Leyva, 1706, cf. José María LÓPEZ PIÑERO, et al., *Bibliographia médica hispánica, 1475-1950*, vol. II: Libros y folletos, 1601-1700 (Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universidad de Valencia - CSIC, 1989), pp. 183-184. José María LÓPEZ PIÑERO, et al., *Bibliographia médica hispánica, 1475-1950*, vol. III: Libros y folletos, 1701-1800 (Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universidad de Valencia - CSIC, 1992), pp. 178-179.

⁷⁰⁷ MARTÍNEZ VIDAL y PARDO TOMÁS, "Un siglo de controversias", p. 113.

práctica iatroquímica consistía en la prescripción y venta de un remedio especial, que solamente se podía adquirir a través de Peralta. Cabe plantear la pregunta de hasta qué punto es posible realmente relacionar su actividad publicística con la demanda y expectativa que los pacientes de Peralta expresaban en torno al negocio de los “polvos y píldoras” que prescribía.⁷⁰⁸

En el año 1709, Peralta finalmente abandonó Sevilla y se fue a Madrid, siguiendo la llamada del Duque de Osuna, Francisco María de Paula Téllez-Girón (1678-1716) a quien iba a servir como médico personal. La relación con el Duque de Osuna fue de primordial importancia para Peralta y el futuro desarrollo de su carrera como médico de corte.⁷⁰⁹ Con el favor del duque le era posible establecer contactos con otros miembros de la alta nobleza y formar así una sólida red clientelar de pacientes “privilegiados”. Su estancia en Madrid fue interrumpida por un viaje de varios años en Holanda y París, en el que acompañó al Duque de Osuna, su patrón, quien fue enviado por Felipe V para asistir como embajador español a la Paz de Utrecht.⁷¹⁰ Durante las largas negociaciones que finalmente dieron fin a la Guerra de Sucesión española, Peralta tuvo entretanto la oportunidad de extender su red de pacientes en el extranjero. Desde que llegó a París, aproximadamente en 1712⁷¹¹ hasta su vuelta a Madrid en 1716, no solo atendía a enfermos parisinos en sus casas,⁷¹² sino que también mantenía contactos con pacientes que le escribían desde España.⁷¹³ Algunas de las relaciones médico-paciente establecidas en París continuaron activas aún cuando Peralta ya se había instalado de nuevo en

⁷⁰⁸ Martínez y Pardo aluden al complejo juego de diversos intereses que las controversias publicadas implicaban. Así, señalan cómo dichos intereses incluían también “las expectativas de los pacientes derivadas de la notoriedad cortesana de determinadas recetas y remedios asociados a la práctica médica de personajes singulares”. *Ibid.*, p. 120.

⁷⁰⁹ Las ventajas e inconvenientes de la relación médica en régimen de patronazgo (o patrocinio) eran objeto de discusión ya en la época. A ese respecto, véase PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, “Stories of Disease”, p. 470, n. 12. También: LOUIS-COURVOISIER y PILLOUD, “Consulting by Letter in the Eighteenth Century. Mediating the Patient's View?“, aquí pp. 75-76.

⁷¹⁰ cf. PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, “Stories of Disease”, p. 471.

⁷¹¹ No se ha podido obtener una fecha concreta de su llegada a Francia. No obstante, un dictamen médico que se hizo cuando el mismo Peralta enfermó en París atestigua su estancia en esa ciudad desde antes de 6 de junio de 1712. Cf. AHN, INQ., Leg. 3946. Carta firmada de Delacartier, P. Gecquet y Pedro de Acevedo, París, 6 de junio de 1712.

⁷¹² AHN, INQ., Leg. 3946. Carta de Alexandre de Cordoue, París.

⁷¹³ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Catalina de Larroca, Osuna, 11 de diciembre de 1714.

la corte madrileña.⁷¹⁴ Varias cartas de su correspondencia atestiguan aquella actividad médica en París así como la práctica de mantener mediante el correo los contactos tanto españoles como franceses.

La muerte del Duque de Osuna en abril de 1716 dio fin a su estancia en París. Con la pérdida de su patrón y protector, Peralta volvió a Madrid y rehizo su vida como médico de corte. En vez de volver a someterse como médico personal bajo la protección de un patrón, durante los siguientes cinco años asistió a varios pacientes que en su mayoría pertenecían a la nobleza española. Su práctica médica consistía tanto en hacer visitas domiciliarias a su selecta clientela de Madrid y los alrededores, como en contestar las consultas que le llegaban por correo. De hecho, la mayoría de las cartas de pacientes dirigidas a Peralta datan de ese periodo madrileño, – entre 1716 y 1721. En 1719 finalmente consiguió, tras numerosas solicitudes, el nombramiento de “Médico de Cámara con ejercicio y gajes”, es decir a partir de allí tenía derecho a un salario y a atender el núcleo de la familia real.⁷¹⁵ Sin embargo, este elevado cargo no le protegió tampoco contra la acusación de ser judaizante que la Inquisición llevaba preparando en secreto y que pronunció oficialmente a principios de marzo de 1721. Así, su ocupación como médico real fue interrumpida bruscamente y su fama dañada irreparablemente cuando el 1 de marzo de 1721 los comisarios de la inquisición detuvieron a Peralta en su casa. El caso de Peralta no fue excepcional, ya que este proceder de la Inquisición formaba parte de una última persecución sistemática contra los judeo-conversos, que alcanzó su cumbre entre los años 1720 y 1725.⁷¹⁶ En este tiempo fueron condenadas más que 2.000 personas y, de ellas, aproximadamente 100 hallaron así la muerte. Junto con Peralta, dos otros médicos, compañeros y amigos suyos, fueron acusados y encarcelados el mismo día. Se trata de Diego Mateo Zapata,

⁷¹⁴ AHN, INQ., Leg. 3946. Carta de Bartolomeo Pighetto, París, 15 de mayo de 1716 y otra del mismo autor fechada en París, el 1 de junio de 1716.

⁷¹⁵ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "El Tribunal del Protomedicato".

⁷¹⁶ José PARDO TOMÁS y ÁLVAR MARTÍNEZ VIDAL, "Victims and Experts. Medical Practitioners and the Spanish Inquisition", en *Coping with sickness. Medicine, Law and Human Rights - Historical Perspectives*, ed. John WOODWARD y Robert JÜTTE (Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health, 2000), pp. 11-27.

miembro fundador de la Regia Sociedad y su segundo presidente, y Francisco de la Cruz, médico de la Real Familia. Enfrentados a una misma situación, las consecuencias fueron diferentes para cada uno de los tres médicos. Zapata, por su parte, fue el único que consiguió el acceso a la clientela cortesana y aristocrática, aunque salió del proceso con daños económicos e infamado en algunos círculos.⁷¹⁷ En cambio, la vida de Francisco de la Cruz encontró un trágico fin con su muerte en la cárcel inquisitorial.⁷¹⁸ Cuando Juan Muñoz y Peralta fue puesto en libertad en 1724, tras tres años de prisión, no logró obtener una posición semejante a la que disfrutaba anteriormente, a pesar de sus reiterados e incansables intentos. La desgracia en la que había caído motivó incluso a algunos a excluirle permanentemente de los círculos de honor y fama. Sin embargo, aunque ya no frecuentara el trato con la élite cortesana, Peralta continuó practicando como médico hasta su muerte en 1746.⁷¹⁹

V.2 Por qué y cómo iniciar una relación de correspondencia con Peralta

V.2.1 Motivos

Los motivos para iniciar una consulta a distancia muchas veces estaban relacionados con una falta de eficacia de los tratamientos aplicados por los médicos del lugar o de todos los demás remedios que se habían ido probando durante un largo proceso de recuperación. El largo itinerario por diversas formas de curar que habitualmente precedía una consulta por correo, lógicamente implicaba que aquellas consultas se hicieran raramente en dolencias agudas, siendo lo más habitual que se realizaran para enfermedades crónicas.⁷²⁰ Mientras que la insatisfacción

⁷¹⁷ José PARDO TOMÁS, *El médico en la Palestra. Diego Mateo Zapata (1664-1745) y la ciencia moderna en España* (Valladolid: Junta de Castilla y León, 2004), pp. 120-126.

⁷¹⁸ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Victims and Experts. Medical Practitioners and the Spanish Inquisition", p. 21.

⁷¹⁹ Cf. PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease", p. 472.

⁷²⁰ El hecho que Peralta era para muchos pacientes la última instancia a quienes se dirigían y por tanto incluían sus relatos los largos procesos terapéuticos anteriores, es un fenómeno que Pilloud, Hächler y Barras han constatado también para las cartas de pacientes dirigidas al famoso médico suizo Samuel-Auguste Tissot (1728-1797). En cambio, ese fenómeno no es algo característico para la correspondencia de Étienne-François Geoffroy (1672-1731) y Albrecht von Haller (1708-1777), cf. PILLOUD, HÄCHLER y BARRAS, "Consulter par lettre"., aquí, p. 250. Brockliss explica la presencia dominante de las enfermedades crónicas con el largo tiempo de espera con que había

con los tratamientos realizados hasta entonces podía conducir a una consulta a distancia con cualquier médico que ofrecía ese servicio, a continuación se trata de establecer las razones específicas por las que los pacientes y sus mediadores se dirigían a Juan Muñoz y Peralta.

Entre los motivos generales fue, sobre todo, la alta reputación y “el crédito” de médico distinguido, lo que movía a los enfermos a poner sus esperanzas en manos de Peralta. Sus éxitos terapéuticos en casos complicados se habían difundido entre diversos círculos y llegaban a los oídos de los enfermos tal vez por recomendaciones de amigos o conocidos o, tal vez incluso, por las publicaciones de Peralta.⁷²¹ Las fuentes de información podían haber sido múltiples, pero el caso es que algunos enfermos, o sus familiares, tenían noticias concretas de las curaciones que Peralta había logrado en enfermedades similares. Por ejemplo, la decisión de Fernando de Zuloeta de elegir a Peralta como médico corresponsal para ayudar a su mujer enferma fue motivada precisamente por éxitos anteriores en afecciones parecidas. Así expuso como “es Vuestra merced el único que le [remedio] sabrá, como que le curó aquella enfermedad tan grave que hará Vuestra merced memoria que decían tenía inflamado el cerebro [cerebro] y era un delirio melancólico que le duró cuatro meses”.⁷²²

Aparte de su buena reputación y los aciertos en sus tratamientos, había pacientes, particularmente de Sevilla y los alrededores, que subrayaban el origen geográfico común como razón para consultarle. En estos casos, el vínculo emocional por compartir la misma patria aumentaba todavía más la confianza que el paciente depositaba en Peralta como médico adecuado. Otras veces era simplemente una cuestión práctica y temporal. En el caso de las

que contar hasta recibir una respuesta del médico, cf. BROCKLISS, "Consultation by Letter in Early Eighteenth-Century Paris: The Medical Practice of Étienne-François Geoffroy".

⁷²¹ Entre sus publicaciones destaca el tratado que representa su práctica médica en el caso de un paciente en concreto, cf. Juan MUÑOZ Y PERALTA, *Contraconsulta a la consulta que el Doctor D. Miguel Melero Ximénez [...] dio a luz sobre la enfermedad que padeció D. Miguel Tamariz* (Córdoba: Diego de Valverde, 1706).

⁷²² AHN, Leg. 4208. Carta de Fernando Joseph de Zuloeta, Osuna, 30 de septiembre de 1716. La paciente Ana Josefa de Barrientos y Rueda resalta en su carta también esa primera motivación basada en la experiencia de Peralta con enfermedades similares: “por la satisfacción que tengo de su gran ciencia, como por la que añadieron a mi dictamen las noticias que generalmente me dieron de la excelencia y especiales aciertos que Vuestra merced avia tenido en la curación de semejantes accidentes”. AHN, Leg. 4208. Carta de Ana Josefa de Barrientos y Rueda, Carmona, 24 de agosto de 1717.

cartas que coincidían con la vuelta de Peralta de París a España, algunos enfermos alegaban que el motivo para dirigirse en ese momento y no antes a Peralta era por “la noticia de su arribo a esta corte”. En ese contexto, un paciente explicó por ejemplo que “el no haver escrito a Vuestra merced ha sido por no molestarle considerando sus muchas ocupaciones en su dilatado viaje”.⁷²³

Los motivos que incitaban a los pacientes para entablar una relación epistolar para consultar al médico real Juan Muñoz y Peralta no necesariamente derivaban de una causa en concreto, sino que a veces era un conjunto de causas donde se mezclaban diversas razones: desde motivos exclusivamente terapéuticos por conocer éxitos en enfermedades similares, hasta otros más emocionales por ser originarios de la misma zona o por meras razones prácticas, como la presencia del médico en España. Sea por separado o en su conjunto, los diversos motivos eran suficientemente fuertes como para asegurarle a Peralta repetidas veces que la única fe que tenían para curarse era ponerse en sus manos o, dicho de manera más lisonjera, “solo en Vuestra merced después de Dios espero tener alivio”. Aparte de la retórica epistolar típica de la época, lo que queda patente es que los pacientes realmente deseaban que su caso fuese atendido y considerado por un médico fuera de lo común.

V.2.2 Estrategias

Hay que recordar que la situación inicial de una consulta a distancia estaba marcada por una fuerte asimetría en cuanto a la relación médico-paciente. Por un lado estaba Peralta, en una posición superior, quien recibía las solicitudes y decidía sobre si o no atenderlas. Por otro lado, el enfermo, desesperado por encontrar una solución para su problema de salud, que se encontraba en una posición inferior y de dependencia del médico. Como ha señalado Dinges, las fórmulas de cortesía que impregnaban las consultas no eran simplemente formas que se guardaban, sino que también eran muestras de la asimetría que caracterizaba esta relación.⁷²⁴

⁷²³ AHN, Leg. 4208. Carta de Alonso Monsalve, Sevilla, 15 de diciembre de 1716.

⁷²⁴ cf. DINGES, "Männlichkeitskonstruktion"., aquí p. 113.

Es en ese contexto donde hay que situar el empeño con el que los autores de las cartas intentaban entrar en una correspondencia con un médico cortesano. Para conseguir la atención de Peralta empleaban diversas estrategias. Algunas de ellas requerían la participación de otras personas con cierta influencia, otras consistían en tácticas retóricas que se introducían en el discurso narrativo.

Para analizar las estrategias utilizadas por los pacientes se recurrirá, a modo de ejemplo, a la correspondencia que una enferma llamada Ana Josefa de Barrientos y Rueda mantuvo con Muñoz y Peralta entre 1717 y 1718.⁷²⁵ Se trata de una correspondencia propiamente dicha, ya que consiste por un lado en tres cartas sucesivas de la misma paciente y, por otro lado, las alusiones al contenido de la respuesta de Peralta. La consulta de Ana Josefa de Barrientos es un caso singular y destaca del resto de las cartas conservadas, justamente por mostrar desde una voz femenina los diferentes pasos que conformaban el proceso de mantener una consulta a distancia, además de reflejar el comportamiento y la postura de Juan Muñoz y Peralta en el trato con sus pacientes. Ana Josefa de Barrientos, una mujer joven de una familia noble de la villa de Carmona, en los alrededores de Sevilla, no estuvo contenta con el tratamiento que los médicos de su entorno le habían aplicado y decidió comunicar su caso a Peralta por correo. Como primer paso para establecer el contacto con el médico real, la paciente se sirvió de la táctica de recurrir a un mediador, y encargó a su primo y futuro marido Pedro José de Rueda y Porres la redacción de una consulta en su nombre.⁷²⁶ Emplear personas con cierta influencia y/o conocidas por Peralta para que interviniesen a favor del enfermo en su afán de ser atendido por este médico en concreto, era una estrategia habitual. La función de los mediadores era importante no sólo para los casos en los que los enfermos estaban físicamente impedidos para

⁷²⁵ Las tres cartas de Ana Josefa de Barrientos y Rueda llevan la misma signatura y varían únicamente en la fecha. AHN, Leg. 4208, Carta de Ana Josefa de Barrientos y Rueda, Carmona, 24 de agosto de 1717; 13 de septiembre de 1717; 11 de enero de 1718.

⁷²⁶ Pedro José de la Rueda y Porres era caballero de la orden de Alcántara y se casó con la paciente Ana Josefa de Barrientos y Rueda. En el momento de redactar las cartas de consulta a Peralta Ana Josefa estaba embarazada de su hijo Diego Luis de Rueda y Barrientos, cf. Jaime DE SALAZAR Y ACHA, *Los Sánchez Arjona: Estudio histórico sobre una familia extremeña* (Madrid: Real Academia Matritense de Heráldica y Genealogía, 2001).

redactar ellos mismos la consulta. Es más, es muy probable que la implicación de una tercera persona que gozaba de cierta influencia pudiera jugar a favor del solicitante. Los mediadores, habitualmente masculinos, eran en muchos casos familiares directos, como el marido, el padre o el hermano, o bien personas a su servicio, como criados, capaces de escribir, que se dirigían a Peralta en nombre de sus amos enfermos; o, al revés, amos que se valían de su fama y de su buena reputación para lograr, para sus servidores, la asistencia de Peralta. Pardo Tomás y Martínez Vidal, entre otros, han señalado la complejidad que el sistema de mediación podía asumir, ya que a veces requería la implicación no sólo de una tercera persona sino de varias, por lo que las cartas “reveal a network of interconnected mediations”.⁷²⁷ Por ejemplo, para una religiosa enferma de Daimiel, María Luisa “de la concepción religiosa del relicario de Carmelitas descalzas de esta villa”, el Marqués de Santa Cruz y Bayona pidió al médico Francisco Alegre que realizase un informe de experto para relatar con todo detalle y en sus términos apropiados a Peralta el caso de la enferma.⁷²⁸

En otro caso, fue el médico cordobés Francisco Antonio de Herrera Paniagua, socio de la Regia Sociedad y censor de dos tratados de Peralta, quien intervino para que atendiese a la hija enferma de un amigo suyo. A través de tres cartas intentó conseguir el favor del compañero médico y, además involucró al Almirante de Aragón para que le entregase el informe del caso a Peralta.⁷²⁹ Este tipo de mediación, como se ha visto, no garantizaba necesariamente que se lograra dicho objetivo. Tampoco fue así en el caso de Ana Josefa. A falta de una respuesta de Peralta después de enviarle tres cartas, tomó la decisión de dirigirse personalmente a él y le envió su primera carta acompañada de un informe médico el 24 de agosto de 1717. Cuando tres semanas después todavía no le había llegado ninguna respuesta del médico, volvió a escribirle otra vez el 13 de septiembre de 1717. En ambas cartas de

⁷²⁷ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease", p. 472. Véase para el tema de la mediación también Séverine PILLOUD, "Mettre les maux en mots, médiations dans la consultation épistolaire au XVIIIe siècle: les malades du Dr Tissot (1728-1797)", *Canadian Bulletin of Medical History* 16, 1 (1999): pp. 215-245.

⁷²⁸ AHN, INQ., Leg. 4208. Informe médico de Francisco Alegre, Daimiel, 14 de agosto de 1716.

⁷²⁹ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Francisco Antonio de Herrera Paniagua, Córdoba, 10 de marzo de 1718.

presentación la enferma aplica diversas estrategias retóricas que se repiten también en otras cartas de pacientes de Peralta. Por ejemplo, para poner en su segunda carta mayor énfasis a su petición, le recordó que era hija de Fernando de Barrientos y Lugo, quien por lo visto, ya le había hecho algunos favores a Peralta y personas de su entorno. Mencionar nombres o personas de influencia o señalar tener un vínculo con personas conocidas en la corte era una táctica común en un mundo que se regía a través de relaciones personales y un sistema de favores.⁷³⁰ Establecer alguna conexión social con el médico, aunque de forma indirecta mediante otra persona, era el billete que facilitaba para el solicitante el acceso a la esfera restringida de la medicina cortesana. La importancia que Pardo Tomás atribuye a los tres “p” – el patronazgo, el paisanaje y el parentesco – como elementos constitutivos para una carrera médica en la corte, puede en parte tener su validez también para el mundo de los enfermos en su afán de convertirse en pacientes de un médico real.⁷³¹

El aspecto del paisanaje cobra especial importancia para los muchos pacientes que escriben a Peralta desde Sevilla y sus alrededores. En la carta de una paciente de Sevilla, Josefa Zavalza, ella utilizó deliberadamente el hecho de haber compartido durante un tiempo el mismo entorno geográfico.⁷³² Estando embarazada, pidió la opinión de Peralta para saber cómo podría prevenir para su futuro bebé el mismo trágico destino que habían tenido sus tres hijos anteriores, quienes murieron todos a las seis semanas de nacer. Debido a la prisa que tenía al estar a punto de parir, Josefa Zavalza estaba especialmente interesada en conseguir una respuesta de Peralta. Para ello, su estrategia consistía en relevar el vínculo que había entre ella y el médico, que se basaba según ella, en haber sido vecinos en Sevilla en algún momento del pasado. De manera bastante retorcida –“No quiso Dios que mientras logre el tener a Vuestra Merced por vecino,

⁷³⁰ Ruisinger apunta a lo común que era emplear en cartas de consulta no sólo mediadores, sino también la mención de personas con influencia o aspectos biográficos que tenían en común el paciente y el médico, cf. RUISINGER, *Patientenwege*, pp. 145-151.

⁷³¹ Pardo Tomás ha identificado esos elementos como pilares fundamentales concretamente para el caso del médico Diego Mateo Zapata que estudia, cf. PARDO TOMÁS, *El médico en la Palestra*, p. 267.

⁷³² AHN, Leg. 4208. Josepha Zavalza, sin fecha, sin lugar.

biniese esse accidente para que tubiese la satisfacción de que Vuestra merced me consolase de más cerca”– Josefa Zavalza lamentó no coincidir ni en el tiempo ni en el espacio con la presencia de Peralta para atenderle. Sin embargo, para la enferma la antigua relación vecinal superaba las distancias actuales – “pero no por la distancia pierdo las esperanzas de que Vuestra merced me [h]aga este favor” – sugiriendo así un compromiso especial por el llamado paisanaje.

Uno de los elementos más frecuentes en las cartas a Peralta es el énfasis con el que subrayaban los autores la fe y confianza que tenían en las capacidades del médico. Ana Josefa de Barrientos, por ejemplo, no se cansaba de expresar las grandes y únicas esperanzas que depositaba en las manos de Peralta. En sus dos cartas de presentación se repetían expresiones como “tan ansiosa de mi alivio, como cierta de que solo lo puedo conseguir de su mano”, “pues su parecer es el unico que espero” o “que solamente de su mano puedo esperar algun alivio”. Confiar y tener fe en las capacidades del médico constituía una de las premisas más importantes para un tratamiento eficaz. Así lo señaló también el médico Miguel Marcelino Boix y Moliner, amigo de Peralta y miembro fundador de la Regia Sociedad, al tratar en su obra *Hippocrates Defendido* (1711) las obligaciones del enfermo:

“No puede un médico desear más para curar un enfermo a su satisfacion, que el conseguir de él que tenga fé, o confiança con los remedios, o con lo demás que executare conducente a su salud. Refiere Galeno en el lib. 6 de las Epidemias en la sección 4, text. 8 que en Pérgamo sanaron muchos enfermos desahuciados de los médicos, por medio de aquellos faranduleos, jugadores, que él los llama *Praestigiatores*, solo por la confiança con que los animavan. [...] No me inclino a esta curación, refiero solo lo que los autores cuentan; ponderando solamente la confiança de los enfermos con el Medico”.⁷³³

Mientras que la fe y confianza que expresaban los y las pacientes en sus cartas a Peralta eran probablemente sentimientos auténticos,⁷³⁴ al mismo tiempo no dejaban de ser parte de la retórica que sabiamente empleaban para satisfacer las expectativas de los médicos. Además, al

⁷³³ BOIX Y MOLINER, *Hippocrates defendido*, p. 430.

⁷³⁴ Como Ana Josefa de Barrientos también enfatizaban otros pacientes y mediadores en la confianza y única fe que tenían en las capacidades de Peralta los siguientes autores: AHN, INQ., Leg. 4208. Conde de la Cadena, sin lugar, sin fecha; Catalina de Larroca, Osuna, 11 de diciembre de 1714; Bertolomeu Pighetti, París, 15 de mayo de 1716; Alonso Monsalve y Thous, Sevilla, 15 de diciembre de 1716.

insistir en que sola y únicamente se confiaba en las habilidades de Peralta, el paciente insinúa con ello una cierta fidelidad respecto al médico. Una actitud de fidelidad que cobraba importancia a la hora de promocionarse como buen enfermo que aseguraba una estable y continua relación médico-paciente. Desde el punto de vista del médico resultaba más rentable (también económicamente) aceptar tratar a un paciente que le expresaba tan claramente su fidelidad que a otro que no lo hacía. La repetida mención de la fidelidad por parte del enfermo era por lo tanto una estrategia importante para captar la atención del médico.

Para darle más peso todavía a su petición y mostrar el alto nivel en que ella estaría dispuesta a colaborar en el buen funcionamiento de la terapia, Ana Josefa de Barrientos se ofreció a acudir personalmente a la Corte si el tratamiento lo requiriese. Una propuesta que repitió también en la segunda carta que escribió.⁷³⁵ Como ella, hubo otros pacientes que igualmente proponían emprender el viaje largo de Sevilla a Madrid para recibir la atención personal de Peralta.⁷³⁶ Entre ellos, personas pertenecientes a la alta nobleza como Alonso de Vargas Sotomayor y Guzmán, el II Marqués de Castellón, quien escribió en su carta que "estoy tan asegurado tenerlo [alivio] de Vuestra merced, que si fuere menester pasaré a la Corte".⁷³⁷ Aunque solo fuese teóricamente, mostrarse dispuesto a realizar un largo trayecto de unos quinientos kilómetros para ver a Peralta en persona, se puede interpretar como máxima expresión de su respeto y aprecio hacia el médico.

Ahora bien, gracias a todas las estrategias que Ana Josefa de Barrientos había empleado en sus dos cartas de presentación – utilizar un mediador, mencionar a su padre, asegurarle su

⁷³⁵ “quedando yo determinada a executar quanto Vmd me ordinare y aun a passar a essa corte si para mi curazion le pareciere necessario”. AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Ana Josepha de Barrientos y Rueda, Carmona, 24 de agosto de 1717. En la carta siguiente de tres semanas más tarde volvió a ofrecer venir a la Corte: “yo determinada a executar los remedios que pareciere Vmd conduzen para mi curazion y aun a passar a essa corte si para su applicacion reconoze es necesessario”, AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Ana Josepha de Barrientos y Rueda, Carmona, 13 de septiembre de 1717.

⁷³⁶ En una carta cuya identificación no ha sido posible, el médico anónimo que escribió en nombre del paciente informó a Peralta que "si fuese preciso comparecer personalmente para la perfecta curación, lo hara el dicho paciente." AHN, INQ., Leg. 4208. La primera línea de la carta es: “Lo que se consulta a el Sr. Doctor por este papel es el que huna persona, de veinte y seis año[s]”.

⁷³⁷ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta del marqués de Castellón, Sevilla, 12 de abril de 1718.

fidelidad y ofrecer acudir a la corte –, el 21 de diciembre de 1717 recibió finalmente una respuesta de Peralta. Por lo que se puede deducir de una tercera carta de Ana Josefa, Peralta le había ordenado en su tan esperada réplica que consiguiese unas determinadas píldoras que vendían en Sevilla, y que se las tomase con agua de cereza. Es probable que se trate en este caso de la triple cooperación que se realizaba habitualmente entre Peralta, el paciente y el boticario Lozano de Sevilla. En este sistema que garantizaba el suministro controlado de los famosos polvos y píldoras del médico, Peralta enviaba la receta al paciente, el paciente la llevaba o la mandaba a la botica sevillana y, una vez confeccionado el medicamento, el boticario se lo despachaba a casa del enfermo. El efecto que tuvieron dichas píldoras recetadas en el cuerpo de Ana Josefa de Barrientos, y cómo describía la evolución de su enfermedad es un tema del que se tratará en el siguiente subcapítulo.

Se puede concluir, pues, que mantener como paciente correspondencia con Juan Muñoz y Peralta no era necesariamente un reto fácil de conseguir. A veces eran necesarios varios intentos y repetidas solicitudes. La experiencia de la joven enferma de Carmona no fue un caso aislado, sino que son varias las cartas en las que, a falta de una respuesta de Peralta, se volvía a plantear el mismo problema. La existencia de similares formas retóricas que adornaban las cartas de presentación muestra como los aspirantes se servían de un conjunto común de estrategias. En una carta a un médico real parece que era recomendable, pues, subrayar el mismo origen geográfico, mencionar a personas (parientes) de influencia o conocidos en común, enfatizar la confianza y la única fe en las capacidades médicas, así como de mostrar una alta disposición para implicarse activamente en la curación.

V.2.3 Percepción y representación de los tratamientos anteriores

Como ya se ha indicado, las cartas de pacientes que recibía Peralta solían incluir casos de enfermos crónicos que habían pasado por diversos tratamientos médicos. Esas historias clínicas relatadas por el enfermo mismo eran para el médico corresponsal una información muy

relevante, ya que el conocimiento de los pasos terapéuticos previos le permitía conocer las expectativas del cliente y elaborar un dictamen más certero. Además, en la carta de presentación era donde el enfermo tenía ocasión de exponer su propia versión de lo vivido hasta entonces. En este apartado se tratará la forma en la que el paciente representaba su experiencia con los tratamientos recibidos, es decir, cómo percibía los efectos de los remedios aplicados y cómo se comportaba durante los episodios asistenciales. Se discutirá además qué otros valores estratégicos podía llegar a tener la narración individual de los tratamientos anteriores, aparte de transmitir datos objetivos sobre los precedentes pasos terapéuticos.

La carta que Juan Manuel de Esquivel y Vázquez envió desde Sevilla en octubre de 1720 transmite una imagen vívida de los padecimientos que sufría a causa de las almorranas.⁷³⁸ Según su relato, padecía ese “travaxoso aczidentte” desde el año en que Peralta se trasladó a Madrid, es decir desde hacía unos once años. Durante ese periodo los médicos de Sevilla le habían aplicado diversos remedios. Entre ellos había algunos que le dejaban indiferente, como un unguento de manteca de cerdo con vinagre, vino y “polvos de [h]uanes“. Sin embargo, había otros que le habían causado una mala experiencia, como “la hierba del gordo lobo”. Esta hierba, majada entre dos guijarros, le fue aplicada “en la parte que aze rabiarse”. El enfermo, en su carta, continua detallando la percepción de ese remedio y escribe: “la mantuve, no obstante de castigar demasadamente, treinta y seis oras, y no pude sentarme en diez u onze días”. De ese modo, Juan Manuel de Esquivel logró transmitir en su carta a Peralta una idea clara de los dolorosos efectos que le produjo un medicamento determinado. En su descripción de los remedios, no omitió introducir la manera sumamente paciente con la que aguantaba “tantos y tan reiterados martirios”.

De forma parecida presentó Catalina de Larroca su relato clínico: como una historia de sufrimiento en la que mostraba a la vez su conducta paciente y obediente a los dictámenes

⁷³⁸ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Juan Manuel de Esquivel y Vázquez, Sevilla, 8 de octubre de 1720.

terapéuticos. Catalina de Larroca, una mujer de la villa de Osuna, era otra enferma perteneciente a la clientela andaluza que Muñoz y Peralta seguía manteniendo no solo desde la corte, sino incluso cuando se hallaba fuera de España. La carta de esta paciente aparece fechada el 11 de diciembre de 1714, momento en que Peralta estaba acompañando al Duque de Osuna en su viaje a Utrecht y París. La ausencia de Peralta se comprueba además con un comentario de la misma enferma cuando mencionó que esperaba “de ver a Vuestra merced en España con más brevedad”.⁷³⁹ Ahora bien, la enfermedad que mortificaba a Catalina de Larroca desde hacía cuatro años era una mezcla de varias dolencias, entre ellas flatos, dolor de corazón y un tumor en el hígado. Al consejo de los médicos de beber más, su cuerpo respondía con jaquecas y un aumento del dolor en el corazón. El siguiente paso consistía en la aplicación de sangrías y medicamentos, resultando en que “en 3 meses me [h]an [h]echo cinco sangrías que me tienen quitadas las fuerzas”. Además, tomaba cada dos noches seis píldoras de “termentina, orocuz y mechoacan” y como preparación bebía una hora antes de tomarlas agua mineral “con un poco de palo nafretico que pone el agua azul”. A pesar de haberle abierto “dos fuentes”, esto es dos aperturas artificiales,⁷⁴⁰ la paciente se sentía “continuamente estreñida”. Como último remedio los médicos le ordenaron aplicar una bizma para el corazón (un paño mojado en agua de acederas, hebras de azafrán, vino, limón y clavo) y unas unturas de aceite de almendras para el hígado y los riñones. Obediente a las órdenes de los médicos que la trataron, Catalina de Larroca aceptaba todos los remedios que le habían ordenado: “lo hago, pero tengo poco alivio”. En cuanto al régimen alimenticio, la enferma comentó que éste consistía desde hacía un año solamente en puchero, con el resultado que “a veces me veo tan aburrida que estoy tentada de comer de todo”.

La carta de Catalina de Larroca es un informe minucioso de los diversos tratamientos recibidos con anterioridad, que en ocasiones incluye la composición concreta de los remedios

⁷³⁹ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Catalina de Larroca, Osuna, 11 de diciembre de 1712.

⁷⁴⁰ Dicc. Aut., 1732.

que se le habían aplicado. Con ello, la carta logra a la perfección su cometido al transmitir la información decisiva que permitirá a Peralta establecer su dictamen facultativo.

Pero, la narración de las experiencias personales con las terapias anteriores podían tener, además, otros dos efectos. En primer lugar, ambos pacientes –Juan Manuel de Esquivel por un lado y Catalina de Larroca por el suyo– transmiten en sus cartas la imagen del “buen enfermo”, una persona que acata las prescripciones médicas y aguanta con paciencia las consecuencias de las mismas. Representar su conducta de esa manera ante un médico de quien se espera conseguir una consulta a distancia formaba parte de las estrategias de “self-fashioning” que a menudo tejían los enfermos.⁷⁴¹ En segundo lugar, en uno y otro caso tanto la enferma de Osuna como el paciente sevillano, plasman claramente la ineficacia de los remedios que les habían prescrito, así como el desagrado que habían experimentado. La antipatía de Catalina de Larroca hacia las sangrías, por ejemplo, queda más que patente. Con ese “valor empírico” generado por experiencia propia, el paciente sugería a su interlocutor, esto es a Peralta, qué era lo que no toleraba para que éste lo tuviera en cuenta para el tratamiento siguiente. De esa forma, el enfermo intentaba participar desde el principio en el diseño de la nueva prescripción terapéutica. Dada la falta completa de respuestas o anotaciones de Peralta en las cartas, no se puede determinar qué efecto realmente tenían tales sugerencias. Pilloud, Hächler y Barras han señalado que la medida en la que las preferencias fueron respetadas dependía en parte también de la orientación médico-científica del profesional. Al comparar los diferentes dictámenes que los médicos Samuel-Auguste Tissot y Étienne-François Geoffroy dieron para el mismo paciente, se ha mostrado que mientras Geoffroy, más inclinado hacia las teorías humorales y mecanicistas, no se dejó influenciar en su dictamen, Tissot, en tanto que partidario de una concepción neural de la enfermedad, esto es de la sensibilidad e irritabilidad, sí que tenía en

⁷⁴¹ Ruisinger ha detectado ese fenómeno como elemento frecuente en las cartas de pacientes al médico y cirujano alemán Lorenz Heister (1683-1758), cf. RUISINGER, *Patientenwege*, p. 28. En una línea parecida, aquí se aplica el concepto de “self-fashioning”, originalmente introducido por Stephen Greenblatt, para referirse a las tácticas que los pacientes empleaban para promocionarse como “buen enfermo”.

cuenta el deseo individual del enfermo a la hora de elaborar la prescripción.⁷⁴²

V.3 El reto de comunicar y expresar el mal

Las descripciones de los pacientes sobre las afecciones que padecían indican una serie de elementos característicos de la experiencia de enfermar en la sociedad barroca. Una de las características más comunes de los relatos es la presentación de la enfermedad como una experiencia decididamente subjetiva y personal.⁷⁴³ Dar énfasis a la singularidad de la afección morbosa está totalmente en sintonía con la concepción individual del cuerpo humano de la medicina galénica, fomentada con las nociones de temperamento y complexión. Igualmente significativo de cómo se entendía una enfermedad es el no considerarla como un evento concluido y aislado, sino como una serie de acontecimientos patológicos sucesivos que están en relación entre sí. Incorporados en un largo proceso, los episodios morbosos de una enfermedad podían perdurar varios años o incluso acompañar a los afligidos durante la mayor parte de su vida. En ese sentido, la enfermedad estaba no solamente estrechamente ligada a la biografía de una persona, sino que en retrospectiva llega a ser una parte constitutiva de su identidad. Pardo Tomás y Martínez Vidal han apuntado a la mayor relevancia que los enfermos daban a describir como sentían la afección en vez de tratar de encontrarle una explicación nosológica.⁷⁴⁴ Esa preocupación por expresar con palabras las percepciones interiores de la enfermedad tiene como resultado un lenguaje corporal que parece tener un destacado elemento común en los diversos idiomas europeos: la sensación de movimiento.⁷⁴⁵ Son abundantes las descripciones en las que las dolencias son concebidas como materias corruptas que sufren alteraciones mientras vagan por las diferentes partes del cuerpo. El momento inicial en que se desencadenó el movimiento de toda una serie de malos humores pudo ser un sufrimiento del

⁷⁴² PILLOUD, HÄCHLER y BARRAS, "Consulter par lettre", pp. 247-248.

⁷⁴³ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease", pp. 484-485.

⁷⁴⁴ Ibid., p. 476.

⁷⁴⁵ RIEDER, "Patients and words: a lay medical culture?". Para Alemania, cf. JÜTTE, "Patient und Heiler," p. 171. Y recientemente para Inglaterra, cf. WEISSER, *Ill Composed*, pp. 20-21.

ánimo, como un susto, la falta de menstruación, beber agua fría o comer fruta en exceso, leer demasiado, o no controlarse en las relaciones sexuales. Estos son solo un par de ejemplos de cómo los pacientes de Peralta asociaban sus hábitos diarios con posibles efectos adversos en la salud. En el siguiente apartado se les dedicará un estudio más pormenorizado a aquellos factores externos o *res non naturales* que tanto impregnaban los relatos de los pacientes.

V.3.1 El esquema de las *sex res non naturales*

En cuanto a cómo describían y explicaban los pacientes y sus mediadores los afectos morbosos que les mortificaban, llama la atención la regularidad con la que recurrían a uno de los pilares básicos de la medicina hipocrático-galénica: el concepto de las *sex res non naturales*. Bajo este concepto, al que ya se ha aludido en la introducción, se entendían una serie de factores externos a la naturaleza del hombre – por eso “non natural” – que influían en su salud y que eran los seis siguientes: aire y ambiente, comida y bebida, movimiento y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y afectos del ánimo.⁷⁴⁶

Estos seis aspectos del estilo de vida de una persona en su relación con el entorno geográfico-natural impregnaban de manera diversa los relatos de los pacientes. Así, el modelo de las *sex res non-naturales* les servía por un lado para informar al médico sobre el cumplimiento de un moderado régimen dietético y, por otro lado, para indicarle cómo se expresaba la enfermedad en las diferentes situaciones vitales. Además, lo empleaban a menudo para explicar la causa de la enfermedad. Siguiendo la línea de Pardo Tomás y Martínez Vidal quienes han destacado el uso de la terminología humoral junto con las *sex res non naturales* como una de las cuatro características más representativas en las cartas de pacientes a Peralta,⁷⁴⁷ en este apartado se analizará de forma más detallada cómo y en qué función configuraba cada una de las *sex res* el relato clínico autopatográfico de los enfermos. Al mismo tiempo se aprovechará esta ocasión para añadir algunos ejemplos procedentes de otros grupos sociales,

⁷⁴⁶ LÓPEZ PIÑERO, "Salud pública", aquí: p. 449.

⁷⁴⁷ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease", pp. 474, 477-479.

indicando así la amplia asimilación de este concepto.

V.3.1.1 Aire y ambiente

El aire y la calidad del entorno geográfico-natural eran considerados elementos decisivos para la salud. Fueron presentados como factores que contribuían al malestar del enfermo, en una carta anónima a Peralta. El mediador no-médico describió en ella cómo el paciente, después de haber estado viviendo en la corte, se encontraba ahora en una región particularmente fría. Con la llegada del invierno, los cambios en los síntomas eran todavía más notables: “Y ahora que ya entra el y[n]bierno, particularmente en el paraje donde se halla por ser muy frío [...] hacía dolerle pierna o brazo y experimenta un grande ardor en la sangre. De manera que a poco exersicio que [h]aga, particularmente al sol, le pica y ormiega luego todo el cuerpo”.⁷⁴⁸ Otro paciente, Juan Lozano Bravo del Arahal, estableció en su relato una directa relación de causa y efecto entre el clima y el aire por un lado con la dolencia que padecía, por otro: “en haciendo el tiempo blando y corriendo aire de la mar se me llena el pecho de flemas, [y] me ahogan”.⁷⁴⁹

En relación con el efecto negativo del entorno, era común recetar un cambio de aire para mejorar así el estado de un enfermo. Una medida terapéutica que, como se ha indicado en el capítulo anterior, dio motivo para emprender viajes, en ocasiones, de distancias nada desdeñables. Dependiendo del tipo de la enfermedad variaban los destinos que se recomendaban. Para los enfermos de melancolía, por ejemplo, el entorno más saludable era su patria. Los dos casos tratados al respecto en el capítulo anterior, un paciente de Peralta de 1718⁷⁵⁰ y un hombre humilde de un pueblo de Cuenca de 1629,⁷⁵¹ muestran cómo los enfermos de diferentes entornos sociales, geográficos y temporales eran conscientes de la necesidad de

⁷⁴⁸ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta sin nombre, fecha y lugar que comienza con “Desde que salió de la corte por la primavera” y cierra con “se deçea saber el pareçer y dictamen tan apresiabile del señor don Juan de Peralta”.

⁷⁴⁹ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Juan Lozano Bravo, Arahal, 7 de julio de 1716.

⁷⁵⁰ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Agustín de Arana y Poues, Laredo, 7 de marzo de 1718.

⁷⁵¹ El enfermo que contaba con escasos medios para volverse a su lugar de origen era Francisco Corellano, cf. ADC, Leg. 430, exp. 6076. Catalina Díaz y María Muñoz, 1629, fol. 28v.

mudarse para sanarse de su dolencia. Las especiales virtudes que se atribuían al lugar de origen cobraban importancia no sólo en casos de melancolía, sino también cuando se trataba de otras enfermedades. Fernando Zuloeta, por ejemplo, el autor de la primera carta que ha servido como introducción al capítulo, decidió trasladar a su mujer por la peligrosa calentura que padecía “de Antequera a Sevilla, para ver si aquel temple nativo le mejoraba”.⁷⁵²

Resulta de especial interés el dictamen terapéutico que dieron los médicos franceses cuando enfermó el propio Juan Muñoz y Peralta. Al inicio de sus tres años de estancia en París, cayó enfermo de una afección que llegó a preocupar seriamente a los médicos que le asistían.

Debido al caso extraordinario de poder contar no sólo con una consulta médica no sólo de un médico enfermo, sino para nuestro caso más importante todavía, de Peralta como paciente, se ha optado por reproducir aquí por completo el referido dictamen terapéutico:

"Nous Soussigners Docteurs, Regens de la Faculté de Medecine de Paris, avons observé que Monsieur de Peralta, Docteur en Medecine, et Medecin de Monsieur le Duc d'Ossuna s'est trouvé attaqué en différentes occasions d'une Affection inflammatoire du Ventre, accompagnée toujours d'une Fièvre tres-vive, et de tems en tems de quelque crachement de sang avec une Toux seche et douleur dans la Poitrine, et ayant été soulagé la premiere fois par des saignées et d'autres remedes, la Maladie a eu deux ou trois recidives nonobstant le Regime exact de vivre et l'usage des Remedes convenables; c'est ce qui nous a obligé delui conseiller de s'en aller à son [Axir] natal, craignant toujours de suites funestes par la continuation du mal et les vices de sa Poitrine; et ayant remarqué d'ailleurs la repugnance qu'il a pour les Alimens ainsi rien ne seroit plus utile que le changement d'air pour remedier ces desordres; donné à Paris ce 8e. 7bre. 1712

[Delacartiere] premier medecin du monseigneur le [duc] du Berry.

[P. Gecquet] Medecin de S.A.R. Madam La Princesse.

Azevedo, Professeur des Plantes dans la faculté".⁷⁵³

Desde la primera noticia de su enfermedad, que data de principios de junio de 1712,⁷⁵⁴ hasta tres meses más tarde no fueron capaces de remediar la inflamación del vientre, la fiebre que la acompañaba, así como otros indicadores de un grave estado de salud (escupir sangre, tos

⁷⁵² AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Fernando José de Zuloeta y Monsalve, Osuna, 30 de septiembre de 1716.

⁷⁵³ AHN, INQ., Leg. 3946. Carta firmada de Delacartier, P. Gecquet y Pedro de Acevedo, París, 8 de septiembre de 1712.

⁷⁵⁴ AHN, INQ., Leg. 3946. Carta firmada de Delacartier, P. Gecquet y Pedro de Acevedo, París, 6 de junio de 1712.

seca y dolor de pecho). El último dictamen en que acordaron los médicos Delacartier, Gecquet y Pedro de Acevedo consistió en la recomendación de volverse a su localidad natal por temor a las consecuencias fatales que podrían desencadenarse en el caso de que continuase el mal. Además, como Peralta no toleraba algunos alimentos de la cultura culinaria francesa, opinaron que “ainsi rien ne seroit plus utile que le changement d'air pour remedier ces desordres”.

V.3.1.2 Comida y bebida

El consumo de bebidas frías y su efecto nocivo o beneficioso para la salud era un tema controvertido, no sólo en los textos médicos. Entre la clientela de Peralta había dos pacientes que argumentaban a favor tanto de la una como de la otra posición. Así, el mismo Juan Lozano Bravo, paciente que apuntó a la influencia del aire como causante de su afección, advirtió a Peralta que bebiendo agua fría su enfermedad se agravaba más todavía: “si bebo el agua fresca me maltrata mucho hasta que espido todas aquellas flemas”.⁷⁵⁵ En cambio, Fernando de los Ríos, un capellán de Málaga, cuya conducta autónoma se ha tratado en el primer capítulo, era un hombre que estaba muy acostumbrado a tomar bebidas frescas. Cuando los médicos no le quisieron permitir el consumo de bebidas a base de agua fría de limón y horchatas, ya que según ellos el consumo excesivo de las mismas era lo que había causado el problema de indigestión, el enfermo desobedeció las órdenes y recurrió a su remedio personal, el agua de limón, con “la cual le parecía sentía grande alivio y gana de comer”.⁷⁵⁶ Seguir bebiendo lo que según el parecer del propio enfermo era lo mejor para su salud, a pesar de las advertencias de proceder al contrario por parte de los profesionales, refleja la concepción individual de lo que funciona como remedio para su cuerpo, muy en sintonía con la concepción galénica de higiene.

Como tal aparece también frecuentemente representada en la novela picaresca de *Estebanillo González*. Así, como jugadores antagónicos, el vino y el agua, están representados

⁷⁵⁵ AHN, INQ., Leg. 4208. Juan Lozano Bravo, Arahal, 7 de julio de 1716.

⁷⁵⁶ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta anónima sobre la enfermedad de Fernando de los Ríos, capellán de honor de su majestad y canónigo de la Santa Iglesia de Málaga, de edad de 63 años, Málaga.

respectivamente como panacea universal y causante de enfermedades. Los enfermos que consumen el agua, consciente o inconscientemente contra las indicaciones médicas, acaban con “dolores de tripa y mal de ceática”⁷⁵⁷ o lo pagan con la muerte - como en el caso del soldado enfermo que insistió en querer beber agua fría para cuyo fin sobornó al personal hospitalario.⁷⁵⁸ En cambio, Estebanillo llega a proclamar para sí mismo el vino como una medicina eficaz para restablecer su salud. Así, en la mayoría de los casos aplica su remedio para curarse de la melancolía, a menudo en combinación con buena comida.⁷⁵⁹ Una descripción de signo contrario viene referida por un fraile de Bilbao. En su carta a Peralta escribe que para combatir dolores en el vientre era “su propio remedio el agua fría de nieve, sentando que el vino jamas he podido tolerarle, ni aun en mui corta cantidad, sin que aia causado un ardor extraordinario y otros efectos semejantes”.⁷⁶⁰

Al igual que en la bebida, la dialéctica entre curativo y nocivo se hallaba también en determinados alimentos. En las consultas a Peralta son numerosos los casos en los cuales se relaciona la causa de la enfermedad con los hábitos alimentarios. Por ejemplo, la crudeza de estómago que padecía un fraile a sus 48 años, la atribuye a que a los 18 años comió gran cantidad de fruta sin madurar. Se trata de una causa inicial a la cual se habían unido más tarde otros comportamientos perjudiciales para la salud, con el resultado de que el mal quedó arraigado de

⁷⁵⁷ En Sevilla, Estebanillo se dedicó a vender fraudulentamente agua fría de un pozo cercano y a sus clientes “hacía creer que era agua del Alameda” – un agua famosa por ser saludable y medicinal – “y para apoyar mejor mi mentira, ponía en el tapador un ramo pequeño, [...] y con él daba muestras de venir donde no venía.” La credulidad de la gente se pone de manifiesto a continuación, cuando después del consumo del agua sufrían molestias como “dolor de tripas y mal de ceática”, y no lo achacaban a ese remedio supuestamente medicinal, sino a otras causas o “desórdenes”. En cambio, Estebanillo sabía perfectamente que el agua era nociva para la salud por la frialdad del pozo, lo que no le impedía venderla y satisfacer la demanda. EG, vol. I, cap. IV, p. 204-206.

⁷⁵⁸ EG, vol. I, cap. III, p. 140. Este episodio se ha tratado en el segundo capítulo en relación con las experiencias de ingresados en los hospitales.

⁷⁵⁹ EG, vol. II, cap. X, p. 223. El tratamiento de la melancolía con buena comida y entretenimiento era el habitual en la medicina galénica. También en otras ocasiones, menos relacionadas con el estado de ánimo, le sirve el vino como medicina, por ejemplo, cuando se ve afectado por mareos, o incluso en el caso de una fractura del brazo. EG, v. I, cap. II, p. 61-62; EG, v. II, cap. XII, p. 339.

⁷⁶⁰ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta sin autor, fecha, ni lugar, siendo su primera línea: “Suponiendo mi comp[li]exion sanguínea biliosa, mi edad de quarenta y ocho años”. En adelante titulado como Carta de un fraile viajero, Bilbao, 1720.

forma continua en el estómago.⁷⁶¹ Otro ejemplo es el caso de Catarina de Barrios, que ha sido tratado en detalle en el segundo capítulo. Según el informe del médico que escribió en nombre de los familiares de la paciente, los ataques de epilepsia que padecía eran consecuencia de unas obstrucciones en el estómago, las cuales a su vez fueron causadas por un consumo excesivo de ciertos alimentos y posteriormente agravadas por “la audacia que semejantes señoritas regularmente tienen en comer frutas i otros acidos”.⁷⁶² La recaída que sufrió la chica a mitad del tratamiento era culpa de la propia enferma, ya que “hizo exceso de comer una buena porción de ensalada y aceitunas, y beber a su placer, de que resultó el repetir como antes diariamente dos tercianas”.⁷⁶³ Aunque aquí predomina el discurso del médico, al menos la explicación de la causa que ocasionó el malestar dos años antes es un dato que le tienen que haber referido los familiares de la enferma.

V.3.1.3 Movimiento y descanso

Hacer ejercicio era otra espada de doble filo, ya que podía ser tanto un remedio como un factor perjudicial para la salud. Como remedio de autocuración lo aplicó un fraile viajero de Bilbao, cuya conducta en el contexto de una junta de médicos ha sido tratada anteriormente. Así, en vez de seguir los dictámenes terapéuticos de los médicos allí reunidos optó por hacer ejercicios leves, con los que “faltaron totalmente por entonces los dolores de hijada”.⁷⁶⁴ El efecto contrario lo experimentó el mozo enfermo, aquel mencionado paciente que se había mudado desde la corte a una región más fría. Su mediador no-médico relató en una consulta a Peralta cómo al hacer diversos tipos de actividades físicas, sobre todo aquellas consideradas “algo biolentto, como jugar a la pelota, montar a caballo, etc.”, el enfermo solía sentir “una gran cargazón de espaldas y algún dolor en ellas.” Bajo el término “movimiento” se entendía no solo

⁷⁶¹ AHN, INQ., Leg. 4208. Fray Miguel, sin fecha, sin lugar.

⁷⁶² AHN, INQ., Leg. 4208, Carta de J.P. Carvallo sobre la enfermedad de Cathalina de Barrios, Puerto de Santa María, 16 de junio de 1716.

⁷⁶³ AHN, INQ., Leg. 4208, Carta de J.P. Carvallo.

⁷⁶⁴ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de un fraile viajero, Bilbao, 1720.

el ejercicio corporal, sino también tanto el trabajo físico como el intelectual.⁷⁶⁵ El trabajo intelectual tenía dos vertientes, por un lado se relacionaba con un agotamiento físico, por otro lado afectaba también a las emociones.⁷⁶⁶ Resulta por lo tanto no fácil asociar esta causa de forma evidente con solo una de las *sex res non-naturales*. Sin embargo, se ha optado por tratar los efectos del trabajo intelectual bajo “movimiento y descanso”, ya que los casos aquí referidos tienen un fuerte componente físico. Así, en la misma consulta de dicho joven que hemos tratado arriba se sigue informando que “también experimenta que leyendo o escribiendo un poco, se le enciende luego la *cavesa*, de manera que se le precisa a dejarlo. Y alguna vez que a querido proseguir a llegado a escupir alguna sangre”.⁷⁶⁷ Que la práctica de leer y escribir pueda provocar enfermedades que van más allá de dificultades con la vista o la postura, es una relación causa-efecto que aparece en varias cartas escritas a Peralta, tanto en aquellas mediadas por médicos como en las que procedían del entorno más cercano del paciente. Un ejemplo ilustrativo para este último caso nos lo proporciona la carta de consulta con la que se ha comenzado el presente capítulo. En esa carta, el marido de la mujer enferma, Fernando José de Zuloeta, ofrece, tras una humilde excusa por su conocimiento limitado como lego, una coherente explicación para el mal de su mujer:

“Y pues ya Vuestra merced sabe que yo no entiendo de medicina, será preciso que mi relación vaya como de lego, supliendo Vuestra merced mi ruda explicazion y es a saver:

Abrá tres años que de leer mucho y de otras cosas estudiosas se le calentó la *cavesa* a mi parienta, tanto que le empesó una destilación de la *cavesa* al pecho bien grande, en cuio tiempo le dio calentura [...] durante ella echaba algunos escupos de sangre, con lo que temíamos si era estar ética”.⁷⁶⁸

Desde allí la enfermedad continuó su curso de manera progresiva hasta desembocar en ataques epilépticos, siendo ese el estado de la enferma cuando su marido decidió dirigirse a Peralta.

⁷⁶⁵ Para el trabajo como parte de la tercera *res non-natural*, cf. JÜTTE, *Ärzte, Heiler und Patienten*, pp. 62-63.

⁷⁶⁶ Como tal lo trata también RIEDER, *La figure du patient*, pp. 55-60.

⁷⁶⁷ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de un fraile viajero, Bilbao, 1720.

⁷⁶⁸ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Fernando José de Zuloeta y Monsalve, Osuna, 30 de septiembre de 1716.

En un informe médico que se hizo para encontrar solución a la enfermedad de crudeza de estómago que arrastraba un fraile desde hacía unos treinta años, el médico especificó las causas que eran responsables de la cronicidad. Señaló que junto con un consumo excesivo de ciertos alimentos, era la “tarea de estudio” lo que “ayudó que continuara dicha accedia”. La dolencia se agudizó en el momento en el que fue elegido superior de su convento. En palabras del médico, a partir de ahí, “se doblaron las tareas y de mayor peso, y allí empezó a vomitar todos los días el alimento a poco tiempo de averle comido”.⁷⁶⁹

Atribuir fatales consecuencias a un sobreesfuerzo intelectual no es una característica propia de la correspondencia de Peralta, ni siquiera algo específico español, sino que se trata más bien de un fenómeno europeo. Philip Rieder apuntó que era habitual encontrar la misma interpretación patogénica en los escritos privados de finales del siglo XVII, como por ejemplo en los de Madame de Sévigné.⁷⁷⁰ Además, a través de textos médicos como *La santé de la gens de lettres* (1768) del famoso médico suizo Samuel Auguste Tissot, las enfermedades causadas por el trabajo intelectual se llegaron a consolidar como enfermedades típicas de la gente culta. Lo nocivo se explicaba por el exceso en las prácticas intelectuales, en la escritura por fatigar el cuerpo, y en la lectura debido a un mayor esfuerzo de concentración y a las emociones provocadas por ella.⁷⁷¹

V.3.1.4 Sueño y vigilia

La calidad del sueño, las horas del descanso, así como la dificultad de conciliarlo forman parte de las observaciones hechas tanto por médicos como por los enfermos y sus allegados, entendiendo el sueño como un indicador del estado de salud.

En una relación que Alexandre de Cordoue hizo desde París sobre el estado de su mujer desde la última visita de Peralta, le dedica la primera parte a cuánto y dónde dormía la enferma

⁷⁶⁹ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de consulta sobre el caso de Fray Miguel de la Concepción.

⁷⁷⁰ RIEDER, *La figure du patient*, pp. 56-60.

⁷⁷¹ Rieder describe la interpretación patogénica del trabajo intelectual como una “réalité reconnue”: “l’application nécessaire à la lecture et à l’écriture peut donner lieu à une détérioration d’un état de santé. De nombreux malades rendent eux-mêmes le travail de cabinet responsable de leur malaise ou de leur maladie.” Ibid., p. 57.

durante el día, cambiando entre sofá y cama: “Depuis que vous etes sorti d'icy ce matin, Monsieur, Madame de Cordoue a [dormi] autant qu'a son ordinaire, dans cette confiance elle s'est levée vers le midi, et a passé sa journée sur un sophat, jusques a six heures qu'elle s'est remise dans son lit”.⁷⁷² De nuevo la carta de Zuoleta ilustra aspectos interesantes acerca de cómo las *sex res* configuraban las observaciones clínicas descritas por parte de personas no expertas. Así, los ataques de epilepsia que su mujer experimentaba desde hacía un par de años los relacionó con una fase en la que la enferma padecía una enorme falta de sueño, “que le durava ocho y diez días sin dormir de noche ni de día”.⁷⁷³ La imposibilidad de conciliar el sueño coincidía, además, según la observación del marido, con el periodo de la menstruación.⁷⁷⁴ Zuoleta añade que, aparte de la epilepsia, semejante falta de sueño tenía otro efecto en su mujer: “Y olvidavase me dezir que siempre que ai esta falta de sueño se le conturba algo la razón”. La mala calidad de sueño fue a menudo incluida en la lista de síntomas observables por las personas más cercanas al paciente. Así, también anotó Antonio Díaz cómo su hija estaba pasando las noches “en bixilia”.⁷⁷⁵ No poder dormir era, por lo tanto, otro indicador claro para el diagnóstico de la enfermedad; poder conciliar el sueño, en cambio, se consideraba como una señal de mejoría. Cuando el comportamiento del cuerpo no se ajustaba a este esquema, era cuando se podían tener sospechas de una posible causa maléfica o sobrenatural. Matías Álvarez, un ebanista de Villarejos de Salvanés, experimentó en su propio cuerpo el efecto contradictorio de poder “comer y dormir muy bien”, pero aun así “no poder sosegar”.⁷⁷⁶ Fue esa circunstancia paradójica la que le dio motivos para sospechar que su enfermedad había sido provocada por un hechizo.

⁷⁷² AHN, Leg. 4208. Carta de Alexandre de Cordoue, París, 1716.

⁷⁷³ AHN, Leg. 4208, Carta de don Fernando Joseph de Zuloetta y Monsalve, Osuna, 30 de septiembre de 1716.

⁷⁷⁴ “Todos los meses, al tiempo de bajar el mestruo, quatro o seis días antes, le empesavan una falta de sueño.” Ibid.

⁷⁷⁵ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Antonio Díaz, Madrid, 30 de mayo de 1720. En su segunda carta fechada de 13 de julio de 1720, volvió a indicar a Peralta el “no dormir por la noche”.

⁷⁷⁶ AHN, INQ., Leg. 94, exp. 13. Proceso contra José Rodríguez, Villarejo de Salvanés, 1668, fol. 16v.

V.3.1.5 Excreciones y secreciones

Los diversos tipos de materia que el cuerpo, sea enfermo o sano, suele expulsar orina, sangre, flema, sudor y heces – formaban una parte muy relevante de los relatos patográficos. Los enfermos al igual que los profesionales de la medicina eran conscientes de la importancia que esta información tenía para poder elaborar un diagnóstico acertado.⁷⁷⁷ Es lógico pues, que en una consulta a distancia la información sobre la materia evacuada jugara un papel más relevante todavía. O como Olivia Weisser lo ha formulado recientemente, “In an age without X-rays or MRIs, such observations offered critical insights into otherwise invisible internal processes”.⁷⁷⁸ Así, el fraile viajero que padecía, entre otras cosas, un fuerte dolor en la ijada describió la calidad de su orina como “toda teñida en sangre, o mui negra como chocolate”.⁷⁷⁹ Otro paciente tampoco omitió el importante dato de su regularidad en la evacuación de excrementos. Como evidencia de la eficacia de los medicamentos de Peralta, un paciente de Bilbao refirió que “a los ocho días conocí mucho alibio, no haciendo más cursos que dos o tres a las veinte y quatro horas”.⁷⁸⁰ El ejemplo quizás más detallado al respecto es la consulta que se hizo sobre el hijo pequeño del Marqués de Astorga. Para informar sobre la evolución de su enfermedad, el Marqués encargó a un médico la tarea de anotar minuciosamente la regularidad y la consistencia de todas las heces del niño. Desde que “hizo un curso de muy buen color y mas cozido, que los antecedentes”, pasó a “un curso muy regular”, y unas horas después a “otro mas pequeño”. En los dos días siguientes se observó que el niño “hizo un curso muy regular, del mismo colorido pero suelto, no como los antecedentes. Advierto, [que] este curso distó del antecedente ocho oras. [...] Antes de las dos hizo otro curso, tan suelto como el de las onze pero menos en la cantidad”.⁷⁸¹

⁷⁷⁷ Michael STOLBERG, *Uroscopy in Early Modern Europe* (Farnham: Ashgate, 2015).

⁷⁷⁸ WEISSER, *Ill Composed*, p. 24.

⁷⁷⁹ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de un fraile viajero, Bilbao, 1720.

⁷⁸⁰ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Nicolás Antonio de Gaicitua y Xtascarua, Bilbao, 2 de febrero de 1721.

⁷⁸¹ AHN, INQ., Leg. 4208. Dos informes del médico don Juan del Campo, a cargo del Marqués de Astorga, Tiernes, del 6 y 8 de julio de 1717.

Por otro lado, un signo muy relevante de la gravedad de una enfermedad era haber escupido sangre, por lo que en varias consultas se puso especial énfasis en el hecho de si el paciente había escupido o no sangre durante su enfermedad. Así, en lo relativo a la expulsión de la flema o los gargajos, Juan Lozano le informó a Peralta que “nunca los e echados ensangrentados” y que “aunque a mucho tiempo tengo este mal nunca e echado sangre por la boca”.⁷⁸²

En el caso de las mujeres cobraba especial importancia la información proporcionada sobre la menstruación. Tanto la falta de la menstruación como la regularidad de la misma eran importantes indicadores de la evolución de las enfermedades de las mujeres. En algunas cartas, en las cuales fueron los maridos quienes escribían en nombre de sus esposas, no omitían ese dato tan estrechamente relacionado con la salud de su mujer. Una menstruación regular y moderada era signo de la normal fluidez de los humores, y por lo tanto signo de salud. Por ejemplo, Zuloeta reconoció la mejoría de su mujer al volver a tener la menstruación, atribuyéndole a la vez una virtud purgativa-curativa: “porque aviendo baxadole la regla sesavan los motibos que sucitava aquellos accidentes”.⁷⁸³ A las diferentes fases de la menstruación se les atribuía una influencia diferente en el cuerpo enfermo. Así, al informar a Peralta sobre el empeoramiento del estado de su hija tras la toma de los medicamentos prescritos, Antonio Díaz relacionó la acción de los polvos que le habían recetado con la fase premenstrual por la que estaba pasando la enferma.⁷⁸⁴ Al mismo tiempo, el padre no dudaba de que con la bajada de la regla las medicinas iban a actuar correctamente. Aparte de las virtudes curativas que se asociaban con la menstruación, la cualidad de la misma informaba sobre el estado patológico. De modo que una abundancia excesiva, una irregularidad o incluso la falta de la regla eran síntomas claros de un cuerpo femenino enfermo.⁷⁸⁵

⁷⁸² AHN, INQ., Leg. 4208, Carta de Juan Lozano Bravo, Arahál, 7 de julio de 1716.

⁷⁸³ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Fernando José de Zuloeta y Monsalve, Osuna, 30 de septiembre de 1716.

⁷⁸⁴ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Antonio Díaz, Madrid, 30 de mayo de 1720.

⁷⁸⁵ AHN, INQ., Leg. 4208. Informe médico para Ana Fernández, 14 años.

V.3.1.6 Afectos del ánimo

Aunque las emociones son la última de las *sex res*, los efectos físicos que tenían en el cuerpo no son nada desdeñables. De hecho, asumían un papel significativo tanto en el saber médico de la época como en la percepción de los enfermos.

El médico Joseph Cardiel al relatar el caso del enfermo don Agustín, determinó que el inicio de su enfermedad, la gota coral o epilepsia, era “nacida de un susto”: El susto produjo una afección colérica, el humor colérico causó una obstrucción en el estómago y consecuencia de ella fue una epilepsia.⁷⁸⁶ Algo parecido ocurrió en la forma de interpretar y explicar la infección de orina que padecía un fraile viajero de Bilbao. En su carta, que debió haber escrito a lo largo del año 1720, el fraile estableció una relación directa entre las experiencias que vivió durante sus viajes y su estado de salud. Así relató que

“el septiembre pasado hizo dos años, hallándome los días del tumulto de Bilbao en dicha villa, y aviendo salido a detener el ímpetu predicando con un santo cristo por las calles, bolvi tan rendido, más de la compasión que del trabajo, que desde entonces, y por aver salido a pie a otro día y quererme matar en el camino, y otros infortunios en que me parece se me quemó la sangre”.⁷⁸⁷

Para entender bien esa experiencia relatada por el fraile que había provocado que se le quemara la sangre, es necesario descifrar paso a paso lo ocurrido. A partir de las fechas que menciona a lo largo de su informe, se puede deducir que el tumulto al que se refiere fue una violenta revuelta que tuvo lugar en Bilbao en septiembre de 1718. La insurrección, llamada “Matxinada”, se produjo como reacción a una ordenanza real de la nueva dinastía de los Borbones de carácter económico, una medida que suponía una importante carga para los agricultores de la zona.⁷⁸⁸ Concretamente consistía en trasladar las aduanas desde el interior hacia la costa de Bilbao y Bermeo. Como consecuencia, los agricultores y pescadores tenían

⁷⁸⁶ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Joseph Cardiel, Vitoria, 1 de febrero de 1720.

⁷⁸⁷ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de un fraile viajero, Bilbao, 1720.

⁷⁸⁸ La Ordenanza por parte de la monarquía data de 1717 y se llevó a cabo en 1718. Para más información sobre esta revuelta, la así llamada “Machinada” (Matxinada), véase Fernando GARCÍA DE CORTÁZAR y José María LORENZO ESPINOSA, *Historia del país vasco* (San Sebastián: Editorial Txertoa, 1988), pp. 92-94.

que lidiar con precios muy elevados para productos imprescindibles en sus oficios, como la sal y los tejidos. El malestar por esta medida se convirtió rápidamente en un movimiento violento, causando la muerte de un aduanero en el verano de 1718. A partir de ese momento, se radicalizó la insurrección y los bilbaínos cerraron el acceso a la ciudad. Fue aproximadamente en ese momento cuando “nuestro” fraile salió con un correligionario a la calle con el objetivo de calmar mediante sus prédicas a los revoltosos. Esta actividad mental y emocional le causó un tremendo cansancio, el cual, especificándolo, procedió “más de la compasión que del trabajo”. Además, fue víctima de una serie de “infortunios”, como el hecho de que estando de camino, le atacaron y amenazaron con matarle. El fraile concluyó que todos aquellos incidentes en su conjunto que afectaron a su ánimo, eran los responsables de haberle alterado la sangre. Pero en vez de remediar el alterado humor sanguíneo, continuó sus viajes, por lo que sólo fue una cuestión de tiempo que la alteración se hiciese notar en otro achaque. Así se dio el caso de que

“en el primer convento fuera de Vizcaia me empezaron unos dolores en el vientre, al lado derecho, donde vulgarmente dicen la hijada. El dolor era vehementísimo, se iba extendiendo por todo el vientre y / asta sobre el empeine y, especialmente, encima de la vejiga”.⁷⁸⁹

Aquí se nos presenta una cadena causal, expuesta por el propio enfermo, que describe cómo debido a varios acontecimientos que tenían una fuerte carga emocional se alteró su estado de ánimo y como consecuencia se le “requemó la sangre”. Por no tratarse adecuadamente dicha alteración de la sangre, pronto le sobrevinieron fuertes dolores en el vientre y en la ijada.

Los sufrimientos del alma forman también una parte considerable de la novela picaresca *Estebanillo González*. De forma parecida a la descripción del fraile viajero, las experiencias vividas por el protagonista, Estebanillo, manifiestan igualmente el establecimiento de una relación estrecha entre el estado de ánimo y el efecto que éste tiene en la constitución física. Un buen ejemplo de ello es el episodio en el que estuvo condenado a muerte, aunque justo antes de ejecutarse la sentencia, fuera liberado. Consciente de los posibles riesgos que un estado alterado

⁷⁸⁹ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de un fraile viajero, Bilbao, 1720.

del ánimo podía implicar para su salud, sobre todo el susto que acababa de padecer por la condena a muerte, y a diferencia de la negligencia cometida por el fraile, Estebanillo sí que se encargó de prevenir los daños que podría provocar en su cuerpo haber pasado tanto miedo. Así, nada más salir de la cárcel se fue “a dar dos sangrías para atajar el daño que me pudiera venir del susto que había pasado”.⁷⁹⁰ Esta última frase pone de manifiesto una forma particular de entender los principios y las causas de la enfermedad y de saber con qué remedio prevenirla - una forma que se ajusta a los estándares del galenismo, propios, aunque no siempre de forma unánime, de los textos médicos de la época. Así mismo, refleja una asimilación, recepción y apropiación del conocimiento médico a nivel popular.

Así pues, se trata de dinámicas del conocimiento que se manifiestan de forma similar tanto en el proceder de un pícaro de mediados del siglo XVII como en el de un fraile de la segunda decena del siglo XVIII.

Lo que se puede observar aquí y en muchos otros ejemplos anteriores es que las enfermedades experimentan una evolución, y que el inicio de las mismas que desencadena un movimiento inadecuado y desarreglado de los humores, podría haber sido causado por una alteración del ánimo, como un susto, una enorme tristeza, el amor, una pesadumbre, etc. Esto dio lugar a que como medida preventiva se intentaran calmar las emociones y evitar alteraciones, sobre todo en un cuerpo ya enfermo se intentaba no dar ocasión a sentimientos fuertes. Una medida dietética común para controlar los afectos del ánimo era, por ejemplo, abstenerse de relaciones sexuales.⁷⁹¹ Para demostrar su buena conducta durante el tratamiento

⁷⁹⁰ EG, vol. I, cap. V, p. 280. En la literatura del Siglo de Oro hay varios ejemplos de utilización de la sangría a continuación de un susto, hecho que no pocas veces es trasladado a otro ámbito, véase Lope de Vega, *Lanza por lanza*, I, BAE, CCXII, p. 70: “Sangrarme pueden del susto, / acogióseme a sagrado”. Y en el entremés del fariseo, en *Teatro breve de los siglos XVI y XVII*, Madrid, 1985, p. 210: “Ay qué susto! Jesús! Sangrarme quiero / [...] – Calla, que vino a sangrar / a mi marido, a mi dueño, / por un susto que le di / pidiéndole unos dineros”. Ambas referencias tomadas de EG, vol. I, cap. V, p. 280, n. 262.

⁷⁹¹ Antes de la gran polémica sobre los perjuicios de la masturbación en la segunda mitad del siglo XVIII, iniciado con la obra “*L’onanie*” de Samuel Auguste Tissot, existió en Europa una conciencia, ampliamente compartida, sobre las consecuencias graves que un uso excesivo de las relaciones sexuales podía causar en la salud. En Alemania, por ejemplo, el médico Hubertus Holtzemius hizo una relación de toda una serie de enfermedades que podrían derivar de tal uso: problemas de digestión, envejecimiento prematuro e incluso la muerte, véase: JÜTTE,

contra las obstrucciones, el Marqués de Castellón aseguró: “Pues estoy separado del santo matrimonio, y en la comida sumamente arreglado”.⁷⁹² La razón por la que la terapia no mostraba ningún efecto en otro paciente, la halló el médico en su carencia de disciplina en el omitir “el huso de la venus”. Aunque durante cierto tiempo sí que conseguía abstenerse, hubo sin embargo “algunas ocasiones de demaseado enzendimiento y alterazion, que fueron muy repetidas”.⁷⁹³

La asimilación del concepto de las *sex res non naturales* – la que el uso frecuente del mismo en las cartas a Peralta parece indicar – permitía a los enfermos vincular y establecer una relación de causa-efecto entre los hábitos corporales y el estado de su salud. Los seis factores que lo constituyen impregnan de diversas maneras y nutren ampliamente los relatos patográficos. Por separado o en combinación fueron empleados para exponer el régimen dietético y para clasificar los signos interiores y exteriores del mal. Pero, sobre todo, se recurría a ellas para explicar la causa inicial de la enfermedad. Así, los enfermos y sus mediadores atribuían un efecto particularmente perjudicial a determinadas cosas, como ciertas bebidas y alimentos, o la alteración del ánimo, pero también a un excesivo trabajo intelectual o un entorno geográfico-climático no adecuado.

V.4 Los tratamientos en curso de Peralta: Opción y uso con un margen de maniobra

Las cartas analizadas hasta ahora, eran en su mayoría cartas de presentación, es decir, de una primera toma de contacto. Por lo tanto, las formas en las que los pacientes pretendían influir en un futuro tratamiento prescrito por Peralta eran meramente retóricas. Este apartado estará dedicado a los tratamientos ya iniciados para así poder analizar las opciones reales que existían por parte de los enfermos en cuanto a negociar y codiseñar el dictamen terapéutico de

Ärzte, Heiler und Patienten, p. 66. Véase también el “Tractado del uso de las mujeres” al final del libro de NÚÑEZ DE ORIA, *Regimiento y aviso de sanidad, que trata de todos los géneros de alimentos y del regimiento de ella*, pp. 353-367.

⁷⁹² AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Marqués de Castellón, Sevilla, 12 de abril de 1718.

⁷⁹³ AHN, INQ., Leg. 4208. Paciente 1, sin fecha, sin lugar.

Peralta. Independientemente de si había o no margen de maniobra, cabe plantearse la pregunta de si los pacientes y sus familiares hacían uso de él, y en qué forma, durante el tratamiento.

Partiendo de las cartas que procedían de un tratamiento en curso con Peralta, a modo de ejemplo se han seleccionado varios casos que en su conjunto reflejan los diferentes niveles de intervención en el proceso terapéutico, desde lo más dócil hasta lo más “rebelde”.

Empezando por los enfermos obedientes, entre la clientela había varios pacientes que se preocupaban por seguir estrictamente la orden terapéutica. Así, para asegurarse que no contraviniesen el dictamen, escribían simplemente para preguntar cómo y en qué forma deberían tomar los medicamentos prescritos. Un ejemplo de este comportamiento es la carta de Tomás de Vera y Marausa en la que pidió a Peralta que le diese instrucciones más específicas en cuanto a cómo tomar la leche de burra prescrita, un remedio que aparece a menudo en la correspondencia de Peralta y también en los textos publicados por los médicos “modernos”. Tomás de Vera concluyó su carta advirtiéndole que “lo aviso para no [ha]ser nada más de lo que a Vuestra merced le paresiere debo”.⁷⁹⁴

Otro paciente igualmente cauteloso en cumplir con las normas, era Sebastián del Aguila Chaves, un paciente de Peralta que acababa de trasladarse a la villa toledana de Yepes. El objetivo de su carta, sin embargo, era proponer a Peralta un ligero cambio en el tratamiento. Así, “como es de mi obligación”, le comunica a Peralta los últimos avances en la curación, informándole que las purgas habían surtido su efecto. Dada esa nueva circunstancia preguntó si podía omitir el uso de los purgantes.⁷⁹⁵ Junto con esa (pequeña) muestra de negociación terapéutica, el enfermo pidió a Peralta un nuevo dictamen actualizado, prometiendo guardarlo “con estrecha observación”. Por lo general, Peralta enviaba sus medicamentos o las recetas para los mismos junto con una “regla” que instruía a los pacientes de su uso correcto. A falta de una instrucción, eran los pacientes quienes a veces la pedían. Para tener una idea de esa

⁷⁹⁴ AHN, INQ., Leg. 4208. Thomas de Vera y Marausa, Zamora, 8 de febrero de 1718.

⁷⁹⁵ AHN, INQ., Leg. 4208. Sebastian del Aguila Chaves, Yepes, 30 de septiembre de 1720.

“regla”, se reproduce a continuación uno de los raros documentos manuscritos por el mismo Muñoz y Peralta, en el que explicó de forma pormenorizada los pasos específicos que debían seguirse para la toma de su medicamento.

“Amigo y Señor.

Los polvos se toman tres veces al día lo que va en cada papelito de una vez (ha de estar purgada la persona que los toma) un papelito por la mañana otro antes de medio día, i otra a las seis de la tarde o noche poco mas o menos i se pueden desaiunar, o comer o beber una hora despues, i aunque esten con frio o calentura o sin ella siempre se han de ir tomando en esta forma, pues nada embaraça se toman echandolos en un vaso, i una cucharada de vino, i se deslien mui bien, i despues de desleido se echa agua natural dos o tres o mas onças o medio vaso de a medio que [a.tillo] i se vuelven a menear i se beben un papelito de cada vez [oi] aunque se quite la terçiana, o quartana, como se quitara sin duda en aviendo tomado nueve, no obstante se continuaran en la misma forma hasta tomar 21 papelitos o mas para no recaer. Después de tomados, se pueden enjuagar con agua i beber un par de sorbos de agua”.⁷⁹⁶

Varios de los pacientes o sus mediadores informaron a Peralta sobre los efectos que tenían estos polvos en sus cuerpos afligidos. La manera en que reaccionaron ante efectos no esperados – como cuando los enfermos no percibían ningún cambio o, contrariamente, un notable empeoramiento de su estado – refleja una vez más el grado de obediencia o autonomía en la actitud representada del paciente.

En una carta fechada en Madrid, Antonio Díaz, padre de la enferma María Teresa, escribió a Peralta para informarle sobre el empeoramiento que se produjo a continuación de haber tomado los polvos y sueros recetados por Peralta.⁷⁹⁷ Según el padre, la paciente padecía ahora de “congojas, trasudores, ahíto, indigestión y el flato fuerte”. A pesar de empeorar tras la toma de las medicinas, Antonio Díaz no contempló la posibilidad de dejar la medicación ni la de modificar la dosificación por su propia cuenta. En lugar de ello propuso otra interpretación para el deterioro que había experimentado su hija: era un proceso natural del cuerpo femenino en la fase premenstrual. Con toda modestia expuso su idea en la carta a Peralta: “Aunque como lego se me a ofrezido puede ser rebulución por la zercanía del tiempo, en que espero el venefizio

⁷⁹⁶ AHN, INQ., Leg. 4208. Peralta “polvos”.

⁷⁹⁷ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Antonio Díaz, Madrid, 30 de mayo de 1720.

de la naturaleza”. Como persona fiel a las instrucciones de Peralta, preguntó si bajo las descritas circunstancias deberían seguir o no con el remedio.⁷⁹⁸ Al pronunciar y compartir como lego su opinión médica con Peralta, el pariente de la enferma entra claramente en un diálogo con el médico. En este caso, el uso del margen de maniobra se limitó sin embargo a esa intervención. En vez de considerar otras opciones para interferir en el tratamiento, se optó por dejar todo lo demás bajo el parecer y control de Peralta. La misma conducta respetuosa y obediente se mantuvo a lo largo de todo el proceso. Cuando unas seis semanas después envió otra carta para informarle sobre el último estado de María Teresa, simplemente enumeró los síntomas y concluyó con la misma pregunta si debería continuar con el dictamen.⁷⁹⁹

El siguiente ejemplo servirá para mostrar cómo se comportaban en la distancia los pacientes de Peralta. En la tercera de sus cartas, fechada de 11 de enero de 1718, Ana Josefa de Barrientos, que como sabemos vivía en Carmona, localidad muy cercana a Sevilla, informa de forma acostumbrada a Peralta acerca de la evolución de la enfermedad y, en concreto, acerca de los efectos de las píldoras prescritas. Así, Ana Josefa de Barrientos, estando embarazada, le comunica que las píldoras no le hacían ningún efecto, ni negativo ni positivo, por lo que el problema de indigestión continuaba igual que antes. Dada su falta de eficacia, le preguntó si le “pareciera conviene graduarlas”. Tanto el dar noticia sobre el poco efecto de las píldoras como la propuesta de modificarlas pueden ser a primera vista signos claros de negociación. En este caso, sin embargo, parece que procedía de las instrucciones de Peralta, ya que la frase citada seguía con las palabras “en conformidad de la prevención que me hizo de que le avisara de ella para este fin”. Independientemente de si era Peralta quien le invitó a mantenerle informado sobre los efectos para poder ajustar la composición adecuada o si fue por iniciativa propia de la paciente, lo relevante es que Ana Josefa utilizó esa carta principalmente para consultar una serie

⁷⁹⁸ Esta interpretación difiere sustancialmente de la manifestada en el artículo de PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease", p. 482., tal vez porque la traducción al inglés que ellos utilizan sugiere una posición de igualdad entre ambos interlocutores –el médico y el padre de la enferma– que el texto original, según mi parecer, no refleja.

⁷⁹⁹ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Antonio Díaz, Madrid, 13 de julio de 1720.

de dudas terapéuticas que tenía. En primer lugar, quería saber la opinión personal de Peralta sobre la prescripción que le había hecho otro médico con el objetivo de reducir la cantidad de comida al mínimo. En segundo lugar, preguntó por lo apropiado de un consejo que procedía de una persona leiga: “si para el buen cocimiento podré usar del café, por haverme dicho un sujeto, aunque no médico, que para este efecto me será de grande utilidad”. Y, para terminar, quería asegurarse que una indicación que Peralta le había dado en otro momento (“tomar el agua cocida sándalo rubio y raíz de china”), no supusiese ningún problema para su embarazo. La carta de Ana Josefa es una carta de consulta en su sentido estricto. Ella utilizó ese medio de comunicación para aclarar sus dudas acerca de diversas recomendaciones terapéuticas recibidas de parte de otro médico, de una persona no-experta y de Peralta mismo. Es decir, la paciente expuso abiertamente a Peralta los elementos que podrían influir en el tratamiento de su enfermedad y, en vez de decidir sola sobre ellos, incluyó a Peralta en el proceso de “decision-making”.

Como último caso que representa el otro extremo de la franja docilidad–rebeldía sirven dos cartas procedentes de París. Fruto de la red de clientela que Peralta estableció durante su tiempo en París, tales consultas le llegaron cuando se acababa de reinstalar en Madrid. En la primera carta, mediante la cual mantenía el tratamiento pese a la distancia, Bartolomeo Odoardo Pighetti, un agente del Duque de Parma, se informó a Peralta sobre la evolución del malestar de una “dama enferma”.⁸⁰⁰ La mujer, que padecía de una llaga dolorosa en la parte baja de la espalda, no sintió ninguna mejoría con las píldoras de Peralta, a pesar de haber terminado los seis papelillos prescritos. Según el informe de Pighetti, la enferma tomó entonces la decisión de mandar que le cambiasen la composición de las píldoras, haciéndolas más fuertes que las primeras. Pero, dado que el efecto de las píldoras modificadas era demasiado agresivo, por haberle “irritado la llaga, y por el dolor agudo que ha sentido, las ha dexado de tomar” y volvió

⁸⁰⁰ AHN, INQ., Leg. 3946. Carta de Bartolomeo Odoardo Pighetti, París, 15 de mayo de 1716.

a la composición anterior. Según el informe de Pighetti, la enferma volvió a quejarse de la continua ineficacia de las píldoras, pero el mediador la consoló asegurándole que el remedio de Peralta “no puede faltar de hacer su efecto, aunque sea un poco tarde y que sanara sin duda la llaga”. Aquí se manifiesta la presencia de varias voces en una carta, la llamada polifonía que ha sido señalada como una de las características de las cartas de los pacientes de esa época.⁸⁰¹ En el discurso narrativo del mediador estaban por un lado la actitud impaciente de la paciente y por otro, el intento, por parte de su mediador, de darle esperanzas de curación. Cuando dos semanas más tarde no habían recibido aún una respuesta de Peralta, Pighetti redactó otra carta, insistiendo en la necesidad de una indicación concreta para cómo proseguir.⁸⁰² Relató que con las píldoras el estado de la mujer no sólo no había mejorado, sino al contrario, decía que el mal se extendía y los dolores se volvían más “agrios y agudos”. Pighetti cerró la breve carta lamentando que “su remedio que otros han experimentado tan provechoso, salga a esta pobre señora antes del daño”. Esa crítica explícita a las píldoras por la ineficacia y perjuicio que producían en la paciente es uno de los pocos ejemplos de la correspondencia de Peralta donde aparece una clara voz activa y reivindicativa que critica el incumplimiento de la prescripción terapéutica. Junto al intento por parte de la propia enferma de modificar la composición del medicamento, la conducta de la paciente y su mediador refleja el alto grado de autonomía que mantenían y expresaban incluso en un contexto tan particular como era la consulta a distancia.

Mientras que los encuentros entre paciente y profesional en persona permitían formas más directas y osadas, la situación de la consulta a distancia requería otra manera de relacionarse, en la que las opiniones y negociaciones se revestían con diversas fórmulas de cortesía. Para procurar que la correspondencia continuase y que la respuesta de Peralta no tardase mucho, la libertad para expresar abiertamente quejas y propuestas de cambio era limitada.

⁸⁰¹ PARDO TOMÁS y MARTÍNEZ VIDAL, "Stories of Disease", p. 474. PILLOUD, HÄCHLER y BARRAS, "Consulter par lettre", pp. 243-246.

⁸⁰² AHN, INQ., Leg. 3946. Carta de Bartolomeo Odoardo Pighetti, París, 1 de junio de 1716.

Muchos de los pacientes de Peralta mostraban en las cartas una conducta marcada por la preocupación de cumplir las instrucciones del médico. En el caso de introducir una propuesta de cambio, ésta se acompañaba de una promesa de estrecha observación al dictamen actualizado. Ante posibles efectos inesperados o adversos de la medicación, algunos los desvinculaban de las píldoras con otras explicaciones propias. Otros, siguiendo la oferta del médico, apuntaban la ineficacia con el fin de encontrar con los datos proporcionados la correcta composición, o, en su caso, de corregir la administración. Una manera indirecta para co-diseñar el tratamiento era plantear al médico una serie de dudas, incluyendo así a Peralta en el proceso de “decisión-making”. Teniendo en cuenta los casos señalados en este apartado, la intervención activa, y aún de crítica directa, en el curso del tratamiento era – para la correspondencia de Peralta – extraordinario.

V.5 Un negocio aparte: El suministro de polvos y píldoras

Como se ha indicado al principio de este capítulo, una parte considerable de las cartas de pacientes a Peralta eran peticiones de suministro del fármaco químico que únicamente él recetaba. Si se considera el número total de las cartas de pacientes, 22 de las 66 cartas, es decir un tercio de las consultas estaba relacionado con el pedido o la experiencia en torno al medicamento recetado. A lo largo de los más de veinte años que ejercía como médico y defensor de la medicina moderna, en concreto de la iatroquímica, la fama que Muñoz y Peralta tenía entre su clientela se debía en gran medida a la elaboración (teórica) y venta de un preparado basado en polvo de quina. Las características con las que los médicos *chymicos* promocionaban “sus” medicinas consistían, sobre todo, en su mayor eficacia y por resultar mucho más agradable el consumo en comparación con las medicinas tradicionales.⁸⁰³ Así lo argumentó por ejemplo el médico Diego Mateo Zapata en su texto *Crisis médica sobre el antimonio* (1701).

⁸⁰³ Así lo argumentó por ejemplo el médico Diego Mateo Zapata en su texto *Crisis médica sobre el antimonio* (1701), cf. PARDO TOMÁS, *El médico en la Palestra*, p. 319.

Los escritos polémicos publicados por los defensores de la medicina iatroquímica eran vehículos eficaces para dar a conocer las ventajas de este tipo de remedios a un público amplio que incluía también a los no-expertos y por lo tanto a los futuros clientes.⁸⁰⁴ Para el caso particular de Peralta destaca un tratado que publicó en 1705, titulado *Contraconsulta a la consulta que el Doctor D. Miguel Melero Ximénez [...] dio a luz sobre la enfermedad que padeció D. Miguel Tamariz*. Se trata de un debate que se inició a raíz de un caso clínico real y reciente del militar sevillano Miguel Tamariz, en el que estaban implicados dos médicos, Peralta y Miguel Melero, ambos socios de la Regia Sociedad. Como iniciador de la controversia, Peralta puso de relieve las inconvenientes de las sangrías ordenadas por Melero frente a las ventajas de su terapia a base de medicamentos *chymicos*. Para fomentar su argumento reprodujo en el tratado la correspondencia del médico Melero con el hermano del paciente, Andrés Tamariz. Como estrategia persuasiva cobra importancia, sobre todo, la respuesta del último, en la que el hermano resaltó el responsable y eficaz tratamiento de Peralta, basado en vomitivos suaves, frente a la negligente y mal aplicada sangría de su contrincante.⁸⁰⁵

Hay que entender las obras polémicas de Peralta como parte de las vías de difusión que, junto con las recomendaciones personales, dieron visibilidad y notoriedad al producto que dispensaba. El resultado fue que el fármaco de Peralta y la receta para el mismo se habían convertido a principios del siglo XVIII en un bien comercial que gozaba de una alta demanda sobre todo entre la sociedad cortesana. A partir de allí, su fama se extendió también a otras partes de la península, resultando en que pacientes le enviaban pedidos desde Cádiz, Laredo, Bilbao, Medina del Campo, Sevilla, etc.

La forma en la que el remedio, en forma de píldora o de polvo, llegaba a los solicitantes podía pasar por tres vías de distribución cuya base fundamental era la ya mencionada alianza

⁸⁰⁴ MARTÍNEZ VIDAL y PARDO TOMÁS, "Un siglo de controversias", p.113.

⁸⁰⁵ La respuesta de Andrés Tamariz, hermano del paciente, con fecha de 20 de octubre de 1705, se encuentra reproducida en las páginas 6-10 del tratado, cf. MUÑOZ Y PERALTA, *Contraconsulta a la consulta*.

entre Peralta y Lozano, el boticario de Sevilla. Así, en muchos casos Peralta enviaba, tras un pedido previo a Lozano, los fármacos directamente a sus pacientes.⁸⁰⁶ Igual de común era que les facilitara la receta – ya pagada por los enfermos con el dinero que habían enviado en su carta de petición – con la que los pacientes se ponían en contacto con el boticario de Sevilla para conseguir vía postal los preparados.⁸⁰⁷ Otras veces, los pacientes pasaban directamente por la botica sevillana, donde Lozano, avisado por Peralta, tenía los remedios listos para su recogida.⁸⁰⁸ Se trataba por lo tanto de un sistema bien elaborado que no solo aseguraba un negocio estable y beneficioso tanto para el médico como para el boticario, sino que también se adaptaba con sus varias opciones ejecutivas a las preferencias de cada cliente.

Mientras que en las consultas generales actuaban a menudo médicos como mediadores para facilitar la comunicación, en el caso de los polvos y píldoras se trataba de un negocio que se desarrollaba únicamente entre Peralta y la esfera del paciente. Parece que entre su clientela era conocida la indicación terapéutica de sus polvos, ya que varios de ellos le escribían específicamente por “unos polvos de los que Vuestra merced tiene para las calenturas”.⁸⁰⁹ Sin consultar o concretar más la naturaleza de la enfermedad, los clientes requerían simplemente el producto, con lo que se explica también lo superflua que hubiese sido la intervención de otro médico.

Cuando no era el enfermo mismo quien se dirigía con semejante solicitud al médico, era común recurrir a otras personas, muchas veces conocidas por Peralta, para que éstas consiguiesen en su nombre la deseada receta o el mismo fármaco. Resulta muy ilustrativo para ese aspecto la carta que Juan Lozano Bravo, un capellán del Arahal, el pueblo natal de Peralta,

⁸⁰⁶ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta del Duque de Arcos, Madrid, 5 de noviembre de 1709. Le escribió para encargarle a traer desde Sevilla “dos docenas de los yerrecitos para las muelas, y dos frascos de jarabe de Balsamo”.

⁸⁰⁷ Entre los muchos ejemplos, véase AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Ana Josepha de Barrientos, Carmona, 11 de enero de 1718.

⁸⁰⁸ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Domingo de Arangoiti, Cádiz, 1 de noviembre de 1716.

⁸⁰⁹ Una persona cuya identidad no se ha podido comprobar pidió para la Condesa de San Esteban dichos polvos con el favor de remitírselos directamente a la condesa, cf. AHN, INQ., Leg. 4208. Madrid, 9 de agosto de 1718.

escribió en julio de 1716 a una persona en la corte que era amiga del médico.⁸¹⁰ A esa persona, un tal Francisco García Tentos, le pidió el favor de que le comunicara a Peralta la enfermedad que padecía, para así obtener una receta de su mano. Lo curioso de ese caso es que el capellán estaba manteniendo por las mismas fechas una correspondencia directa con Peralta sobre un asunto relacionado con un puesto al que aspiraba.⁸¹¹ Sin embargo, para el tema de su salud y la relacionada obtención de la receta prefirió, por lo visto, buscar a una persona que mediara entre él y el médico. Puesto que el capellán se había dirigido dos veces a Peralta, repitiendo el mismo favor relacionado con su oficio, es bastante probable que consideraba más acertado emplear un mediador para una cuestión de mayor relevancia como era su salud.

La táctica de la mediación, en concreto el intercambio de favores, cobró importancia sobre todo para casos en los que los enfermos no querían revelar su identidad por la vergüenza que les producía el mal que sufrían. Un ejemplo de ello es un caso de impotencia: un hombre de Cádiz, de quien no consta más información aparte de que era recién casado y con 38 años de edad, contactó con un amigo en busca de ayuda para el problema de impotencia que padecía. Al comenzar su carta con las palabras de “solo con la confianza de nuestra amistad me atreviera a declararme” y cerrar la misma con “toma esto con todo empeño y sigilo”, no cabe duda de lo incómodo que era compartir el asunto con otra persona.⁸¹² El motivo, sin embargo, que le hizo confesar a su amigo su enfermedad era porque había escuchado que en una botica en Sevilla despachaban un medicamento “que untando [en] la parte que [digo] se vigore y fortalezca para conseguir el fin del matrimonio”.⁸¹³ Le habían dicho además que ese medicamento “es receta

⁸¹⁰ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Juan Lozano Bravo, Arahal, 7 de julio de 1716.

⁸¹¹ De esa circunstancia constan dos cartas del capellán dirigidas a Peralta, la primera fechada de 16 de junio de 1716 y la segunda del 27 de julio de 1716 en la que repitió su petición a Peralta de interceder a su favor en la casa ducal de los Osuna para conseguir el puesto de “curato” en Arahal. AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Juan Lozano Bravo, Arahal, con las respectivas fechas.

⁸¹² AHN, INQ., Leg. 4208. Carta sin autor, lugar y fecha. Encabezado con el título: “Copia de Capitulo de una carta de Cádiz a un sujeto de esta Ciudad”.

⁸¹³ Ibid. Según el autor de la carta, la botica era la de San Nicolás y su dueño el boticario Alonso de los Reyes. Dicho boticario era un hombre renombrado entre el círculo novator, ya que era miembro fundador de la Regia Sociedad de Medicina y otras Ciencias de Sevilla y llegó a ser presidente de ella. García Romero le nombró entre los presidentes de la Sociedad, con la voz: “Don Alonso de los Reyes, Eruditissimo Pharmacopola Galenico Espagirico, Socio Fundador”, cf. GARCIA ROMERO, *Triumpho de la Regia Sociedad Hispalense*, p. 27.

del doctor don Juan de Peralta que se halla hoy en Madrid”. El paciente pidió a su amigo que se fuese a dicha botica para conseguir aquel remedio y que se lo remitiese con “brevedad”. El hecho que esta carta anónima se encontraba dentro de la correspondencia de Peralta, confiscada en su casa en Madrid, significa que el amigo o el boticario Alonso de Reyes debió haber seguido los caminos oficiales, enviando la petición a Madrid para que Peralta les proporcionase la receta que luego daría derecho a su confección y venta. Aparte de manifestar la fama que gozaban las recetas de Peralta, lo que queda patente en esta carta es otra funcionalidad más del espacio virtual de la correspondencia: recurrir a este espacio permitía al enfermo tratar de resolver con discreción y en anonimato una afección que se percibía como vergonzosa. Frente a otras estrategias, como por ejemplo la comunicación abierta que tanto caracterizaba a los casos de impotencia tratados en el segundo capítulo, aquí se observa un comportamiento contrario, en el que el enfermo buscaba opciones para no tener que compartir el problema de impotencia con su entorno social directo. La carta y la colaboración de un amigo en otra ciudad le aseguraban que su afección quedaba dentro de los límites de la intimidad. Esas conductas diferentes respecto a un mismo tipo de dolencia en una misma sociedad y de un tiempo histórico similar muestran la manera polifacética con la que los enfermos entendían, interpretaban y afrontaban una enfermedad determinada.

Antes de cerrar el capítulo, se presentará un último caso que refleja cómo las píldoras de Peralta configuraban en cierto modo la relación del paciente con el médico. Una de las últimas relaciones epistolares que Peralta mantuvo con sus pacientes antes de iniciarse el proceso inquisitorial en marzo de 1721 era la de Nicolás Antonio de Gaicitua y Xtasarua, un paciente de Bilbao. En su carta de 2 de febrero de 1721 le informó sobre la última evolución que había experimentado con el tratamiento prescrito por Peralta.⁸¹⁴ Según el enfermo, el problema de indigestión se alivió inicialmente con solo tomando “la tintura de rosa y el jarabe

⁸¹⁴ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Nicolás Antonio de Gaicitua y Xtasarua, Bilbao, 2 de febrero de 1721.

boiliano” pero como después volvieron los mismos síntomas (“el humor acre y mordaz”) había empezado a tomar las píldoras que Peralta le había enviado con el último correo de la semana anterior. No omitió expresar la esperanza que depositaba en las mismas: “Con que siendo estas píldoras tan grandes en sus efectos, espero, como Vuestra Merced me asegura, atajarme este mal tan molesto”. Debida a esa gran confianza y porque temía mucho la recaída, Nicolás de Gaicitua le hizo a Peralta otro pedido de las mismas píldoras sin haber esperado el efecto real que tenían. Solo una semana después el enfermo redactó otra carta en la que lamentó que las “píldoritas” no habían surtido el efecto que esperaba ya que todavía le quedaban “reliquias del achaque tan impertinente”. A pesar de la crítica expresada, le pidió al médico otra ración más, “pues tengo tanta fe en ella que no dudo conseguir lo que deseo”.⁸¹⁵ Este ejemplo de la conducta de los pacientes de Peralta en torno a “sus” fármacos pone de relieve la enorme confianza que depositaban algunos enfermos en ellos. Una confianza que, como ha mostrado este caso, existía ya antes de conocer el resultado del medicamento y que se mantenía pese a no cumplir con las expectativas.

Mientras que una experiencia negativa con los polvos y píldoras de Peralta podía resultar una gran decepción, como en el caso de la “Dama enferma” de París, otras veces la confianza en las capacidades de Peralta, materializada en forma de su fármaco, era tan imperturbable que aún la falta de eficacia no causaba ningún tipo de distanciamiento. La fama que rodeaba y sostenía las píldoras les proporcionaba un importante bagaje emocional de esperanza de curación, de modo que creaban a la vez una mayor dependencia hacia aquel médico que controlaba su distribución. En ese sentido, por su poder de aumentar o, en casos negativos, de disminuir la dependencia del paciente al médico, las píldoras adoptaban la función de un tercer actor que configuraba la relación médico-paciente. De ahí, la alta demanda respecto a las píldoras, así como las recetas de Peralta, al final influía considerablemente en el juego del

⁸¹⁵ AHN, INQ., Leg. 4208. Carta de Nicolás Antonio de Gaicitua y Xtascarua, Bilbao, 9 de febrero de 1721.

poder entre ambas partes, esta vez muy a favor del médico.

Antes de concluir cabe señalar otro aspecto general de dicha demanda que no podemos dejar de mencionar: la preocupación por conseguir los preparados *chymicos* de Peralta quizás sea un reflejo de la asimilación de la iatroquímica por parte de una clientela privilegiada. En otras palabras, el éxito que gozaban estas píldoras en una parte influyente de la población era relevante, ya que implicaba al menos la aceptación de remedios terapéuticos que no eran los propios de la medicina galénica-tradicional y, *nolens volens*, de los planteamientos teóricos que los sostenían.

V.6 Conclusión

Recurrir al espacio virtual de la consulta epistolar era en muchos casos el último paso de un largo itinerario terapéutico. Después de diversos intentos con los tratamientos de otros médicos –y probablemente de otras ofertas sanitarias también– se optó por consultar en última instancia un médico real que además representaba una nueva forma de medicina: Juan Muñoz y Peralta, médico de cámara y primer presidente de la Regia Sociedad de Sevilla. Acceder a este espacio virtual de la correspondencia no era siempre fácil, ni siquiera para una clientela que procedía de los grupos más privilegiados de la sociedad española. Así, para conseguir la asistencia epistolar de Peralta, los solicitantes empleaban una serie de estrategias que podían implicar tanto la participación activa de mediadores influyentes como la introducción de tácticas retóricas en el discurso narrativo de la carta. Frecuentes elementos retóricos eran por ejemplo subrayar el mismo origen geográfico, mencionar a conocidos en común, enfatizar la única fe en las capacidades singulares de Peralta o mostrarse dispuestos a emprender un viaje a la corte. Representarse como buen enfermo e indicar desde el principio las preferencias terapéuticas, eran pasos no menores para aumentar las opciones de poder codiseñar el futuro dictamen.

Para comunicar a Peralta los diversos aspectos relacionados con su experiencia de

enfermar, es decir, exponer con sus propias palabras las observaciones de los procesos internos y externos que experimentaban, los pacientes recurrían con cierta frecuencia al esquema de las *sex res non naturales*. La asociación establecida entre los hábitos corporales diarios y los efectos en la salud se hace particularmente evidente a la hora de explicar las causas del mal.

Una cosa eran las cartas de presentación con las que los enfermos trataban de iniciar una consulta a distancia, y otra distinta eran las cartas que nacían de un tratamiento en curso con Peralta. Solamente a través de éstas últimas es posible analizar la relación entre médico y paciente que se desarrollaba en un contexto particular del espacio virtual de la correspondencia. El análisis de las cartas que permitían una reconstrucción de las diferentes formas de conducta del paciente indica que, dentro de la franja entre docilidad y rebeldía, los enfermos raramente intervenían activamente – y mucho menos criticaban de forma abierta – los tratamientos prescritos por Peralta. La asimetría en términos de poder que caracterizaba sustancialmente la relación médico-paciente que se llevaba a cabo dentro de un intercambio epistolar condicionaba la forma en la que el enfermo interactuaba con el médico. En vez de expresar francamente sus quejas y opiniones, las revestían con diversas fórmulas de cortesía, procurando así que la correspondencia continuase y que la respuesta de Peralta no se hiciera esperar. Otro elemento que fomentaba todavía más la posición superior del médico era el medicamento especial que vendía. La alta demanda en torno a sus afamados polvos y píldoras creaba por lo general una mayor dependencia de los pacientes hacia el médico real. Las características que determinan la relación médico-paciente están por un lado estrechamente vinculadas a las funciones de Peralta por su condición de médico real, defensor de la medicina moderna y suministrador de un medicamento especial. Por otro lado, era el espacio virtual de la correspondencia el que condiciona el trato entre ambos. Mientras el mismo Peralta, acostumbrado a recibir notas de aviso que no carecían de un tono imperioso y categórico, experimentaba el poder del paciente cuando le atendía en su casa. Aquí, en ese espacio virtual que representa la correspondencia, se manifiesta una situación inversa: es el paciente quien asume una posición inferior y sumisa

frente al médico corresponsal, quien en muchos casos representaba la última instancia tras una larga búsqueda de la salud. Con ello, se pretende dar otra forma de entender la relación asimétrica entre médico y paciente. El caso de Peralta ilustra como en la Edad Moderna existían diversas formas de relaciones entre médico y paciente que se regían primordialmente por los factores sociales y los contextos en los que se establecían dichas relaciones.

VI. Conclusions

The aim of this thesis was to reconstruct the experience of seeking health care in Early Modern Spain from the perspective of those most directly affected by it: the ill people.

As previous studies on the history of the patient in Early Modern Europe have identified, the patient was not a passive figure, resigned to accept a supposed absence of a “proper” health care system. In recent years, scholars have become increasingly focused on the agency of the sick people. The active patient is thus no longer a controversial category, but instead a well established one that considers the sufferer as somebody who was disposed towards a broad range of actions. Starting from this fundamental assumption, the present study represents one of the first approaches to examine the illness experience in Early Modern Spain and by this seeks to make a contribution to the body of European research on the history of the patient.

Sick people in 17th and 18th century Spain were, just as in other regions, surrounded by a plurality of therapeutic resources, originating from very different spheres, such as learned medical knowledge, empirical expertise of unlicensed practitioners, magical and religious beliefs as well as practices of self-help. The guiding question for this research is how this wide array of health care, termed medical pluralism, was perceived, identified and used by the ill.

In order to cover the perspectives and perceptions of patients from different social and cultural contexts, various types of sources were employed. Patient letters to a renowned royal physician attest for the learned medical sphere, with the specific clientele stemming from a privileged social group. Testimonies of the sick from both inquisitorial interrogation protocols, and criminal law proceedings, allow for information on experiences related to superstitious healing practices and encounters with more common medical professionals (mostly barber-surgeons), to be considered. These reconstructed voices, of a mainly illiterate population, belong to cases that occurred mostly in rural settings, located in the historic region of New-Castile. Finally, a literary response that represents the medical culture seen through the eyes of

a rogue (pícaro) has been interwoven into the documented experiences of the above accounts.

The analysis of the collected data was conducted by following a distinctive approach: a combination of the anthropological concept of “therapeutic itineraries”, and the category of space. Focusing on the many steps involved in the search for relief (therapeutic itineraries) helped to identify the complex process of decision-making by the sick, which was influenced not only by individual beliefs, but also by the conduct of other social actors. As such, it served as a conceptual tool to enable the patients’ perspective to be considered in a consistent way. In addition, structuring the ill people’s quest for therapy by the spaces which they crossed during their journeys proved to be a fruitful method for displaying the medical pluralism from the point of view of its users. Instead of maintaining the usual dichotomies of regular/irregular healing practices, space as a category allows us to see the different forms of treatment in coexistence with each other. Thus, analysing the ill people’ experiences through the categories in which they lived and acted in brings us closer to the logic behind choosing one or other form of healing.

Throughout the thesis different sites of medical practice have been examined, starting in the domestic space, continuing with the local community, dealing then with the travels to distant places and finishing with the virtual space of correspondence through letters. Even though these spaces may have played a major or minor role in the individual’s route to seeking a cure, we used each one of them to deal with the central aspects, concerning the experience of illness, which seemed to be particularly present in relation to these settings. Therefore, Chapter two focused on the medical encounters at the patient’s home, in Chapter three emphasis was placed on communication within the community, Chapter four dealt in depth with the aspect of mobility, and in Chapter five the relationship between the letter writing patient and the consulted physician was centered on.

As previous studies have indicated, healing most commonly took place within the home of the ailing person. This holds true for many of the cases studied here. In the domestic space, it was not only self-help practices which were employed but the home was also the most

common site for the encounter of the sick with medical practitioners of any kind.

Indeed, a diverse array of individuals visited the sick in their homes, including physicians, barber surgeons, blood letters, empirics and other irregular healers such as wise women and men, who gave assistance in collaboration with the primary care givers, who were often family members. In this context, it is important to highlight that it was not only the female members of the family, but also the male members, who became actively involved in caring for close relatives.

The range of healers available led to a complex coexistence between different medical systems. The convergence between these systems at the patient's home could lead to conflictive, but also to collaborative efforts, by the professionals involved. Throughout these interactions with healers, the sick attempted to maintain autonomy in decision making, be this with or without the support of their family. The sick would call in healers, dismiss them, or change to an alternative healer; these decisions could be based upon many factors. Healers could be dismissed on occasions when a treatment did not show any clear effect, when the social behaviour of the healer was unacceptable, when alternative options would lead to less pain for the sick person, or when the patient developed doubts over the legitimacy of the healers practice. This decision could also involve superstitious reasons or be due to situations when practitioners would cross the limits of their profession. The patient's motives for selecting a healer were wide ranging and they did not necessarily correspond with the academic hierarchy of the healers, or the regulations established by the medical authorities. To a certain extent, practitioners overstepping the boundaries of their professions were prompted by the demands of the sick people. Furthermore, when recruiting the services of multiple healers at the same time or when changing healers, the patient could provoke competition; this competition could result in conflicts, and on occasion, even physical altercations between healers.

Additionally, the accounts given by lay people delivered a detailed image of what assistance at home entails, particularly in terms of the supposed privacy of the situation. It was

common to find the sick surrounded by a wider bedside community, consisting not only of family members and friends, but also members of the wider community. Depending on how unusual the healing performance was some people would join the bedside community simply out of curiosity, whilst others would come in the hope of also being cured. Healers who came from more distant places stayed overnight, and in some cases, lived with the sick and their family for several days. In conclusion, the encounter between the ailing individual and the healer was a rather social event and in these situations the home became a semi-public space. The ambiguity in whether the patients' home is a private or public space during medical encounters has previously been observed by medical historians of Medieval Spain, and is also seen in the Early Modern Period, indicating the continuity in this aspect of healing.

Communication within the local community was a key element in the shaping of therapeutic itineraries. Within a neighbourhood, there was a strong network of information regarding who was sick, with what, and what treatment they were seeking. This network operated on many factors, amongst these, an important role was played by the servants, the interaction of the servants and other community members at communal facilities, such as laundrettes and bakeries, and gossip. The circulation of personal information related to health and illness could result in positive effects, such as serving to provide direction for other people suffering from a similar illness. Alternatively, the effects could be negative, for example, singling out individuals who were associated with superstitious healing practices, which in certain circumstances were considered to be inappropriate.

Care could be carried out in various sites within the patients' locality; some locations were permanent facilities available for medical use, such as barber shops, hospitals and apothecaries. In the accounts made by patients, as sourced from inquisitorial and criminal court proceedings and patient letters, the hospital as a healing site practically never appeared. In contrast, from the picaresque novel, *Estebanillo González*, we obtained a clearer sense of the experience of the sick, and the strategies they applied when subjected to the rules of the hospital.

The patients made use of barber shops, which were located in either an individual shop or within the house of the surgeon, in various ways. They either attended the shop directly or they took the barbers offer to render his services at the patients' own home. Also, the barber shop could serve as a first point of contact; following this the actual surgical procedure could then take place at another site, such as at the patients' home.

In addition to the official locations, a range of other spaces were temporarily turned into places of healing, such as taverns, the private homes of other patients, streets and various public sites. Taverns were common sites for a variety of medical treatments and can be considered to be multi-purpose. As such, they were used to substitute for a lack of space in the patients' home, itinerant healers staying in the inn would attract ill people to taverns for healing, and for travellers or foreign people taverns enabled them to receive medical treatment from surgeons or physicians who attended taverns directly. Communication within the local community was vital for promotion of therapeutic practices in all these locations.

Some diseases, in particular those for which a supernatural origin was attributed, were considered to be caused by troubled relationships between the sick person and others in the community. By focusing on impotence, one particular illness with a supernatural cause, it was established that a fairly open form of communication took place in order to determine a solution. Within the community the exchange of individual experiences concerning impotence helped to create a collective body of knowledge regarding efficient ways to prevent this illness. The prevention and cure for impotence, and other similar supernaturally caused diseases was usually to avoid confrontation or to re-establish troubled relationships within the community, often through social interactions which attempted to include the alleged perpetrator in the activities of the community.

Mobility, as shown in Chapter four, impacted substantially upon an individual's search for health. Among the reasons resulting in the sick seeking medical assistance outside of the limits of their own local community, leading to the need to travel to another place for treatment,

was dissatisfaction with the treatments available in the immediate locality. However, this dissatisfaction was not necessarily related to a lack of medical assistance in general, but rather to treatments being ineffective. As the sick were often greatly concerned with identifying the underlying cause of their symptoms, they made use of the different etiological options available, ranging from natural to supernatural. As a consequence, this resulted in a wide array of possible actions; within these, travelling to see specialised practitioners was a common event. The choice made by those seeking healing in more distant places could have been influenced by the fame or reputation of the healer, personal recommendations or due to a family tradition of always resorting to the same practitioner. If the patient was incapable of travelling then within the medical culture of rural Castile there existed a practice, seemingly not uncommon, of a lock of the patients' hair being taken to the healer to be blessed from afar. The sick would not only travel to skilled individuals but also to specific destinations to seek assistance. For example, people would travel to spas, their place of birth, and sanctuaries. While the first two belonged to the realm of the learned medical knowledge, the latter was held within the religious sphere. This separation was not necessarily maintained in the journeys made by the sick. Some examples have shown that travel to thermal waters holding therapeutic properties were combined with visits to sanctuaries without this causing a change in the individual's beliefs or conception of health.

Seemingly, the search for relief was not something the ailing person did exclusively on their own but rather with the protection or support of someone else. On the journeys made to seek a cure it was frequently the case that the sick were accompanied, this was true for both sick men and women. In this context, the role of the companion, often played by male family members (including husbands, fathers, brothers, uncles or father in-laws), was particularly important and through this they were actively engaged in the quest for help. In addition, this study attempted to obtain a rough idea of the distances that the sick travelled. Depending on the type of treatment being sought and the social context patients belonged to, the distances

travelled varied considerably. To visit spas some patients travelled hundreds of kilometres, in comparison, the distances a patient would walk to reach healers were much lower, however, in the majority of cases for which data regarding distance was available, patients still walked between 10 and 25 kilometres to reach the help desired. This willingness to travel due to different motives, as shown in the various cases considered, invites reassessment of the assumption of geographical proximity as a decisive feature in the “hierarchy of resorts“, as has previously been held.

We now turn to the virtual space of the epistolary consultation, which in many cases was the final stage of the therapeutic itinerary. Access to this virtual space of correspondence was not always easy, even for clients who came from the most privileged groups in Spanish society. To obtain the epistolary assistance of the royal physician and first president of the Royal Society of Seville, Juan Muñoz y Peralta, aspiring patients used a series of strategies. For example, they would involve influential mediators to actively participate in their case. Applicants frequently employed rhetoric elements within the narrative discourse of their letters, including: highlighting a common geographic origin, mentioning common acquaintances, stressing the faith the applicant had in the capacities of Peralta, or showing that they would be willing to undertake journeys to the royal court.

When communicating their individual experiences of illness with Peralta, patients frequently drew from the concept of the ‘*six non naturals*’, in order to express in words what they observed regarding their own internal and external bodily processes. Often the interpretation and explanation of the cause of illness was also related to the ‘*six non naturals*’. In this sense, the establishment of associations between daily bodily habits and the effects on health are particularly evident at the time of explaining the causes of illness.

In particular, the letters concerning ongoing treatment with Peralta make it possible to analyse the relationship which developed between the doctor and patient through this form of epistolary consultation. When examining the patients conduct in these letters the level of the

patients' obedience or rebellion can be elucidated. It is seen that the patient rarely actively intervened in, or directly criticised, the treatments prescribed by Peralta. The practitioner-patient relationship evident in the correspondence was marked by an asymmetry in terms of power, with Peralta being the dominant figure. In turn, this impacted upon the way the patient interacted with the practitioner. As such, instead of frankly expressing their complaints and opinions, patients applied various courtesies to ensure that correspondence continued and that a response would be received rapidly. Another element which reinforced the elevated position of the doctor was the selling of special drugs, with the high demand for the doctors' famous powders and pills increasing the patients' reliance on the doctor. The characteristics which determined the patient-physician relationship within the epistolary consultations were, on one hand, closely linked to Peralta's three fold position: being a Royal physician, an advocate of modern medicine and the supplier of specific desirable drugs. On the other hand, this particular relationship was also influenced by its setting, the virtual space of the correspondence. In another setting, when Peralta was about to attend the patient in their home, he was accustomed to receiving demands from patients using an imperious or emphatic tone, in which the patient seemingly took a more dominant role. This is in stark contrast to that seen in the virtual correspondence, in which the patient assumes a submissive position towards the correspondent physician, who in many cases, represented the final option in the patients search for relief. In conclusion, it was to a certain extent the setting, or space in which the consultations were conducted, which determined the hierarchy and contrasting positions of power held by Peralta and his patients.

Besides these individual conclusions, the following recurrent aspects associated with seeking health care could be identified in all the above chapters.

1. The plurality of health care, the various etiological models, and the influence of other people in the decision making regarding health care, make the individual reasons for the choices made by patients complex and difficult to categorize.

Consequently, the patients' responses to illness do not fit easily into a pre-determined schema of "hierarchies of resort".

2. It has, and is still being held, that due to a lack of university trained medical practitioners in the countryside, peasants had no choice other than to frequent superstitious folk healers. Instead, in line with other studies, I argue that the reasons for choosing one or the other form of healing are more complex and it is not sufficient to solely relate it to the aspect of availability.
3. Communication was a key element in the process of seeking a cure.
4. Diverging attitudes towards different forms of healing often occurred also within one family, which makes the correlation between healing practices and social groups even more difficult to determine.

In short, when studying the use of particular healing forms, it is misleading to only look on factors of availability of a local medical assistance, the social background or the lower education on the countryside. In order to properly understand the medical cultures of Early Modern Spain, it is necessary to enter into the motives brought up by its users. Following their therapeutic itineraries reveals how these were determined by a complex set of choices which were basically marked by an individual approach to illness and health.

The study of the history of the patient goes beyond simply adding another perspective to descriptions of medical practice in the past. Examining the role of the sick is fundamental to comprehending the mechanisms that shaped the outlook of the medical pluralism of the time, such as demand in general, the reasons for professional infringement, the acceptance and expectations of certain practices and the existence of diverse types of patient-healer relationships. This present investigation is considered to be a first approach into the realm of the patient in Early Modern Spain. In this sense, due to the immense scope of the topic and the challenges imposed by the sources, many fields remained untouched. It is hoped that future studies will provide additional explorations of the figure of the demanding and active patient,

who remains a crucial subject in the understanding of the history of medicine.

VII. Bibliografía

VII.1 Bibliografía primaria impresa

- ALVAR EZQUERRA, Alfredo, ed. *Relaciones Topográficas de Felipe II. Madrid. Vol. I-II: Transcripción de los Manuscritos. Madrid: Comunidad de Madrid - CSIC, 1993.*
- BOIX Y MOLINER, Miguel Marcelino. *Hippocrates defendido de las imposturas y calumnias que algunos Medicos poco cautos le imputan: En particular en la curación de las enfermedades agudas: Pues hasta aora todavia se ignora como las curava: con sola la Exposicion, o Comento del primer Aphorismo: Vita brevis, Ars vero longa, etc. Madrid: Matheo Blanco, 1711.*
- CARBALLO DE CASTRO, Joseph Ignacio. *El médico de sí mismo. Modo practico de curar toda dolencia con el vario i admirable uso de el Agua. Pamplona: Herederos de Martínez, 1754.*
- CARREIRA, Antonio y CID, Jesús Antonio, eds. *La vida y hechos de Estebanillo González, hombre de buen humor. Compuesto por el mesmo. II vols. Madrid: Ediciones Cátedra, 1990.*
- CIENFUEGOS, Bernardo de. "Historia de las Plantas." Biblioteca Nacional Española, 1627-1631.
- DAZA CHACÓN, Dionisio. *Practica y Theorica de Cirugia en Romance y en Latín. Valladolid: Bernardo de Santo Domingo, 1582.*
- . *Practica y Theorica de Cirugia en Romance y en Latín. Valencia: Francisco Cipres, 1673.*
- ESTEYNESSER, Juan de. *Florilegio medicinal de todas las enfermedades, sacado de varios, y classicos autores, para bien de los pobres, y de los que tienne falta de Medicos, en particular para las provincias remotas, en donde administran los RR.PP. Missioneros de la Compañia de Jesus. México: Herederos de Juan Joseph Guillena Carrascoto, 1712.*
- FRAGOSO, Juan. *Cirugia universal. Madrid: Viuda de Alonso Martín, 1627.*
- GARCIA ROMERO, Juan Joseph. *Triumpho de la Regia Sociedad Hispalense, y Dialogo de Medicina, con un Appendix impugatorio, exterminando veinte y tres Propositiones, que el Doct. D. Joseph Gazola Veronès, Medico Cesareo, y Academista Aletofilo, escribe en un breve Compendio, con el Titulo: El mundo engañado de los falsos medicos. Sevilla: Francisco de Leesdael, 1731.*
- GAZOLA, Joseph. *El mundo engañado de los falsos médicos. Obra posthuma, traducida fielmente del Toscano. Madrid: Antonio Marín, 1732.*
- GONZÁLEZ, Tomás. *Censo de Población de las provincias y partidos de la Corona de Castilla en el siglo XVI. Madrid: Imprenta Real, 1829.*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, ed. *Censo de Campoflorido: Vecindario General de España*. Vol. I-II. Madrid: INE, 1996.

———, ed. *Censo de la Sal 1631*. Vol. I-II. Madrid: INE, 2015.

LIMÓN MONTERO, Alfonso. *Espejo cristalino de las aguas de España. Hermoseado y guarnecido con el marco de variedad de fuentes y baños. Cuyas virtudes, excelencias y propiedades se examinan, disputan y acomodan a la salud, provecho y conveniencias de la vida humana*. Alcalá: Francisco García Fernández, Impresor de la Universidad, 1697.

LÓPEZ, Tomás. *Mapa de la Provincia de La Mancha, donde se comprehenden los Partidos de Ciudad-Real, Infantes, y Alcaraz. Compuesta sobre las mejores memorias impresas y manuscritas, y sujetas a las obvservaciones Astronomicas*. Madrid:1765.

———. *Mapa de la Provincia de Guadalaxara, comprehende el Partido de Guadalaxara, la Tierra de Jadraque, la de Hita, la de Buitrago, el Partido de Siguenza y el de Colmenar Viejo. Construido sobre los mejores Mapas Impresos y Manuscritos, y sujeto a las observaciones Astronómicas*. Madrid:1766.

———. *Mapa de la Provincia y Obispado de Cuenca. Comprehede el Señorío de Molina, los Partidos de Cuenca, Huete y S. Clemente. Construido sobre el Mapa de este Obispado, que corre en nombre del Lic.do Bartolomé Ferrer; y el Manuscrito del Señorío de D. Gregorio López*. Madrid:1766.

———. *Mapa de la Provincia de Toledo, comprehende los partidos de Toledo, Alcala, Ocaña, Talavera, y Alcazar de San Juan. Construido sobre los Mejores Mapas impresos y manuscritos, y sobre las noticias de los naturales*. Madrid:1768.

———. *Mapa de la Provincia de Toledo, comprehende los partidos de Toledo, Alcala, Ocaña, Talavera, y Alcazar de San Juan. Construido sobre los Mejores Mapas impresos y manuscritos, y sobre las noticias de los naturales*. Madrid: Academia de San Fernando, 1768.

MONTERO DE ESPINOSA, Jerónimo. *El boixiano inexpugnable en el certamen de los mayores médicos de España, por el qual se intenta persuadir el verdadero methodo de tratar las enfermedades agudas*. Zaragoza: Joseph Fort, 1738.

MUÑOZ Y PERALTA, Juan. *Contraconsulta a la consulta que el Doctor D. Miguel Melero Ximénez [...] dio a luz sobre la enfermedad que padeció D. Miguel Tamariz*. Córdoba: Diego de Valverde, 1706.

NUÑEZ DE ORIA, Francisco. *Regimiento y aviso de sanidad, que trata de todos los géneros de alimentos y del regimiento de ella*. Medina del Campo: Francisco del Canto, 1586.

NUÑEZ, Francisco. *Libro del parto humano, en el qual se contienen remedios muy utiles y usuales para el parto dificultoso de las mugeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes, y a las enfermedades de los niños*. Madrid: Imprenta Real, 1621.

- PELLAZ Y ESPINOSA, Manuel. *Espejo verdadero de consultas que con luz participada de los Príncipes de la Medicina se manifiesta para utilidad de muchos*. Madrid: Véndese en casa de Isidro Colomo, mercader de libros en la Plazuela del Angel, 1708.
- PÉREZ DE HERRERA, Cristóbal. *Proverbios morales y consejos christianos muy provechosos para concierto y espejo de la vida*. Madrid: Luis Sánchez, 1618.
- PÉREZ DE PAREJA, Esteban. *Historia de la primera fundación de Alcaraz y milagroso aparecimiento de Nuestra Señora de Cortes*. Reproducción facsimile de la edición de Valencia: Joseph Thomás Lucas, 1740 ed. Albacete: Instituto de Estudios Albacetenses, 1997.
- RODRÍGUEZ DE LA TORRE, Fernando y CANO VALERO, José. *Relaciones geográfico-históricas de Albacete (1786-1789) de Tomás López*. Albacete: Diputación Provincial de Albacete - CSIC, 1987.
- SÁNCHEZ CIRUELO, Pedro. *Tratado en el qual se repruevan todas las supersticiones y hechizarias*. 4. ed. Barcelona: Sebastian de Cormellas, 1628.
- SÁNCHEZ DE ACRE, Pedro. *Historia Moral y Filosófica*. Toledo: Viuda de Juan de la Plaza, 1590.
- SUÁREZ DE RIBERA, Francisco. *Remedios de deplorados, probados en la piedra lydio de la experiencia*. Vol. II, Madrid: Alonso Balvás, 1733.
- TEXEIRA, Pedro de. *Topographia de la Villa de Madrid*. Amberes: Ioannis et Iacobi van Veerle, 1656.
- VILLUGA, Juan. *Reportorio de todos los caminos de España: hasta agora nunca visto en el qual allará qualquier viaje que quieran andar muy puechoso para todos los caminantes*. Medina del Campo: Pedro de Castro, 1546.

VII.2 Bibliografía secundaria

- ALBALA, Ken. "Food for healing: Convalescent cookery in the early modern era." *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 43 (2012): 323-328.
- ALBALA, Kenneth B. *Eating Right in the Renaissance*. Berkely, Los Angeles: University of California Press, 2002.
- ANSELMANT, Raymond A. "'The Wantt of health': An Early Eighteenth-Century Self-Portrait of Sickness." *Literature and Medicine* 15 (1996): 225-243.
- ARNOLD, John. "The Historian as Inquisitor. The ethnics of interrogating subaltern voices." *Rethinking History* 2 (1998): 379-386.
- ARRIZABALAGA, Jon. "Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social." *Arbor* 142, 558-560 (1992): 147-165.

- . "Poor relief in Counter-Reformation Castile: An overview." En *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*, ed. Ole Peter GRELL, Andrew CUNNINGHAM y Jon ARRIZABALAGA. London, New York: Routledge, 1999: 151-176.
- ASTRAIN GALLART, Mikel. "La práctica médica en el medio rural castellano. El *Memorial* de Vicente Crespo (1785)." *Dynamis* 22 (2002): 461-472.
- BAQUERO, Aurelio. *Bosquejo histórico del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza*. Zaragoza: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1952.
- BAR-ON, Yaarah. "Neighbours and Gossip in Early Modern Gynaecology." En *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de BLÉCOURT y Cornelia USBORNE. Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan, 2004: 36-55.
- BARRAS, Vincent y DINGES, Martin. "Krankheit in Briefen: Einleitung." En *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17. -21. Jahrhundert*, ed. Martin DINGES y Vincent BARRAS. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2007: 7-22.
- BELLOSO MARTÍN, Carlos. "El barrio español de Nápoles en el siglo XVI (I Quartieri spagnoli)." En *Guerra y sociedad en la Monarquía Hispánica. Política, estrategia y cultura en la Europa moderna (1500-1700)*, ed. Enrique GARCÍA HERNÁN y Davide MAFFI. Madrid: Ediciones del Laberinto, 2006: 179-224.
- BENÍTEZ SÁNCHEZ BLANCO, Rafael "El reo y los inquisidores: un juego de estrategias." En *En el primer siglo de la Inquisición española. Fuentes documentales, procedimientos de análisis, experiencias de investigación*, ed. José María CRUSELLES GÓMEZ. Valencia: Universitat de València, 2013: 387-407.
- BERCO, Christian. "Textiles as Social Texts: Syphilis, Material Culture and Gender in Golden Age Spain." *Journal of Social History* 44, 3 (2011): 785-810.
- . "The Great Pox, Symptoms, and Social Bodies in Early Modern Spain." *Social History of Medicine* 28, 2 (2015): 225-244.
- BLÁZQUEZ MIGUEL, Juan. *Eros y Tanatos. Brujería, hechicería y superstición en España*. Toledo: Editorial Arcano, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. *Sozialer Raum und "Klassen". Leçon sur la leçon. 2 Vorlesungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1995.
- BREWER, Daniel. "Lights in Space." *Eighteenth-Century Studies* 37, 2 (2004): 171-186.
- BROCKLISS, Laurence. "Consultation by Letter in Early Eighteenth-Century Paris: The Medical Practice of Étienne-François Geoffroy." En *French Medical Culture in the Nineteenth Century*, ed. Anne LA BERGE y Mordechai FEINGOLD. Amsterdam, Atlanta, 1994: 79-117.

- BROCKLISS, Laurence y JONES, Colin. *The Medical World of Early Modern France*. Oxford: Clarendon Press, 1997.
- CABRÉ I PAIRET, Montserrat. "From a Master to a Laywoman: A Feminine Manual of Self-Help." *Dynamis* 20 (2000): 371-393.
- . "'Como una madre, como una hija': Las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media." En *Historia de las mujeres en España y América Latina*, ed. Isabel MORANT. Madrid: Cátedra, 2005: 637-657.
- CAMPAGNE, Fabián Alejandro. "Cultura popular y saber médico en la España de los Austrias". En *Medicina y sociedad: curar y sanar en la España de los siglos XIII al XVI*, ed. María Estela GONZÁLEZ DE FAUVE. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 1996: 195-240.
- . "Medicina y religión en el discurso antisupersticioso español de los siglos XVI a XVIII: un combate por la hegemonía." *Dynamis* 20 (2000): 417-456.
- . *Homo Catholicus. Homo Superstitiosus. El discurso antisupersticioso en la España de los siglos XV a XVIII*. Buenos Aires: Miño y Dávila, 2002.
- . "Charismatic Healers on Iberian Soil: An Autopsy of a Mythical Complex of Early Modern Spain." *Folklore* 118 (2007): 44-64.
- CAMPOS DÍEZ, María Soledad. *El Real Tribunal del Protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 1999.
- CARO BAROJA, Julio. *Vidas mágicas e Inquisición*. Vol. I, Madrid: Taurus Ediciones, 1967.
- CARREIRA, Antonio y CID, Jesús Antonio, eds. *La vida y hechos de Estebanillo González, hombre de buen humor. Compuesto por el mismo*. II vols. Madrid: Ediciones Cátedra, 1990.
- CASTILLA VÁZQUEZ, Carmen. "Rezar para sanar: el recurso mágico-religioso en la búsqueda de la salud." *Revista de Humanidades* 18 (2011): 109-124.
- CAVALLO, Sandra. "Family Obligations and Inequalities in Access to Care in Northern Italy, Seventeenth to Eighteenth Centuries." En *The Locus of Care. Families, communities, institutions, and the provision of welfare since antiquity*, ed. Peregrine HORDEN y Richard SMITH. London/New York: Routledge, 1998: 90-110.
- . *Artisans of the Body in Early Modern Italy. Identities, Families and Masculinities*. Manchester, New York: Manchester University Press, 2007.
- CAVALLO, Sandra y STOREY, Tessa. *Healthy Living in Late Renaissance Italy*. New York: Oxford University Press, 2013.
- COOK, Harald. *The Decline of the Old Medical Regime in Stuart London*. Ithaca: Cornell University Press, 1986.

- CRUZ, Anne J. *Discourses of Poverty: Social Reform and the Picaresque Novel in Early Modern Spain*. Toronto: University of Toronto Press, 1999.
- CHEVALIER, Maxime. "Le médecin dans la littérature du Siècle d'Or." En *Le Personnage dans la littérature du Siècle d'Or: statut et fonction*, ed. Casa de VELÁZQUEZ. Paris: Éditions Recherche sur les civilisations, 1984: 21-37.
- CHURCHILL, Wendy D. *Female Patients in Early Modern Britain: Gender, Diagnosis, and Treatment*. Farnham: Ashgate, 2012.
- DAVIS, Charles y LÓPEZ TERRADA, María Luz. "Protomedicato y farmacia en Castilla a finales del siglo XVI. Edición crítica del Catálogo de las cosas que los boticarios han de tener en sus boticas, de Andrés Zamudio de Alfaro, Protomédico general (1592-1599)." *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia* 62, 2 (2010): 579-626.
- DE LA ROSA, María Carmen y MOSSO, María Ángeles. "Historia de las aguas mineromedicinales en España." *Observatorio Medioambiental* 7 (2004): 117-137.
- DE LAS CUEVAS TORRESANO, María Luz. "Inquisición y Hechicería. Los procesos inquisitoriales de hechicería en el Tribunal de Toledo durante la primera mitad del siglo XVII." *Anales toledanos* 13 (1980): 25-92.
- DE RENZI, Silvia. "Medical competence, anatomy and the polity in seventeenth century Rome." *Renaissance Studies* 21, 4 (2007): 551-567.
- . "The Risks of Childbirth: Physicians, Finance, and Women's Deaths in the Law Courts of Seventeenth-Century Rome." *Bulletin of the History of Medicine* 84, 4 (2010): 549-577.
- DE SALAZAR Y ACHA, Jaime. *Los Sánchez Arjona: Estudio histórico sobre una familia extremeña*. Madrid: Real Academia Matritense de Heráldica y Genealogía, 2001.
- DINGES, Martin. "Männlichkeitskonstruktion im medizinischen Diskurs um 1830: Der Körper eines Patienten von Samuel Hahnemann." En *Geschichte schreiben mit Foucault*, ed. Jürgen MARTSCHUKAT. Frankfurt/New York: Campus Verlag, 2002: 99-125.
- DINGES, Martin y BARRAS, Vincent, eds. *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.-21. Jahrhundert*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2007.
- DOMS, Misia Sophia. *"Alkühmisten und Decoctores". Grimmelshausen und die Medizin seiner Zeit*. Bern: Peter Lang, 2006.
- DUDEN, Barbara. *The Woman Beneath the Skin. A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*. Translated by Thomas DUNLAP. Cambridge, Mass., London: Harvard University Press, 1991.
- EHMER, Josef. "Quantifying mobility in early modern Europe: the challenge of concepts and data." *Journal of Global History* 6, 2 (2011): 327-338.
- ENGELHARDT, Dietrich von. "Systematische Überlegungen zum Verhältnis und Medizin und Literatur im Zeitalter des Barock." En *Heilkunde und Krankheitserfahrung in der frühen*

- Neuzeit. Studien am Grenzrain von Literaturgeschichte und Medizingeschichte*, ed. Udo BENZEHÖFER y Wilhelm KÜHLMANN. Tübingen: Max Niemeyer, 1992: 30-54.
- ERNST, Waltraud. "Medical Plurality, Medical Pluralism and Plural Medicine. A critical reappraisal of recent scholarship." En *Medical Pluralism. Past, Present, Future*, ed. Robert JÜTTE. Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft. Stuttgart: Steiner Verlag, 2013: 11-24.
- ESCHENBRUCH, Nicholas, HÄNEL, Dagmar y UNTERKIRCHER, Alois, eds. *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit*. Bielefeld: Transcript Verlag, 2010.
- ESTÉVEZ MOLINERO, Ángel. *El (libro de) buen humor de Estebanillo González. Compostura de pícaro y chanza de bufón*. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1995.
- FERNÁNDEZ DOCTOR, Asunción. *El Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico, 1987.
- FERNÁNDEZ OTAL, José Antonio. "Las vías pecuarias de Aragón. Memoria histórica y futuro abierto." En *Caminos y comunicaciones en Aragón*, ed. María Angeles MAGALLÓN. Zaragoza: CSIC, Institución Fernando el Católico, 1999: 225-247.
- FERRAGUD DOMINGO, Carmel. *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2005.
- . "Organització social i atenció mèdica a la Cocentaina baixmedieval: el procés a Abraham Abengalell (1318)." *Asclepio* 57, 2 (2005): 3-24.
- . "La atención médica doméstica practicada por mujeres en la Valencia bajomedieval." *Dynamis* 27 (2007): 133-155.
- . "Enfermar lejos de casa. La atención médica y veterinaria en los hostales de la Corona de Aragón durante la Baja Edad Media." *Anuario de Estudios Medievales* 43, 1 (2013): 83-113.
- FERREIRA, Jacqueline y ESPIRITO SANTO, Wanda. "The Paths to Healing. An anthropological approach about therapeutic itineraries of slum population of Manguinhos, Rio de Janeiro." *Physis* 22, 1 (2012): 179-198.
- FISSELL, Mary E. "Introduction: Women, Health, and Healing in Early Modern Europe." *Bulletin of the History of Medicine* 82 (2008): 1-17.
- FORSTER, Elborg. "From the Patient's Point of View: Illness and Health in the Letters of Liselotte von der Pfalz (1652-1722)." *Bulletin of the History of Medicine* 60 (1986): 297-320.
- GALECH AMILLANA, Jesús María. "Astrología y medicina para todos los públicos: las polémicas entre Benito Feijoo, Diego de Torres y Martín Martínez y la popularización de la ciencia en la España de principios del siglo XVIII." Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 2010.

- GARCÍA CÁRCEL, Ricardo. "¿Son creíbles las fuentes inquisitoriales?". En *Grañas del imaginario. Representaciones culturales en España y América (siglos XVI-XVIII)*, ed. Carlos Alberto GONZÁLEZ SÁNCHEZ y Enriqueta VILA VILAR. México, D. F.: Fondo de cultura económica, 2003: 96-110.
- GARCÍA DE CORTÁZAR, Fernando y LORENZO ESPINOSA, José María. *Historia del país vasco*. San Sebastián: Editorial Txertoa, 1988.
- GENTILCORE, David. "The Church, the Devil and the healing activities of living saints in the Kingdom of Naples after the council of Trent." En *Medicine and Reformation*, ed. Ole Peter GRELL y Andrew CUNNINGHAM. London: Routledge, 1993: 134-155.
- . *Healers and Healing in Early Modern Italy*. Manchester, New York: Manchester University Press, 1998.
- . *Medical Charlatanism in Early Modern Italy*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- . "Medical Pluralism and the Medical Marketplace in Early Modern Italy." En *Medical Pluralism. Past, Present, Future*, ed. Robert JÜTTE. Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft. Stuttgart: Steiner Verlag, 2013: 45-55.
- GINZBURG, Carlo. *El queso y los gusanos: el cosmos, según un molinero del siglo XVI*. Barcelona: Muchnik, 1981.
- GÓMEZ, Pablo F. "The Circulation of Bodily Knowledge in the Seventeenth-century Black Spanish Caribbean." *Social History of Medicine* 26, 3 (2013): 383-402.
- GONZÁLEZ, José Antonio, GARCÍA BARRIUSO, Mónica, PARDO DE SANTAYANA, Manuel y AMICH, Francisco. "Plant Remedies against Witches and the Evil Eye in a Spanish "Witches' Village"." *Economic Botany* 66, 1 (2012): 35-45.
- GRANJEL, Luis S. *El ejercicio médico y otros capítulos de la medicina española*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1974.
- . *La medicina española del siglo XVII*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1978.
- GUNIA, Inke. "Entre mimesis y poesis. La novela picaresca y la autobiografía auténtica ante el problema de la verdad, La Vida y Hechos de Estebanillo González, Hombre de buen humor. Compuesto por el mismo (1646)." En *La novela picaresca. Concepto genérico y evolución del género (siglos XVI y XVII)*, ed. Klaus MEYER-MINNEMANN y Sabine SCHLICKERS. Madrid: Iberoamericana, 2008: 483-484.
- HARVEY, Karen. "Men Making Home: Masculinity and Domesticity in Eighteenth-Century Britain." En *Homes and Homecomings. Gendered Histories of Domesticity and Return*, ed. K. H. ADLER y Carrie HAMILTON. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010: 66-86.
- HENDERSON, John *The Renaissance Hospital: Healing the body and healing the soul*. New Haven: Yale University Press, 2006.

- HOFFMANN, Susanne. *Gesundheit und Krankheit bei Ulrich Bräker, 1735-1798*. Dietikon: Juris Druck + Verlag, 2005.
- JANZEN, John M. *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology*. New York: McGraw-Hill, 2002.
- JEWSON, Nicholas. "Medical Knowledge and the Patronage System in Eighteenth-Century England." *Sociology* 8 (1974): 369-385.
- . "The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870." *Sociology* 10 (1976): 225-244.
- JORDÁN MONTÉS, Juan Francisco y LOZANO JAÉN, Ginés. "Romerías y Peregrinaciones en la Serranía de Albacete: el santuario de la Virgen de Cortes en Alcaraz durante el siglo XVIII desde una perspectiva antropológica." *Al-Basit. Revista de Estudios Albacetenses* 57 (2012): 71-139.
- JÜTTE, Robert. "Patient und Heiler in der vorindustriellen Gesellschaft. Krankheits- und Gesundheitsverhalten im frühneuzeitlichen Köln." Habilitationsschrift, Universität Bielefeld, 1989.
- . "A Seventeenth-Century German Barber-Surgeon and his Patients." *Medical History* 33 (1989): 184-198.
- . *Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit*. München, Zürich: Artemis & Winkler, 1991.
- . "Introduction." En *Historical Aspects of Unconventional Medicine. Approaches, Concepts, Case Studies*, ed. Robert JÜTTE, Motzi EKLÖF y Marie C. NELSON. Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications, 2001: 1-10.
- . "Medical Pluralism in Early Modern Germany." En *Medical Pluralism. Past, Present, Future*, ed. Robert JÜTTE. Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft. Stuttgart: Steiner Verlag, 2013: 25-44.
- KALLESTRUP, Louise Nyholm. *Agents of Witchcraft in Early Modern Italy and Denmark*. Basingstoke: Palgrave, 2015.
- KASSELL, Lauren. *Medicine and Magic in Elizabethan London. Simon Forman: Astrologer, Alchemist, and Physician*. Oxford: Clarendon Press, 2005.
- . "Casebooks in Early Modern England: Astrology, Medicine and Written Records." *Bulletin of the History of Medicine* 88 (2014): 595-625.
- KATRITZKY, M. A. *Women, Medicine and Theatre, 1500-1750: Literary Mountebanks and Performing Quacks*. Aldershot: Ashgate, 2007.
- KIECKHEFER, Richard. *European Witch Trials: Their Foundations in Popular and Learned Cultur*. Berkeley: University of California Press, 1976.

- KLEIN, Julius. *La Mesta: estudio de la historia económica española, 1273-1836*. Madrid: Alianza, 1979.
- KNUTSEN, Gunnar W. *Servants of Satans and Masters of Demons. The Spanish Inquisition's Trials for Superstition, Valencia and Barcelona, 1478-1700*. Late Medieval and Early Modern Studies. Vol. 17, Turnhout: Brepols, 2009.
- LACHMUND, Jens y STOLLBERG, Gunnar, eds. *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1992.
- , eds. *Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien*. Opladen: Leske & Budrich, 1995.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
- LANUZA NAVARRO, Tayra. "Medical Astrology in Spain During the Seventeenth Century." *Cronos* 9 (2006): 59-83.
- LEFEBVRE, Henri. *The Production of Space*. Oxford: Basil Blackwell, 1991.
- LEÓN, Pilar. "La consulta médica. Una práctica de la medicina en el siglo XVIII." *Dynamis*, 22 (2002): 279-302.
- LEONG, Elaine. "Making Medicines in the Early Modern Household." *Bulletin of the History of Medicine* 82, 1 (2008): 145-168.
- . "Collecting Knowledge for the Family: Recipes, Gender and Practical Knowledge in the Early Modern English Household." *Centaurus* 55 (2013): 81-103.
- LIVINGSTONE, David. *Putting Science in its Place. Geographies of Scientific Knowledge*. Chicago, London: University of Chicago Press, 2003.
- LÓPEZ PIÑERO, José María. *Ciencia y técnica en la sociedad española de los siglos XVI y XVII*. Barcelona Labor, 1979.
- . "Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista." *Revista Española de Salud Pública* 80, 5 (2006): 445-456.
- LÓPEZ PIÑERO, José María, et al. *Bibliographia médica hispánica, 1475-1950*. Vol. II: Libros y folletos, 1601-1700, Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universidad de Valencia - CSIC, 1989.
- . *Bibliographia médica hispánica, 1475-1950*. Vol. III: Libros y folletos, 1701-1800, Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, Universidad de Valencia - CSIC, 1992.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz. "El pluralismo médico en la Valencia foral. Un ejemplo de curanderismo." *Estudis: Revista de historia moderna* 20 (1994): 167-182.

- . "Health care and poor relief in the Crown of Aragon." En *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*, ed. Ole Peter GRELL y Andrew CUNNINGHAM. London, New York: Routledge, 1999: 177-200.
- . "Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII." *Dynamis* 22 (2002): 85-120.
- . "Médicos, cirujanos, boticarios y albeitaros." En *Historia de la Ciencia y de la Técnica en la Corona de Castilla. Siglos XVI-XVII.*, ed. José María LÓPEZ PIÑERO. Valladolid: Junta de Castilla y León, 2002: 161-188.
- . "Complejión." En *Gran enciclopedia cervantina*, ed. C. ALVAR. Madrid: Centro de Estudios Cervantinos / Editorial Castalia, 2006.
- . "Medicina." En *Gran enciclopedia cervantina*, ed. C. ALVAR. Madrid: Centro de Estudios Cervantinos / Editorial Castalia, 2006.
- . "Los sistemas de control de la práctica médica en la monarquía hispánica de los Habsburgo." *The Colorado Review of Hispanic Studies* 7, Special Issue: The History and Representation of Hispanic Studies (2009): 83-100.
- LOUIS-COURVOISIER, Micheline y PILLOUD, Séverine. "Consulting by Letter in the Eighteenth Century. Mediating the Patient's View?". En *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de BLÉCOURT y Cornelia USBORNE. Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan, 2004: 71-88.
- MACDONALD, Michael. *Mystical Bedlam: Madness, Anxiety, and Healing in Seventeenth-Century England*. London, New York: Cambridge University Press, 1981.
- . "Anthropological perspectives on the history of science and medicine." En *Information Sources in the History of Science and Medicine*, ed. Pietro CORSI y Paul WEINDLING. London: Butterworth, 1983.
- MARAVALL, José Antonio. *La literatura picaresca desde la historia social*. Madrid: Taurus, 1986.
- MARTÍNEZ GIL, Fernando. *Muerte y sociedad en la España de los Austrias*. Madrid: Siglo XXI, 1993.
- MARTÍNEZ VIDAL, Àlvar y PARDO TOMÁS, José. "Un siglo de controversias: la Medicina española de los Novatores a la Ilustración." En *La Ilustración y las Ciencias. Para una historia de la objetividad*, ed. Josep Lluís BARONA, Javier MOSCOSO y Juan PIMENTEL. Valencia: Universitat de València, 2003: 107-135.
- MARTZ, Linda. *Poverty and Welfare in Habsburg Spain. The Example of Toledo*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- MCCRAY BEIER, Lucinda. *Sufferers and Healers. The experience of illness in Seventeenth-Century England*. London, New York: Routledge & Kegan Paul, 1987.

- MENÉNDEZ PIDAL, Gonzalo. *Los caminos en la Historia de España*. Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica, 1951.
- MORAL DE CALATRAVA, Paloma. "Frígid y maleficiados. Las mujeres y los remedios contra la impotencia en la Edad Media." *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia* 64, 2 (2012): 353-372.
- . "La "mujer cerrada": La impotencia femenina en la Edad Media y el peritaje médico-legal de las parteras." *Dynamis* 33, 2 (2013): 461-483.
- NEWTON, Hannah. "'Nature Concocts & Expels': The Agents and Processes of Recovery from Disease in Early Modern England." *Social History of Medicine* 28, 3 (2015): 465-486.
- O'NEIL, Mary. "Magical Healing: Love Magic and the Inquisition in Late Sixteenth--Century Modena." En *Inquisition and Society in Early Modern Europe*, ed. Stephen HALICZER. Totowa: Barnes and Noble, 1987: 88-114.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa, OLAGÜE DE ROS, Guillermo y RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, eds. *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de la Medicina. Granada, 11-14 de junio de 2008*. Granada: Universidad de Granada, 2008.
- OSTEN, Philipp, ed. *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2010.
- PARDO TOMÁS, José. *El médico en la Palestra. Diego Mateo Zapata (1664-1745) y la ciencia moderna en España*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 2004.
- . "Noticias, Novedades y Maravillas: Escrituras científicas y espacios urbanos." En *Opinión pública y espacio urbano en la Edad Moderna*, ed. Antonio CASTILLO GÓMEZ y James S. AMELANG. Gijón: Ediciones Trea, 2010: 163-183.
- PARDO TOMÁS, José y MARTÍNEZ VIDAL, Àlvar. "El Tribunal del Protomedicato y los médicos reales (1665-1724): entre la gracia real y la carrera profesional." *Dynamis* 16 (1996): 59-89.
- . "Victims and Experts. Medical Practitioners and the Spanish Inquisition." En *Coping with sickness. Medicine, Law and Human Rights - Historical Perspectives*, ed. John WOODWARD y Robert JÜTTE. Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health, 2000: 11-27.
- . "Las consultas y juntas de médicos como escenarios de controversia científica y práctica médica en la época de los novatores (1687-1725)." *Dynamis* 22 (2002): 303-325.
- . "Medicine and the Spanish Novator Movement: Ancients vs. Moderns, and Beyond." En *Más allá de la Leyenda Negra: España y la Revolución Científica. Beyond the Black Legend: Spain and the Scientific Revolution*, ed. Victor NAVARRO BROTONS y William EAMON. Valencia: Universidad de Valencia, 2007: 323-344.

- . "Stories of Disease Written by Patients and Lay Mediators in the Spanish Republic of Letters (1680-1720)." *Journal of Medieval and Early Modern Studies* 38, 3 (2008): 467-491.
- PARK, Katherine. "Medicine and Magic: The Healing Arts." En *Gender and Society in Renaissance Italy*, ed. Judith BROWN y Robert DAVIS. London: Longman, 1998: 129-149.
- PELLING, Margaret y WHITE, Frances. *Medical Conflicts in Early Modern London. Patronage, Physicians and Irregular Practitioners, 1550-1640*. Oxford: Clarendon Press, 2003.
- PENNELL, Sara. "'A matter of so great importance to my health': Alimentary knowledge in practice." *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 43 (2012): 418-424.
- PERDIGUERO GIL, Enrique. "El mal de ojo: De la literatura antisupersticiosa a la antropología médica." *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia* 38 (1986): 47-66.
- . "Protomedicato y curanderismo." *Dynamis* 16 (1996): 91-108.
- . "'Con medios humanos y divinos': la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII." *Dynamis*, 22 (2002): 121-150.
- . "Una reflexión sobre el pluralismo médico." En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, ed. Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2006: 33-49.
- PÉREZ RAMÍREZ, Dimas. *Catálogo del Archivo de la Inquisición de Cuenca*. Madrid: Fundación Universitaria Española, 1982.
- PÉREZ SAMPER, María de los Ángeles. "Los recetarios de mujeres y para mujeres. Sobre la conservación y transmisión de los saberes domésticos en la época moderna." *Cuadernos de Historia Moderna* 19 (1997): 121-154.
- PÉREZ VILLANUEVA, Joaquín y ESCANDELL BONET, Bartolomé. *Historia de la Inquisición en España y América*. Vol. I: El conocimiento científico y el proceso histórico de la Institución (1478-1834), Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1984.
- PETRY, Yvonne. "'Many Things Surpass Our Knowledge': An Early Modern Surgeon on Magic, Witchcraft and Demonic Possession." *Social History of Medicine* 25, 1 (2012): 47-64.
- PILLER, Gudrun. *Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts*. Köln, Weimar: Böhlau, 2007.
- PILLOUD, Séverine. "Mettre les maux en mots, médiations dans la consultation épistolaire au XVIIIe siècle: les malades du Dr Tissot (1728-1797)." *Canadian Bulletin of Medical History* 16, 1 (1999): 215-245.

- . *Les mots Du Corps: Expérience de la maladie dans les lettres de patients à un médecin du 18e siècle: Samiel Auguste Tissot*. Lausanne: Éditions BHMS, 2013.
- PILLOUD, Séverine, HÄCHLER, Stefan y BARRAS, Vincent. "Consulter par lettre au XVIIIe siècle." *Gesnerus* 61 (2004): 232-253.
- PILLOUD, Séverine y LOUIS-COURVOISIER, Micheline. "The Intimate Experience of the Body in the Eighteenth Century: Between Interiority and Exteriority." *Medical History* 47 (2003): 451-472.
- POMATA, Gianna. *Contracting a Cure. Patients, Healers and the Law in Early Modern Bologna*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1998.
- PORTER, Roy. "The Patient's View. Doing Medical History from Below." *Theory and Society* 14, 2 (1985): 175-198.
- , ed. *Patients and practitioners. Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- PRIETO AGUIRRE, José F. *La obra de Boix y Moliner. Historia de una polémica*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1960.
- RÁBADE OBRADÓ, María del Pilar. "Límites y posibilidades de investigación sobre los procesos en los orígenes de la inquisición española." En *En el primer siglo de la Inquisición española. Fuentes documentales, procedimientos de análisis, experiencias de investigación*, ed. José María CRUSELLES GÓMEZ. Valencia: Universitat de València, 2013: 369-386.
- RANKIN, Alisha. "Duchess, Heal Thyself: Elisabeth of Rochlitz and the Patient's Perspective in Early Modern Germany." *Bulletin of the History of Medicine* 82 (2008): 109-144.
- . *Panacea's Daughters: Noblewomen as Healers in Early Modern Germany*. Chicago: University of Chicago Press, 2013.
- REY BUENO, Mar. *Historia de las hierbas mágicas y medicinales. Plantas alucinógenas, hongos psicoactivos, lianas visionarias, hierbas fúnebres ... todos los secretos sobre las propiedades y virtudes ocultas del ancestral mundo vegetal*. Madrid: Nowtilus, 2008.
- RIEDER, Philip. "Patients and words: a lay medical culture?". En *Framing and imagining disease in cultural history*, ed. George Sebastian ROUSSEAU. New York, 2003: 215-230.
- . *La figure du patient au XVIIIe siècle*. Genève: Droz, 2010.
- . "Miracles and Heretics: Protestants and Catholic Healing Practices in and around Geneva, 1530-1750." *Social History of Medicine* 23, 2 (2010): 227-243.
- RITZMANN, Iris. "Der Faktor Nachfrage bei der Ausformung des modernen Medizinalwesens - Überlegungen am Beispiel der Kinderheilkunde." En *Zwischen Aufklärung, Policy und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens, 1750-1850*, ed. Bettina WAHRIG y Werner SOHN. Wiesbaden: Harrassowitz Verlag, 2003: 163-178.

- RODRÍGUEZ DE LA TORRE, Fernando y CANO VALERO, José. *Relaciones geográfico-históricas de Albacete (1786-1789) de Tomás López*. Albacete: Diputación Provincial de Albacete - CSIC, 1987.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, Alfredo. *Justicia y criminalidad en Toledo y sus Montes en la Edad Moderna*. Toledo: Consorcio de Toledo, Ayuntamiento, 2009.
- ROUSSEAU, George S. "Literature and Medicine: The State of the Field." *Isis*. 72, 3 (1981): 406-424.
- RUGGIERO, Guido. "The Strange Death of Margarita Marcellini: Male, Signs, and the Everyday World of Pre-modern Medicine." *The American Historical Review* 106, 4 (2001): 1141-1158.
- RUISINGER, Marion M. *Patientenwege. Die Konsiliarkorrespondenz Lorenz Heisters (1683-1758) in der Trew-Sammlung Erlangen*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2008.
- RUIZ SOMAVILLA, María José. "Las normas de higiene y los consejos de carácter moral en la práctica médica." *Dynamis* 22 (2002): 235-250.
- RÜNDAL, Erik O. "Über Männlichkeit, Sexualität und Potenz in der Frühen Neuzeit." En *Praxis der Männergesundheit. Prävention. Schulmedizinische Fakten. Ganzheitlicher Zugang*, ed. Günther H. JACOBI. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2003: 46-52.
- SÁENZ GUALLAR, Francisco Javier. "El estudio de los santuarios desde el punto de vista de la medicina popular. El caso de la Provincia de Teruel." *Temas de antropología aragonesa* 4 (1993): 121-136.
- SALAS, Javier. "'A mi hijo lo ha matado la incultura científica'". *El País*, 26 de febrero de 2016.
- SALMÓN, Fernando y CABRÉ I PAIRET, Montserrat. "Mujeres fascinantes. El mal de ojo en la escolástica médica." En *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*, ed. Montserrat CABRÉ I PAIRET y Fernando SALMÓN MÚÑIZ. Santander: Editorial de la Universidad de Cantabria, 2013: 85-119.
- SANDER, Sabine. *Handwerkschirurgen: Sozialgeschichte einer verdrängten Berufsgruppe*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1989.
- SANZ HERMIDA, Jacobo. "La literatura de fascinación española en el siglo XVI." En *Estado actual de los estudios sobre el Siglo de Oro: Actas del II Congreso Internacional de Hispanistas del Siglo de Oro*, ed. Manuel GARCÍA MARTÍN. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1993: 957-966.
- SAWYER, Ronald C. "Patients, Healers, and Disease in the Southeast Midlands, 1597-1634." University of Wisconsin-Madison, 1986.
- . "'Strangely Handled in All Her Lym's': Witchcraft and Healing in Jacobean England." *Journal of Social History* 22, 3 (1989): 461-485.

- SCHATTNER, Angela. "Probleme im Umgang mit Bittschriften und Autobiographien aus dem 18. Jahrhundert am Beispiel der Epilepsie." En *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen*, ed. Philipp OSTEN. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2010: 99-113.
- SCHMITZ, Carolin y LÓPEZ TERRADA, María Luz. "Josep Rodríguez, herbolari valencià, i els seus pacients de la ribera del Tajo. Les cultures mèdiques en el món rural barroc". *Afers* 82 (2015): 523-550.
- SERRANO LARRÁYOZ, Fernando. "Prescripciones dietéticas para las élites rectoras del reino de Navarra durante la primera mitad del siglo XVI: los casos de Juan Rena y Juan de Alarcón." *Dynamis* 34, 1 (2014): 169-192.
- SIGERIST, Henry E. "Die Sonderstellung des Kranken." *Kyklos* 2 (1929): 11-20.
- . *A History of Medicine. Primitive and archaic medicine*. Vol. 1, New York, Oxford: Oxford University Press, 1951.
- SINDZINGRE, Nicole. "Présentation: Tradition et Biomédecine." *Sciences Sociales et Santé* 3 (1985): 9-26.
- SLATER, John y LÓPEZ TERRADA, María Luz. "Scenes of Mediation: Staging Medicine in the Spanish Interludes." *Social History of Medicine* 24, 2 (2011): 226-243.
- SLATER, John, LÓPEZ TERRADA, María Luz y PARDO TOMÁS, José, eds. *Medical Cultures of the Early Modern Spanish Empire*. Farnham: Ashgate, 2014.
- SMITH, Lisa W. "The Relative Duties of a Man: Domestic Medicine in England and France". *Journal of Family History* 31, 3 (2006): 237-256.
- SOLOMON, Michael. *Fictions of Well-Being: Sickly Readers and Vernacular Medical Writing on Late Medieval and Early Modern Spain*. Philadelphia, Oxford: Penn Press, 2010.
- SOYER, François. *Ambiguous Gender in Early Modern Spain and Portugal. Inquisitors, Doctors and the Transgression of Gender Norms*. Leiden: Brill, 2012.
- STEIN, Claudia. *Negotiating the French Pox in Early Modern Germany*. Farnham, Surrey: Ashgate, 2009.
- STEINKE, Hubert y STUBER, Martin. "Medical Correspondence in Early Modern Europe. An Introduction." *Gesnerus* 61 (2004): 139-160.
- STOLBERG, Michael. "'Mein äskulapisches Orakel!' Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert." *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 7, 3 (1996): 385-404.
- . *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der frühen Neuzeit*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 2003.
- . *Experiencing Illness and the Sick Body in Early Modern Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2011.

- . "Learning from the Common Folks. Academic Physicians and Medical Lay Culture in the Sixteenth Century." *Social History of Medicine* 27, 4 (2014): 649-667.
- . *Uroscopy in Early Modern Europe*. Farnham: Ashgate, 2015.
- TAUSIET, María. *Ponzoña en los ojos. Brujería y superstición en Aragón en el siglo XVI*. Madrid: Turner, 2004.
- VANJA, Christina. "Arm und krank. Patientenbiographien im Spiegel frühneuzeitlicher Bittschriften." *Bios* 19 (2006): 26-35.
- WALKER, Timothy. *Doctors, Folk Medicine and the Inquisition. The Repression of Magical Healing in Portugal during the Enlightenment*. Leiden, Boston: Brill, 2005.
- WEAR, Andrew. "The History of Personal Hygiene." En *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, ed. W.F. BYNUM y Roy PORTER. London, New York: Routledge 1993: 1283-1308.
- WEISSER, Olivia. "Boils, Pushes and Wheals: Reading Bumps on the Body in Early Modern England." *Social History of Medicine* 22, 2 (2009): 321-339.
- . *Ill Composed. Sickness, Gender, and Belief in Early Modern England*. New Haven, London: Yale University Press, 2015.
- WESTON, Robert. *Medical Consulting by Letter in France, 1665-1789*. Farnham: Ashgate, 2013.
- WILD, Wayne. *Medicine-by-Post. The Changing Voice of Illness in Eighteenth-Century British Consultation Letters and Literature*. Amsterdam/New York: Rodopi, 2006.
- WITHERS, Charles. "Place and the "Spatial Turn" in Geography and History." *Journal of the History of Ideas* 70, 4 (2009): 637-658.
- ZARZOSO, Alfons. "El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII." *Dynamis* 21 (2001): 409-433.
- . "Mediating Medicine through Private Letters. The Eighteenth-century Catalan Medical World." En *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, ed. Willem de BLÉCOURT y Cornelia USBORNE. Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan, 2004: 108-126.

VIII. Apéndice: Recopilación de fuentes de archivo

VIII.1 Los procesos inquisitoriales

VIII.1.1 Los procesos del Tribunal de Inquisición de Cuenca, Archivo Diocesano de Cuenca (ADC).

Tabla 8.1
Procesos inquisitoriales del Tribunal de Cuenca (ADC)

N.º	Año	Acusado	Localidad	Acusación	Signatura	N.º de folios
1	1600	Alonso López	Tresjuncos	superstición, ensalmos	ADC, Leg. 350, exp. 4981	8
2	1612	María de Urite	Sotodosos, arciprestado de Medinaceli	supersticiones	ADC, Leg. 380, exp. 5382	4
3	1615	Juana y Juliana López	Cuenca	hechicería	ADC, Leg. 387, exp. 5498	5
4	1619	Juana García	Sisante	hechicería	ADC, Leg. 388, exp. 5514	11
5	1620	María Giménez, gitana	San Clemente	hechicería	ADC, Leg. 400, exp. 5676	11
6	1624	Ana de Olivares	San Clemente	hechicerías	ADC, Leg. 414, exp. 5820	12
7	1624	María Gaspar	Valdeolivas	superstición y hechicería	ADC, Leg. 411, exp. 5770	24
8	1625-1627	Doctor Romero	La Roda	herejía, negar la providencia de Dios	ADC, Leg. 423, exp. 5930	17
9	1626	María de la Paz	Belmonte	hechicería	ADC, Leg. 420, exp. 5897	3
10	1627	Menora, Gitana	Requena	hechicería	ADC, Leg. 423, exp. 5931	17
11	1629	Catalina Díaz y María Muñoz	La Yunta	hechicería	ADC, Leg. 430, exp. 6076	42
12	1630	Juan Tejedor, cortador	Trillo	hechicero	ADC, Leg. 431, exp. 6069	26
13	1631	Juan de Villanueva	Moya	sospechoso de judaísmo	ADC, Leg. 434, exp. 6128	23
14	1631	Quitería Jiménez	Carrascosilla	curandera	ADC, Leg. 435, exp. 6151	4
15	1635-1639	Miguel de Monzón	Berlanga / Gómara	supersticiones	ADC, Leg. 448, exp. 6257	15
16	1636-1640	Tome Vaez	Belinchón	sospechoso de judaísmo	ADC, Leg. 460, exp. 6334	78
17	1642	Isabel Romero	Huete	curanderismo	ADC, Leg. 462, exp. 6343	23
18	1645	Simón de Azcoita Valdés	Gascuña / Cuenca	superstición y curanderismo	ADC, Leg. 468, exp. 6391	57
19	1648	Alonso del Val, cura	Cañamares	curar por ensalmos	ADC, Leg. 472, exp. 6446	21
20	1648	Rafael de la Cuesta	Gascuña	hechizos, ensalmos	ADC, Leg. 472, exp. 6453	116
21	1652	Simón Núñez Cardoso	Cifuentes	judaísmo, relapso	ADC, Leg. 487, exp. 6538	30
22	1655	Mariana Pérez	Riofrío del Llano / Cuenca	curanderismo	ADC, 496/6592	174
23	1657-1660	Francisco Martínez Casas	Odón	astrólogo, hechicero	ADC, 504/6654-A	52
24	1677	Martín de Tortola	Puebla del Salvador	superstición	ADC, Leg. 733, exp. 1328	102

Tabla 8.1 continúa en la página siguiente

Continuación de Tabla 8.1

N.º	Año	Acusado	Localidad	Acusación	Signatura	N.º de folios
25	1684	Catalina Caravajal y María de Mora	La villa de Don Fadrique	hechiceras	ADC, Leg. 546, exp. 6869	32
26	1684	Catalina de Aguilar	La Peraleja	hechizos	ADC, Leg. 546, exp. 6870	83
27	1695	Andrés Parra	Gascueña	superstición y curanderismo	ADC, Leg. 557, exp. 6949	36
28	1695	Magdalena María Giménez	Villanueva de la Jara	superstición	ADC, Leg. 557, exp. 6950	71
29	1698-1699	Juan Ruíz	Villarejo-Periesteban	supersticiones	ADC, Leg. 558, exp. 6958	47
30	1699	Juan de Ayala	Villanueva de la Jara	adivino, curaciones	ADC, Leg. 560, exp. 6969	59
31	1699	Ana Agudo	Olmeda de la Cuesta	maleficios	ADC, Leg. 560, exp. 6968	60
32	1699	Francisco González	Almazán, Momblona	supersticiones	ADC, Leg. 560, exp. 6970	31
33	1702	Andrés Martínez, cirujano	Cuenca	proposiciones heréticas	ADC, Leg. 562, exp. 6985	17
34	1704	Esteban Jiménez	Carboneras de Guadazón	ensalmos	ADC, Leg. 563, exp. 6990	28
35	1710	María Correoso	San Clemente	curandera	ADC, Leg. 565, exp. 7013	33
36	1713	Alonso López, boticario	Quintanar del Rey	curaciones	ADC, Leg. 567, exp. 7025	32
37	1716	Juan Saludador	Valverde / Honrubia	ensalmos	ADC, Leg. 569, exp. 7042	16
38	1726	Mari Caxa	Tribunal de Cuenca (Los Baños)	curandera supersticiosa	A.H.N. Inq. 3728, exp. 96 / Consejo de Inquisición	4
39	1728	Francisco Bancino, cirujano	Campillo de Altobuey	superstición	ADC, Leg. 592, exp. 7182	120
40	1734	Tía Morena	Caudete de las Fuentes / Requena	curaciones	ADC, Leg. 595, exp. 7198	9
41	1742	La Obispa	Hontecillas	curandera	ADC, Leg. 598, exp. 7216	79
42	1743	La Sevillana, esposa de un albéitar	Almodóvar del Pinar	ensalmos	ADC, Leg. 599, exp. 7225	26
43	1746	María Gumiel alias La Cuzarrera	Torrecilla	curandera	ADC, Leg. 601, exp. 7251	12
44	1750	Miguel Chamorro, boticario	La Ventosa	medios ilícitos y supersticiosos para curar	ADC, Leg. 602, exp. 7273-4	31
45	1753	Isabel Guindal	San Clemente	curaciones	ADC, Leg. 603, exp. 7287 (AHN, Inq, Leg. 1987, exp. 22)	69
46	1754	Isabel Gil	Mira	saludadora	ADC, Leg. 604, exp. 7291	40
47	1770	Rosa Mayordomo	Cuenca (Torralba)	supersticiones	AHN, Inq., Leg. 3722, exp. 236	4

Nota: La terminología para los tipos de acusaciones es la que figura en los procesos.

VIII.1.2 Los procesos del Tribunal de Inquisición de Toledo, Archivo Histórico Nacional

(AHN)

Tabla 8.2
Procesos inquisitoriales del Tribunal de Toledo (AHN)

N.º	A	Defendant	Location	Acusación	Signatura	N.º de folios
1	1615-1617	Margarita de Borja, alias Ana Escribana	Madrid	hechicería	AHN, Inq, Leg. 83, exp. 3	80
2	1617	Isabel Hernández, María Gómez, Catalina Sánchez	Talarrubias	hechicería	AHN, Inq, Leg. 88, exp. 4	22
3	1620	María Núñez	Manzanares	hechicería	AHN, INQ 92, 16	42
4	1622	Juan Bautista de Salazar	Toledo	hechicería	AHN INQ 95, 11	6
5	1622	Josefa Carranza	Toledo	hechicería	AHN INQ 83, 10	207
6	1626	Isabel Gomez Yusta	Navamoral / Tribunal de la Inquisición de Llerena	hechicería	AHN, Inq, Leg. 1987, exp. 22	18
7	1639	Angela Rodríguez	Alcabón	hechicería	AHN Inq. 89, 8 y 94, 8 (1664)	114
8	1649	Mariana Álvarez	Talavera	superstición y hechicería	AHN INQ 82, 8	26
9	1652	Doña Ana	Toledo		AHN INQ 82, 10	22
10	1662	María López de Sarria	Torrijos	hechicería y curaciones supersticiosas	A.H.N. Inq. 84, exp. 17 [89, 17]	52
11	1664	Angela López	Fuensalida	hechicería	AHN 89 exp. 8	114
12	1667	Inés Martín de Lobares	Peñalsordo	hechicería	AHN INQ 90, 14	65
13	1668	José Rodríguez	Villarejo de Salvanes	hechicería y supersticiones	AHN Inq. 94 exp 13	353
14	1703	Catalina Laso	Toledo	hechicería y curaciones supersticiosas	A.H.N. Inq. 89, exp. 5	35
15	1728-1735	Juan Macias	Risco	curandero y hechicero	AHN INQ 90, 1; 91, 2	90,1: 93 ; 91,2: 12
16	1733	García Miguel, José	Herencia	curaciones supersticiosas y hechicería	A.H.N. Inq. 86, exp. 23	6
17	1741-1745	Ana Díaz y Agustina Álvarez	Castañar de Ibor, Cáceres	curaciones y hechos supersticiosos	AHN, Inq, Leg. 85, exp. 4	121
18	1744	Francisco Báez y Lucía de Rojas	Totanes	curaciones y hechicería	AHN, Inq, 82, exp. 20	18

VIII.2 Las cartas de pacientes dirigidas al médico Juan Muñoz y Peralta

(1665-1746) – una clasificación según autoría.⁸¹⁶

VIII.2.1 Cartas escritas por el propio paciente

⁸¹⁶ Se han clasificado las cartas de pacientes según el tipo de autoría. 1. las cartas escritas directamente por el paciente; 2. las cartas escritas en nombre del paciente, mediadas por una persona leiga, es decir, no-médica; 3. las cartas escritas en nombre del paciente, mediadas por un médico. En esta última categoría entran también los informes médicos que frecuentemente acompañaban las cartas de las dos primeras categorías.

Tabla 8.3

Cartas de pacientes (directas)

fecha	quien escribe	lugar	motivo	signatura
0	Un hombre enfermo de 38 años	Cádiz	receta	Leg. 4208, exp. 1 (impotencia)
0	Antonio Salvador	//	receta	Leg. 4208, exp. 1 (receta)
0	Josepha Zavalza	Sevilla	consulta	Leg. 4208, exp. 1
0	Una mujer enferma	Sevilla	consulta	Leg. 4208, exp. 1 (duende)
1720	Un fraile viajero de 48 años	Bilbao	consulta	Leg. 4208, exp. 1 (fraile viajero)
1709/11/05	Duque de Arcos	Madrid(?)	receta	Leg. 4208, exp. 1
1711/06/09	Alonso Antonio de Gumar, un militar	Campo de Calatrava	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1714/12/11	Catalina de Larroca	Osuna	receta	Leg. 4208, exp. 1
1716/11/01	Domingo de Arangoiti, General	Cádiz	receta	Leg. 4208, exp. 1
1716/12/15	Alonso Thous y Monsalve	Sevilla	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1717/02/16	Alonso Thous y Monsalve	Sevilla	consulta + informe médico	Leg. 4208, exp. 1
Adjunto viene un informe médico, sin autorización				
1716/07/07	Juan Lozano Bravo	Arahal	receta	Leg. 4208, exp. 1
1717/08/24	Ana Josepha de Barrientos y Rueda	Carmona	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1717/09/13	Ana Josepha de Barrientos y Rueda	Carmona	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1718/01/11	Ana Josepha de Barrientos y Rueda	Carmona	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1718/04/12	Alonso de Vargas Sotomayor y Guzmán, II Marqués de Castellón	Sevilla	receta	Leg. 4208, exp. 1
1718/05/07	Ddo. Agustín de Arana y Poues	Laredo, Isla	receta	Leg. 4208, exp. 1
1718/02/08	Thomas de Vera y Marausa	Zamora	receta	Leg. 4208, exp. 1
1720/07/11	García Pardinyas Villar de Francos, Obispo de Tarazona	Tarazona	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1720/09/30	Sebastian del Aguila Chaves	Yepes	receta	Leg. 4208, exp. 1
1720/10/08	Juan Manuel de Esquivel y Vázquez	Sevilla	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1721/02/02	Nicolás Antonio de Gacitua	Bilbao	receta	Leg. 4208, exp. 1
1721/02/09	Nicolás Antonio de Gacitua	Bilbao	receta	Leg. 4208, exp. 1
1721/02/21	Pedro Francisco de Levanto y Vivabiendo, Obispo de Badajoz	Badajoz	consulta + informe médico	Leg. 4208, exp. 1
Adjunto viene un informe médico en latín de Nicolás Barone, médico de Badajoz				Leg. 4208, exp. 1

VIII.2.2 Cartas escritas por un mediador lego

Tabla 8.4

Cartas de pacientes mediados por „legos“

fecha	mediador	enfermo	lugar	motivo	signatura
0	Conde de la Cadena	anónimo	//	consulta	Leg. 4208, exp. 1
0	Duque de Arcos	el ama de su hijo	Madrid (?)	consulta	Leg. 4208, exp. 1
0	anónimo	el primo hermano del Marqués de Bay	Madrid	visita domiciliaria	Leg. 4208, exp. 1
0	anónimo	un mozo de la corte	//	consulta	Leg. 4208, exp. 1 (mozo)
0	la hija de un hombre enfermo	hombre enfermo	//	receta	Leg. 4208, exp. 1 (hija)
0	anónimo	María Teresa Zavalza y su marido	Madrid	visita domiciliaria	Leg. 4208, exp. 1 (Teresa Zavalza)
0	Miguel de Ybarra	Manuel de la Cruz Haedo, del Consejo de Indias	Madrid	visita domiciliaria (junta de médicos)	Leg. 4208, exp. 1
0	sirviente de Manuel Marqués	la esposa de Manuel Marqués	Madrid	visita domiciliaria	Leg. 4208, exp. 1 (Manuel Marqués)
1711	sirviente del Conde de Aguilar y Frigilina	Rodrigo Manrique de Lara, Conde de Aguilar y de Frigilina.	//	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1711/03/29, Pedro de Anglada, médico de la ciudad de Jaca; suplemento: informe médico, Leg. 4208, exp. 1					
1711/04/06, Vicente Bagues, licenciado y médico de la Villa de Tiermas; suplemento: informe médico, Leg. 4208, exp. 1					
1709/02/04	Antonio de Sádaba, cura	Duque de Arcos	Madrid (?)	visita domiciliaria	Leg. 4208, exp. 1
1716 (aprox.)	Alexandre de Cordoue, marido de la mujer enferma	Madamme de Cordoue	París	consulta	Leg. 3946, exp.
1716/06/01	Bartolomeo Odoardo Pighetti (agente del Duque de Parme en París)	"la dama enferma"	París	receta	Leg. 3946, exp.
1716/05/15	Bartolomeo Odoardo Pighetti (agente del Duque de Parme en París)	"la dama enferma"	París	receta	Leg. 3946, exp.

Tabla 8.4 continúa en la página siguiente

Continuación de Tabla 8.4

1716/10/10	Diego Benzano y Zuniga	Alvaro Carrillo, hermano del Conde de Montemar	Medina del Campo	receta	Leg. 4208, exp. 1
1716/09/30	Fernando Joseph de Zuloetta y Monsalve, marido de la mujer enferma	mujer enferma	Osuna	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1716/08/05	Juan Fernando Sanz, un sirviente del Marqués	Marqués de Navamorquende	Madrid	visita domiciliaria	Leg. 4208, exp. 1
1717/08/30	Pedro de Espinosa y de la Cueba, hermano del enfermo	Gerónimo de Espinosa y de la Cueba	Sevilla	receta	Leg. 4208, exp. 1
1717/07/06	Antonio Gaspar de Moscoso Osorio y Aragón, Marqués de Astorga y Conde de Altamira	hijo pequeño del Conde	Tielmes	Consulta + informe médico (Doctor Juan del Campo)	Leg. 4208, exp. 1
1717/07/08	Juan del Campo; suplemento: informe médico				Leg. 4208, exp. 1
1718/07/13	Francisco de Robles, sirviente	Mujer enferma, relacionada con el Duque de Atrisco	Colmenar	receta	Leg. 4208, exp. 1
1718/08/15	Francisco de Robles, sirviente	Mujer enferma, relacionada con el Duque de Atrisco	Colmenar	visita domiciliaria	Leg. 4208, exp. 1
1718/08/99	Marquesa de Aguilar, Condesa de San Esteban	anónimo	Madrid	receta	Leg. 4208, exp. 1
1720/07/13	Antonio Díaz, padre de la enferma	María Teresa	Madrid	receta / consulta	Leg. 4208, exp. 1
1720/05/30	Antonio Díaz, padre de la enferma	María Teresa	Madrid	receta / consulta	Leg. 4208, exp. 1
1720/01/09	Lozano, boticario de Sevilla	anónimo (pariente de su madrina)	Sevilla	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1720/02/20	Lozano, boticario de Sevilla	anónimo (pariente de su madrina)	Sevilla	consulta	Leg. 4208, exp. 1

VIII.2.3 Cartas escritas por médicos

Tabla 8.5

Cartas escritas por mediadores médicos / informes médicos

fecha	mediador	paciente	lugar	asunto	signatura
0	Diego Martínez Ontalbaxo	una mujer enferma	//	informe médico	Leg. 4208, exp. 1 (Ontalbaxo)
0	médico anónimo	un enfermo hypondríaco	//	informe médico	leg. 4208, exp. 1 (hypondríaco)
0	médico anónimo	Padre Fray Miguel de la Concepción, 48 años	//	informe médico	leg. 4208, exp. 1 (fray Miguel)
0	Antonio de la Torre, médico	Fernando de los Ríos, Capellán y Canónigo de la Santa Iglesia de Málaga, 63 años	Málaga	suplemento: informe médico	leg. 4208, exp. 1 (Capellán Málaga)
0	médico anónimo	un hombre enfermo de 26 años (morbo gálico)	//	consulta	Leg. 4208, exp. 1 (morbo gálico)
0	médico anónimo	Ana Fernández, 14 años	//	consulta	Leg. 4208, exp. 1 (Ana Fernández)
1721/01	Francisco Tomás de Azasado	Un hijo de Fernando de Mansilla y Chacón, regidor perpetuo de Antequera	Antequera (probabl.)	suplemento: informe médico	Leg. 4208, exp. 1
1716/08/12	Joseph Antonio Pomares y Noguera, médico de Pinto	Enrique Guerrero, 57 años	Pinto	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1716/08/14	Francisco Alegre, a encargo del Marqués de Santa Cruz y Bayona	Luisa de la Concepción Religiosa del Relicario de Carmelitas Descalzas de esta villa, 21 años	Daimiel	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1716/06/17	Juan Perfecto Carvallo	Cathalina de Barrios, 17 años	Puerto de Santa María	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1718/03/10 de marzo	Francisco Antonio de Herrera Paniagua, socio de la Regia Sociedad	Una señorita, la hija de Luis Rafael Fernández, "sujeto de distinción de esta ciudad"	Córdoba	consulta	Leg. 4208, exp. 1
1720/02/01	Joseph Cardiel	Don Agustín	Ciudad de Vitta	consulta	Leg. 4208, exp. 1

VIII.3. Procesos de causa criminal, jurisdicción de la Ciudad de Toledo,

Archivo Municipal de Toledo (AMT)

Tabla 8.6

Procesos de causa criminal, Archivo Municipal de Toledo (AMT)

Año	Acusado	Localidad	Signatura
1607	Domingo de Zurita	Yébenes	AMT C. 6418, exp. 6442
1610	Francisco de la Zarza	Fontanarejo	AMT C. 6241, exp. 1095
1610-11	Pedro García de Zumajo	Alcoba	AMT C. 6228, exp. 659
1611	Alcalde y regidores de El Molinillo	El Molinillo	AMT C. 6278, exp. 2271
1612	Antonio López	El Molinillo	AMT C. 6279, exp. 2293
1612	Luis González	Navahermosa	AMT C. 6292, exp. 2739
1613	Antonio López	El Molinillo	AMT C. 6279, exp. 2299
1613	Alonso de la Peña	Navahermosa	AMT C. 6292, exp. 2751
1613	Alonso Pérez	Pulgar	AMT C. 6351, exp. 4448
1614	Melchor de los Reyes	Fontanarejo	AMT C. 6241, exp. 1114
1614	Andrés Solórzano	Fontanarejo	AMT C. 6241, exp. 1115
1614	Pedro Sanz	Pulgar	AMT C. 6351, exp. 4468
1615	Alonso de la Peña	Navahermosa	AMT C. 6298, exp. 2945
1615	Gabriel Guerrero	Yébenes	AMT C. 6432, exp. 6892
1616	Pedro Saéz	Pulgar	AMT C. 6354, exp. 4562
1618	Juan de Ródenas	Horcajo	AMT C. 6252, exp. 1544
1619	Cristobal López	Marjaliza	AMT C. 6267, exp. 1929
1620	Luis González / Alonso de la Peña	Navahermosa	AMT C. 6224, exp. 508
1621-22	Doctor Salazar	Ventas con Peña Aguilera	AMT C. 6394, exp. 5762
1622	Francisco de la Peña	Arroba	AMT C. 6234, exp. 886
1624	Alonso de Aranda	Yébenes	AMT C. 6436, exp. 6999
1624	Antonio López	Yébenes	AMT C. 6436, exp. 7004
1625	Pedro Martín	Marjaliza	AMT C. 6268, exp. 1979
1626	Joan Álvarez de Tolosa	Navahermosa	AMT C. 6213, exp. 146
1626-27	Francisca Gómez / Joan Álvarez de Tolosa, barbero	Navahermosa	AMT C. 6213, exp. 153
1636-37	Juan de Tolosa	Navahermosa	AMT C. 6214, exp. 212
1643-44	Luis González	Navahermosa	AMT C. 6215, exp. 249
1648	Ana de Rojas	El Molinillo	AMT C. 6280, exp. 2358
1656	Diego González	Horcajo	AMT C. 6253, exp. 1600
1670	Julián Fernández	San Pablo	AMT C. 6369, exp. 5119
1709	Diego González	Ventas	AMT C. 6406, exp. 6154
1723	Juan de España	Toledo	AMT C. 6380, exp. 5366
1731	Miguel Conde y Juan Bautista Güell	Toledo	AMT C. 6380, exp. 5369
1748	Antonio Ibáñez	Navalmoral	AMT C. 6324, exp. 3654
1752	Antonio Gómez de Segura	Pulgar	AMT C. 6358, exp. 4733
1765	Manuel Galán	Yébenes	AMT C. 6470, exp. 7769