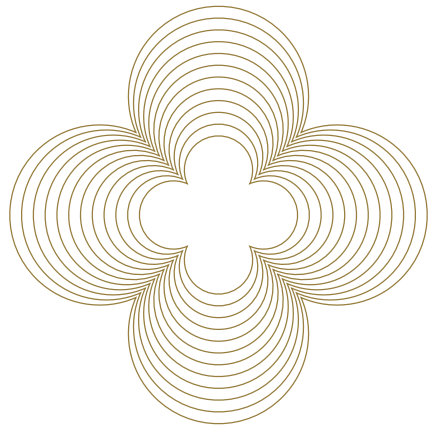
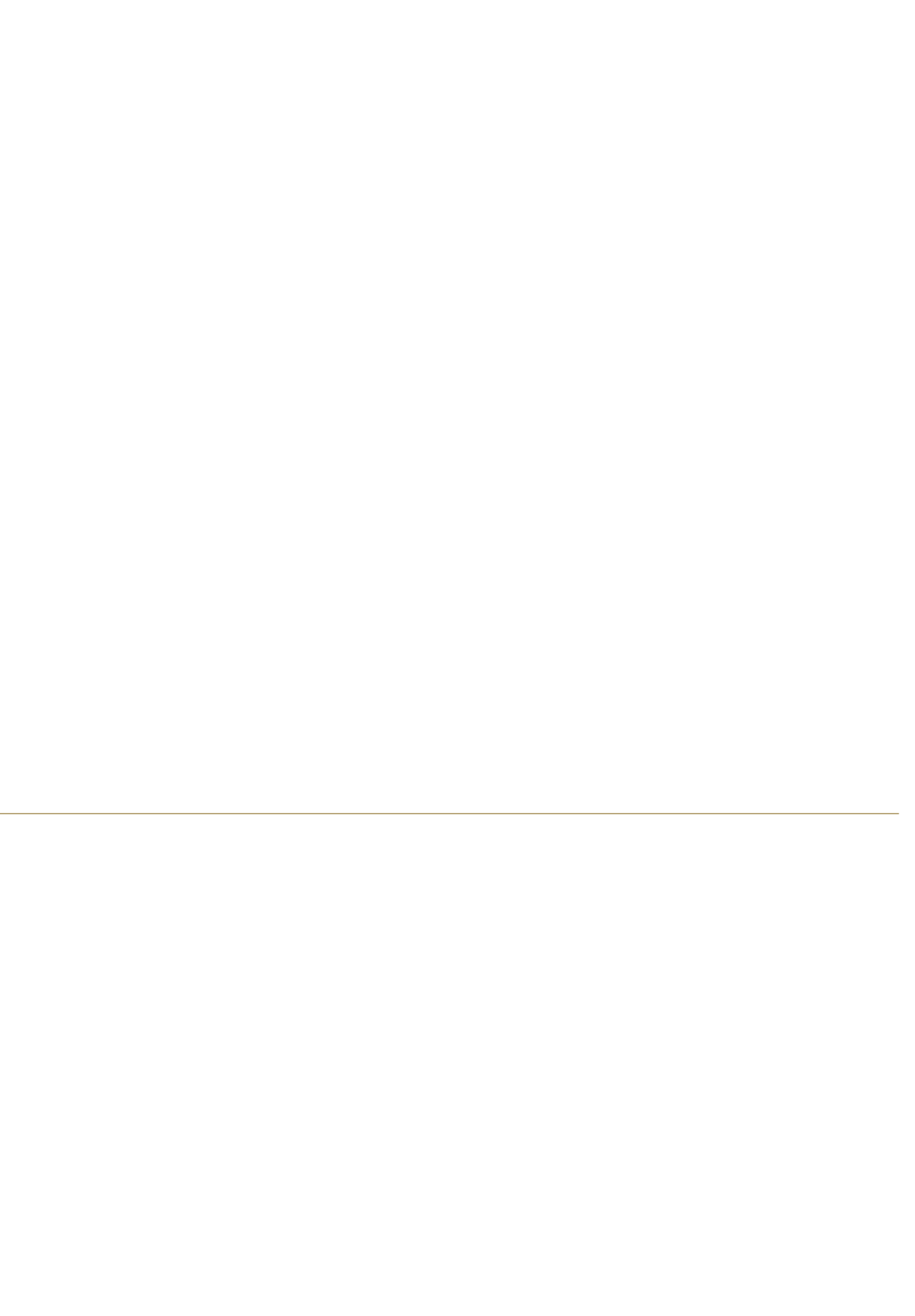


HISTORIA DE LA MEDICINA EN FUERTEVENTURA



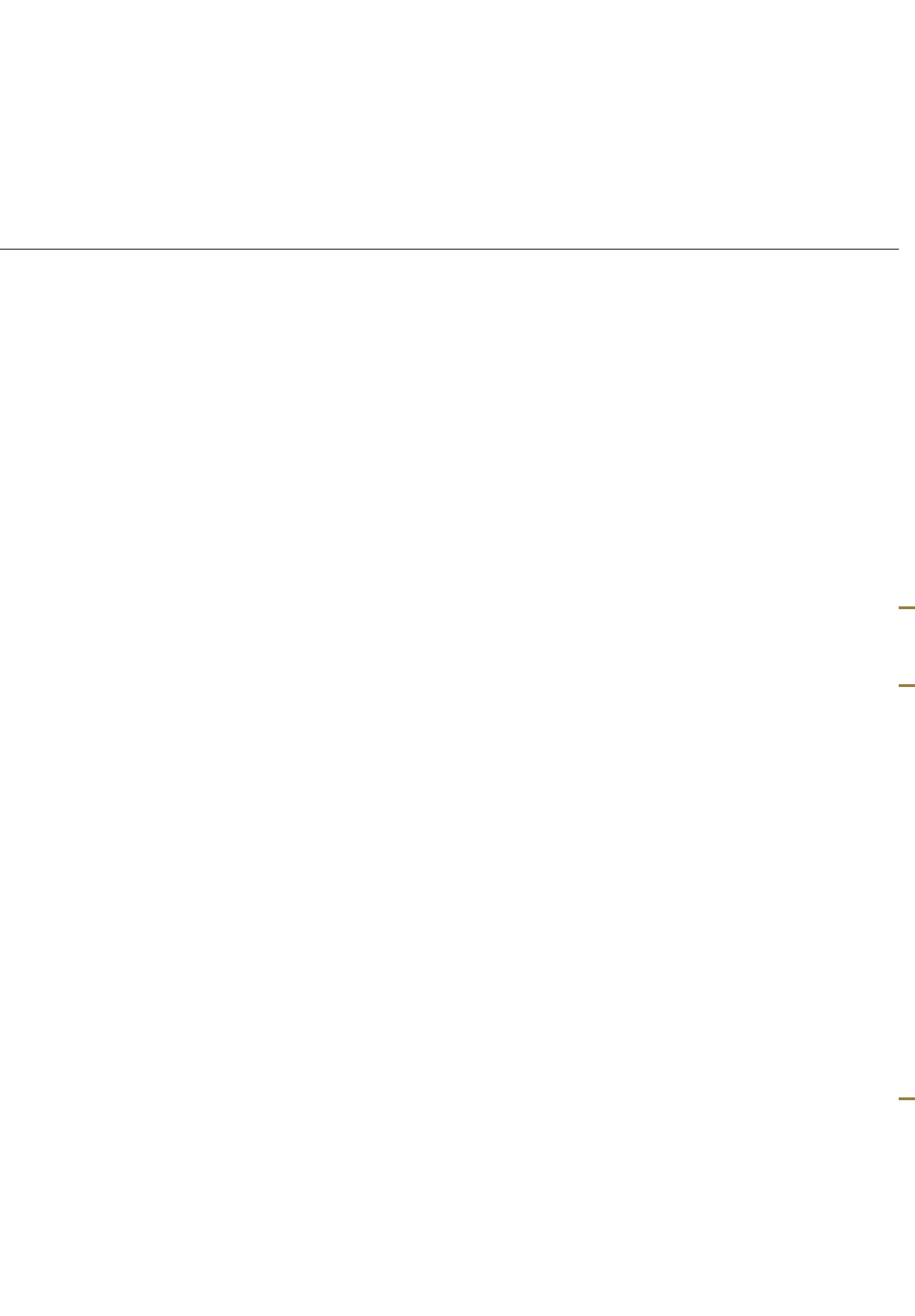
FUNDACIÓN
CANARIA DEL COLEGIO
MÉDICOS LAS PALMAS







HISTORIA DE LA MEDICINA EN FUERTEVENTURA



CRÉDITOS

EDITA: FUNDACIÓN CANARIA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE LAS PALMAS

EJECUCIÓN DE LA OBRA: SALCEDO-CASSAL. COMUNICACIÓN E IMAGEN

DIRECCIÓN DE CONTENIDOS, REDACCIÓN y COORDINACIÓN EDITORIAL
Ofelia Salcedo Santana

INVESTIGACIÓN y REDACCIÓN
Idaira Alonso Hernández

DISEÑO y MAQUETACIÓN
Rafa Salcedo González

FOTOGRAFÍA: © SEGÚN ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

IMPRESO EN ESPAÑA POR GUTENBERG

ISBN: 978-84-615-8011-8

DEPÓSITO LEGAL: GC 115-2012

Las tareas de investigación y redacción de la presente publicación finalizaron en el mes de noviembre de 2010

Este libro no podrá ser reproducido ni total ni parcialmente sin el previo permiso escrito de la Fundación Canaria del Colegio de Médicos de Las Palmas





La presente publicación, editada por la Fundación Canaria del Colegio de Médicos de Las Palmas, culmina el interés de nuestro Colegio por rescatar y dar a conocer la evolución de la Medicina en la isla de Fuerteventura –un territorio largamente castigado por el aislamiento, el olvido y las extremas condiciones de vida padecidas por sus habitantes en el pasado–, cuyo desarrollo experimenta una progresión que bien puede calificarse como de ‘extraordinaria’ en apenas veinticinco años, ya avanzada la segunda mitad del siglo XX. Y es que mientras que en el resto de las Islas Canarias la infraestructura sanitaria se va generando de una de manera progresiva, en Fuerteventura, la asistencia médica, afectada por una prolongada carencia de medios, en un tiempo récord cuenta con casi todos los recursos mínimos necesarios.

Entre 1950 y 1980, se produce un salto cuantitativo en relación a la presencia de profesionales, pues de contar con cuatro médicos rurales, la isla pasa a disponer de un pequeño hospital que acoge siete especialidades y donde se realizan las primeras intervenciones programadas. El apreciable desarrollo médico experimentado a partir de entonces permite, en los años 90, ofrecer a la población majorera una cobertura sanitaria similar a la existente en el resto de las islas del Archipiélago; a continuación, los avances médicos no dejan de producirse. Aunque tardío y dificultoso, tal desarrollo sanitario se alcanza, en gran medida, gracias a la heroica labor profesional, la absoluta implicación personal y el meritorio e incansable esfuerzo de los médicos de la isla, protagonistas destacados de este logro, a quienes colegas y ciudadanos en general debemos un justo reconocimiento.

Conocer nuestra historia, tener la perspectiva de nuestro pasado, nos ayuda a entender nuestro presente, a reflexionar sobre él y a plantearnos nuevos retos. Sólo así es posible continuar evolucionando como profesionales y como sociedad. De ahí la importancia de este libro, redactado a partir de una exhaustiva y rigurosa labor de investigación y documentación, y concebido como una obra divulgativa de referencia, destinada a contribuir al conocimiento cultural, educativo, docente y científico del colectivo médico y a acercar la apasionante Historia de la Medicina de Fuerteventura a estudiantes, investigadores y ciudadanía en general.

En nombre de la Fundación Canaria del Colegio de Médicos de Las Palmas, deseo agradecer la generosa e indispensable contribución a esta publicación de una parte importante del personal sanitario de la isla y de otras personas involucradas en el desarrollo de la estructura sanitaria de Fuerteventura, cuyo testimonio vivo, aquí recogido, afianza el valor documental de este libro; entre ellos, el de D. Carlos González Cuevas, presente en estas páginas: uno de estos médicos protagonistas de la Historia de la Medicina en Fuerteventura, tristemente fallecido en 2011.

De modo particular, expreso la más sincera gratitud de la institución hacia el impulsor de este proyecto, D. Juan Letang Benjumeda, vocal del Patronato de la Fundación Canaria del Colegio de Médicos de Las Palmas, y hacia todos y cada uno de los médicos de Fuerteventura, parte esencial de su progreso, con un especial reconocimiento a sus ‘primeros médicos’, padres de la actual Medicina.

Pedro Cabrera Navarro
Presidente

ENDECHA DE LAS DOS ISLAS

Mi tierra verde, tu tierra parda
mi tierra erguida, tu tierra echada
mi tierra grita, tu tierra calla
mi tierra vive, la tuya aguarda.

Sueño tus llanos, tú mis montañas
yo en tu sombrera con anchas alas
te quiero hermano, te quiero hermana
deja tus suertes, deja tus gavias.

Fuerteventura, fuerte desgracia
que no vivamos la misma casa,
puerta con puerta, cama con cama
sueño con sueño, maga con maga.

Mi agua es dulce, la tuya amarga
mía la rosa, tuya la aulaga
yo la fatiga, tú la esperanza.

Pedro Lezcano
Biografía poética, 1986



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PARTE 1. LA MEDICINA EN FUERTEVENTURA DESDE LA PREHISTORIA HASTA EL S. XVIII

1.1. ÉPOCA PREHISTÓRICA, ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO	19
1.1.1. MEDIO NATURAL	20
1.1.2. POBLACIÓN	20
1.1.2.1. Asentamientos	21
1.1.2.1.1. Barrancos	21
1.1.2.1.2. Zonas elevadas	22
1.1.2.1.3. Malpaíses	22
1.1.3. ACTIVIDAD ECONÓMICA	23
1.1.3.1. Ganadería	23
1.1.3.2. Agricultura	24
1.1.4. ALIMENTACIÓN	25
1.1.5. APARIENCIA FÍSICA	26
1.1.6. CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA INDÍGENA CANARIA	27
1.1.7. ENFERMEDADES DE LOS PRIMITIVOS CANARIOS	29
1.1.7.1. Fracturas	29
1.1.7.2. Tuberculosis	30
1.1.7.3. Sífilis	31
1.1.7.4. Reumatismo articular	32
1.1.7.5. Osteomielitis	33
1.1.7.6. Otros procesos infecciosos	33
1.1.7.7. Tumores óseos	33
1.1.8. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS POR LOS INDÍGENAS CANARIOS	34
1.1.8.1. Sangría	34
1.1.8.2. Escarificación	34
1.1.8.3. Cauterización	35
1.1.8.4. Trepanación	36
1.2. CONQUISTA CASTELLANA Y APARICIÓN DE ENFERMEDADES	39
1.2.1. LA NUEVA SOCIEDAD MAJORERA	39
1.2.2. EMIGRACIÓN A LAS ISLAS REALENGAS E INCURSIONES BERBERISCAS	40
1.2.3. ATAQUES PIRATAS	41
1.2.4. NUEVOS NÚCLEOS DE POBLACIÓN	42
1.2.5. ACTIVIDAD ECONÓMICA	43
1.2.5.1. Agricultura	43
1.2.5.2. Ganadería	45
1.2.6. NUEVAS ENFERMEDADES Y SU TRATAMIENTO	46
1.2.6.1. Lepra	46
1.2.6.2. Sífilis	47
1.2.6.3. Peste	48
1.2.7. EPIDEMIAS EN FUERTEVENTURA	49

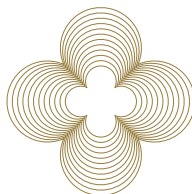
1.3. SIGLO XVII: HAMBRE, EMIGRACIÓN Y ENFERMEDAD	51
1.3.1. ADMINISTRACIÓN POLÍTICA	51
1.3.2. POBLACIÓN	52
1.3.3. ECONOMÍA	52
1.3.3.1. Agricultura	52
1.3.3.2. Ganadería	53
1.3.4. COMERCIO	54
1.3.5. ALIMENTACIÓN	55
1.3.6. HAMBRE	55
1.3.7. ENSEÑANZA	56
1.3.8. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	56
1.3.8.1. Remedios usados en Canarias	56
1.3.8.2. Prevención de epidemias en Fuerteventura	61
1.3.8.3. Epidemias en la isla	62
1.3.8.4. Asistencia sanitaria en Fuerteventura	64
1.4. SIGLO XVIII: HAMBRUNAS, EMIGRACIONES MASIVAS Y EPIDEMIAS	65
1.4.1. ADMINISTRACIÓN POLÍTICA	65
1.4.2. POBLACIÓN	66
1.4.3. ECONOMÍA	70
1.4.3.1. Agricultura	71
1.4.3.2. Ganadería	71
1.4.3.3. Pesca	72
1.4.4. INDUSTRIA	73
1.4.5. COMERCIO	73
1.4.6. ALIMENTACIÓN	74
1.4.7. HAMBRE	74
1.4.8. ENSEÑANZA	75
1.4.9. SANIDAD INSULAR Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	75
1.4.9.1. Remedios usados en Canarias	76
1.4.9.2. Prevención de epidemias en Fuerteventura	77
1.4.9.3. Epidemias en la isla	78
1.4.9.4. Demanda de médicos titulados en Fuerteventura	80
1.4.9.5. Asistencia sanitaria en Canarias	81

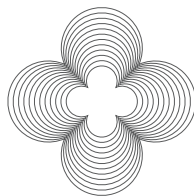
PARTE 2. LA MEDICINA EN FUERTEVENTURA DESDE EL SIGLO XIX HASTA LA ACTUALIDAD

2.1. SIGLO XIX: DE LA MEDICINA POPULAR AL PRIMER MÉDICO MAJORERO	87
2.1.1. MÉDICOS Y HOSPITALES EN CANARIAS	87
2.1.2. ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN CANARIAS	88
2.1.3. LA LEPRO EN CANARIAS	91
2.1.4. MEDICINA POPULAR EN FUERTEVENTURA	94
2.1.4.1. Embarazo y parto	95
2.1.4.2. Poderes curativos de los santos	95
2.1.4.3. Enfermedades y remedios más usuales	95
2.1.5. TOMÁS MENA Y MESA: EL PRIMER MÉDICO MAJORERO	98
2.1.5.1. Nacimiento y primeros años	98
2.1.5.2. Formación en el Seminario Conciliar de Las Palmas	100
2.1.5.3. Estudios de Medicina en La Habana	101
2.1.5.4. Formación en París	102
2.1.5.5. Regreso a Cuba y desarrollo profesional	102
2.1.5.6. De vuelta a Fuerteventura	103
2.1.5.7. Una fuerte personalidad	106
2.1.5.8. Últimos años de vida	107
2.1.5.9. Creencias religiosas y disposición testamentaria	108
2.1.5.10. El legado del doctor Mena: el Hospital de La Ampuyenta	110
2.1.5.10.1. Situación jurídica	110
2.1.5.10.2. Primeros trámites	111
2.1.5.10.3. Ejecución de la obra	112
2.1.5.10.4. Principales aportaciones arquitectónicas	114
2.1.6. ASISTENCIA SANITARIA EN FUERTEVENTURA A FINALES DEL SIGLO XIX	116
2.2. LA MEDICINA DE PRINCIPIOS DEL SIGLO XX A LOS AÑOS CUARENTA	117
2.2.1. EDIFICIOS SANITARIOS	117
2.2.2. LA BENEFICIENCIA	117
2.2.3. LOS PRIMEROS MÉDICOS DE FUERTEVENTURA EN ESTE SIGLO	119
2.2.3.1. Domingo Hernández González	119
2.2.3.2. Santiago Cullen e Ibáñez	119
2.2.3.3. Gerardo Bustos y Cobos	120
2.2.3.4. José Arias Pierrá	121
2.2.3.5. Gregorio Burgo y Carlos Rodríguez-Lafora	121
2.2.3.6. Otros nombramientos	122
2.2.4. LA MEDICINA POPULAR: <i>EL MÉDICO DE LOS CORDEROS</i>	122
2.2.5. ENFERMOS HOSPITALIZADOS EN CENTROS BENÉFICOS DE OTRAS ISLAS	123

2.3. LA MEDICINA DESDE LOS AÑOS CUARENTA HASTA FINALES DE LOS SESENTA	126
2.3.1. TRES MÉDICOS PROTAGONISTAS	127
2.3.1.1. José María Peña Yáñez	127
2.3.1.2. Arístides Hernández Morán	133
2.3.1.3. Guillermo Sánchez Velázquez	139
2.3.2. INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS Y MEDIOS MATERIALES	145
2.3.3. MÉDICOS DURANTE LAS VEINTICUATRO HORAS DEL DÍA	147
2.3.4. RECORRIDOS MÉDICOS POR LA ISLA	148
2.3.4.1. La Oliva	148
2.3.4.2. Pájara y Betancuria	149
2.3.4.3. Jandía	150
2.3.5. EVACUACIÓN DE ENFERMOS	152
2.3.6. ENFERMEDADES MÁS COMUNES	155
2.3.7. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y VACUNACIONES	161
2.3.8. MEDICINA POPULAR	163
2.3.9. URGENCIAS	164
2.3.10. PARTOS	165
2.3.11. MEDICINA VOCACIONAL	167
2.4. LA CLÍNICA VIRGEN DE LA PEÑA: EL PRIMER CENTRO MÉDICO-QUIRÚRGICO	168
2.4.1. ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DEL CENTRO	169
2.4.2. PERSONAL SANITARIO	170
2.4.3. DIFICULTADES DE SUMINISTROS DE AGUA Y LUZ	172
2.4.4. LABORATORIO	173
2.4.5. DEMANDA QUIRÚRGICA DE SANGRE	174
2.4.6. NUEVAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	174
2.4.7. EVACUACIÓN DE PACIENTES	176
2.4.8. EL ACCIDENTE DE LOS PARACAIDISTAS EN TEFÍA	176
2.4.9. LA CLÍNICA SE QUEDA PEQUEÑA	177
2.4.10. ETAPA FINAL DE LA CLÍNICA (1980-1982): LOS MÉDICOS ADJUNTOS CONTRATADOS	180
2.4.11. CIERRE DE LA CLÍNICA VIRGEN DE LA PEÑA	185
2.5. EL HOSPITAL GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	187
2.5.1. DIRECCIÓN DEL CENTRO	188
2.5.2. ETAPAS DEL “HOSPITAL NUEVO”	189
2.6. LA MEDICINA RURAL DESDE LOS AÑOS SETENTA HASTA LA ACTUALIDAD	191
2.6.1. NORTE	191
2.6.2. CENTRO	192
2.6.3. SUR	194

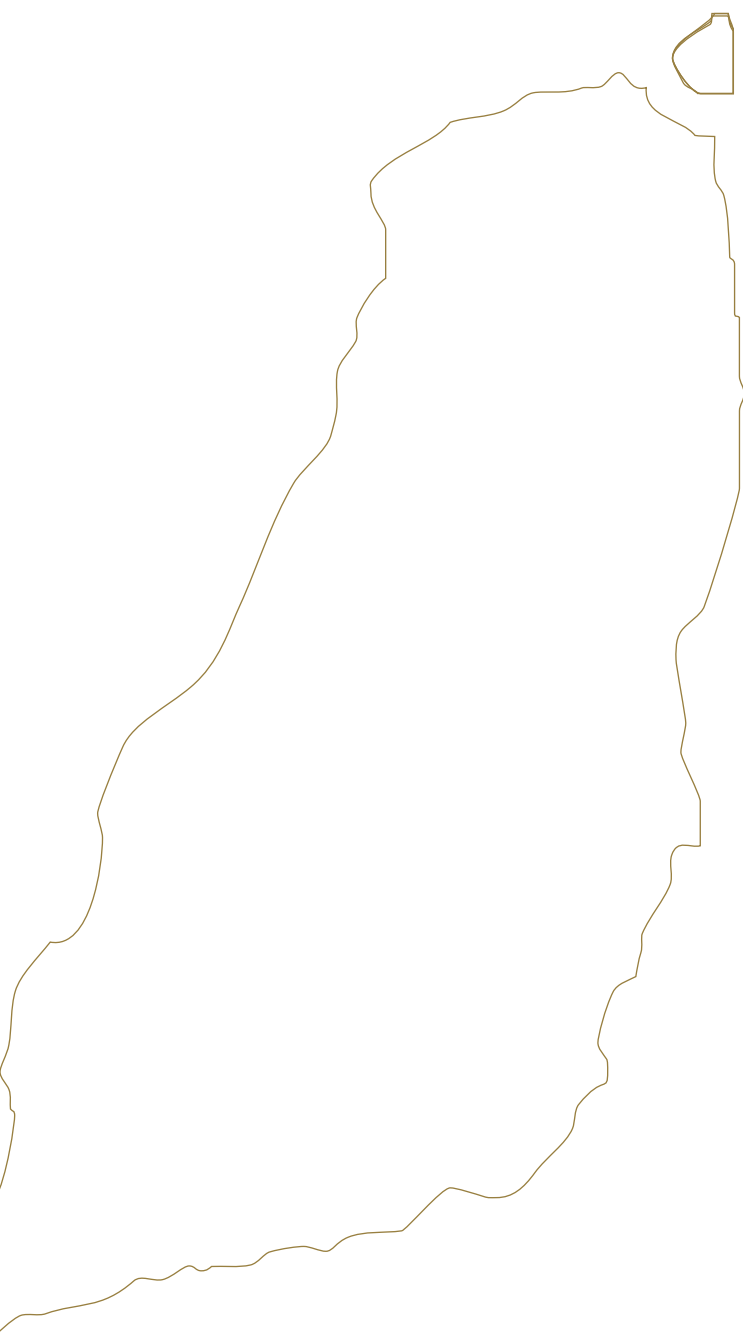
2.7. PATOLOGÍAS MÁS COMUNES EN FUERTEVENTURA A FINALES DEL SIGLO XX	198
2.8. LA SANIDAD MAJORERA EN LA ACTUALIDAD Y PERSPECTIVAS DE FUTURO	201
BIBLIOGRAFÍA	205
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	217





PARTE 1

LA MEDICINA EN FUERTEVENTURA DESDE LA PREHISTORIA HASTA EL S. XVIII



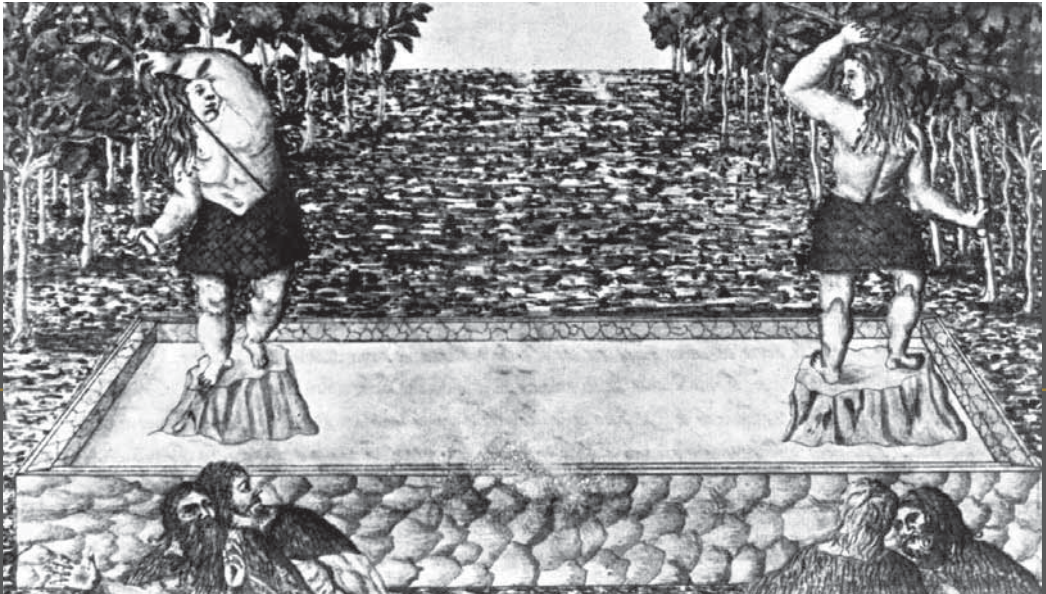
1.1. ÉPOCA PREHISTÓRICA, ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

Muy poco se sabe del modo de vida de los aborígenes de Fuerteventura y del resto de Canarias antes de la conquista castellana del siglo XV, pues los primeros pobladores del Archipiélago no conocen la escritura y, por lo tanto, no dejan documentos que expliquen sus costumbres o su modo de organización social.

El primer texto que describe a los habitantes de las islas y el entorno natural en el que viven lo constituye *Le Canarien*, las crónicas de la conquista del Archipiélago Canario llevada a cabo por los normandos Jean de Béthencourt y Gadifer de la Salle en el siglo XV. Ellos no son, sin embargo, los primeros europeos en llegar a las islas, pues éstas eran conocidas en el mundo grecolatino gracias, principalmente, a Plinio El Viejo, quien se hizo eco en el siglo I de la expedición enviada al Archipiélago por el rey Juba II de Mauritania (25 a.C.-25 d.C.) (Del Arco y Navarro 1987, p. 10), y en la Baja Edad Media, desde finales del siglo XIII y durante todo el siglo XIV, varios navegantes de diversas nacionalidades —castellanos, catalanes, portugueses e italianos, entre otros— realizan incursiones a Canarias con fines comerciales y esclavistas.

Tampoco es *Le Canarien* el primer texto posterior a Plinio que alude a las islas, pues anteriormente, en 1341, tiene lugar una expedición, enviada por Alfonso IV de Portugal —al mando del florentino Angiolino del Tegghia de Corbizzi y del genovés Niccoloso da Recco—, con el objetivo de determinar la localización y características del Archipiélago. Las notas tomadas por ellos sirven para que Giovanni Boccaccio escriba poco después *De Canaria y de las Otras Islas Nuevamente Halladas en el Océano Allende España (1341)*. Sin embargo, el escrito redactado por estos marinos italianos se limitaba a aportar unos pocos datos —algunos bastante difusos—, referentes en su gran mayoría a la isla de Gran Canaria (Tejera 2006, p.145).

Por este motivo, *Le Canarien*, atribuida a Pierre Bontier y Jean Le Verrier, los capellanes de la expedición normanda ya mencionada, es considerada entre “las referencias más antiguas y completas conocidas sobre las poblaciones preeuropeas de las Islas Canarias” (Tejera 2006, p.145), razón por la que constituye en el presente documento la principal fuente de aproximación a la Fuerteventura prehistórica y a sus habitantes.



Grabado que reproduce una escena de lucha entre canarios prehispánicos. Fuente: Índice de ilustraciones (4)

1.1.1. MEDIO NATURAL

Gadifer de la Salle cuenta en *Le Canarien* que, si bien en Fuerteventura no existe una vegetación de grandes dimensiones, como ocurre en las islas occidentales, sí abundan por toda la geografía mayorera pequeños árboles que desprenden una resina con propiedades medicinales, además de otras especies “que producen dátiles y aceitunas, almáciga y otras cosas raras”. Asimismo, De la Salle hace referencia a la existencia de fuentes de agua “hermosas, vivas y corrientes; y en 4 ó 5 puntos se podrían hacer molinos de agua para moler” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 68).

Jean de Béthencourt coincide en estos aspectos con la descripción de su compañero de expedición. Así, dice que “se hallan en cuatro o en cinco puntos arroyos de agua dulce corriente, capaces de mover molinos. Y junto a aquellos arroyos se hallan grandes bosques de arbustos que se llaman «tarajales», que producen una goma de sal hermosa y blanca. [...] El país está lleno de otros árboles que destilan una leche medicinal, a manera de bálsamo, y otros árboles de maravillosa hermosura, que destilan más leche que cualquier otro árbol [...] De otros árboles, como de palmeras que producen dátiles, de olivos y de lentiscos, hay gran número” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 170).

La lectura de estos fragmentos de *Le Canarien* lleva a la conclusión de que, desgraciadamente, poco tiene que ver el aspecto actual del paisaje mayorero, árido y seco, con el del territorio que conocen sus primeros habitantes, puesto que “la vegetación natural de la isla prácticamente ha desaparecido, refugiándose en puntos aislados e inaccesibles de su geografía” (Cabrera 1993, p. 22). Únicamente se conservan vestigios de esa abundancia hídrica en varios hidrónimos de la isla: Río Palmas, Río Cabras, Río de Gran Tarajal, Río de Giniginámar o Río Fayagua (Cabrera 1996, p. 49).

1.1.2. POBLACIÓN

Si bien no se conoce el número exacto de habitantes, según Bontier y Le Verrier (1986) la isla no se halla muy poblada en el momento de la conquista normanda, hecho que atestiguan tanto Gadifer de la Salle: “Los habitantes son en poco número...” (p. 68) como Jean de Béthencourt: “El país no se halla muy poblado” (p. 170). Además de estas fuentes etnohistóricas, las reducidas dimensiones de los asentamientos, incapaces de mantener una población numerosa, demuestran que la escasez demográfica sin duda constituye una de las características más destacables de la Fuerteventura prehistórica (Cabrera 1993, p. 28).

Sin embargo, las notas tomadas por Niccoloso da Recco (citado en Boccaccio 1998, p. 34) en la expedición que realiza a Canarias en 1341, aportan una información diferente, pues según él, lo que ve al llegar a la isla fue “una gran multitud de hombres y mujeres desnudos”. Esta contradicción entre el texto de 1402 y el anterior de 1341 se debe, según explica Cabrera Pérez (1996), al siguiente hecho:

...el redescubrimiento del Archipiélago canario a principios del siglo XIV por el navegante genovés Lancelotto Malocello inaugura un período de exploraciones e incursiones depredadoras que se ensañará con las islas más orientales, perjudicadas por su orografía menos abrupta y por un litoral que facilitaba el acceso desde el mar. Las expediciones de genoveses, portugueses, mallorquines, catalanes, vizcaínos y andaluces se dirigen a Canarias en busca de mano de obra esclava con la que abastecer los mercados mediterráneos y sevillano, procediendo a arruinar demográficamente las islas orientales y a desarticular las culturas indígenas establecidas en ellas (p. 100).

Tal hecho queda atestiguado en *Le Canarien*, donde se puede leer con respecto a Lanzarote que “...estaba muy poblada de gentes; pero los españoles y aragoneses y otros corsarios de mar los han cogido varias veces y llevado en cautiverio, hasta que quedaron pocas gentes” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 69). Esta misma situación se expone en el capítulo dedicado a El Hierro. Además, hay constancia de que, en noviembre de 1391, se produce la venta en Barcelona de una mujer de *quandam insula vocata Fortsventura*, previamente hecha prisionera por una compañía catalano-andaluza que continúa hacia Guinea su negocio de captura de esclavos (Rumeu 1964, pp. 171-172, citado en Cabrera 1996, p. 100). Por todo lo dicho, y “a juzgar por la documentación escrita y por la proximidad a la isla conejera, no dudamos del esquilmo humano que Fuerteventura hubiera sufrido” (Cabrera 1996, pp. 100-101).

A esto hay que añadir las consecuencias de la guerra que durante largo tiempo mantienen los reyes de los dos reinos –Maxorata y Jandía– en que la isla está dividida cuando los normandos llegan a ella: “Y lo cierto es que hay en aquella isla de Erbania dos reyes, que pelearon largo tiempo entre ambos, en cuya guerra hubo por varias veces muchos muertos, tanto que están muy debilitados” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 184).

Son varios los autores que, a partir de las características ecológicas del medio mayorero o mediante la aplicación de coeficientes de densidad de población correspondientes a zonas desérticas o semidesérticas, establecen cifras orientativas del número de habitantes existentes en Fuerteventura durante la época prehistórica. Sin embargo, ante las fluctuaciones que se dan al respecto y con tan pocos datos verificables, Cabrera Pérez (1996) propone que

...asumiendo las frecuentes oscilaciones numéricas a que está sometido un grupo humano en un espacio temporal tan dilatado, [...] un margen demográfico de 1.000 a 3.000 habitantes en la isla durante la Prehistoria, estimación meramente aproximativa que, como tal, ha de ser entendida (p.102).

Asimismo, este investigador considera improbable, debido al escaso número y a la densidad de núcleos de población encontrados, además de al propio hecho de que una economía exclusivamente ganadera imposibilitase su mantenimiento, la existencia de una población más numerosa (Cabrera 1993, p. 30).

1.1.2.1. Asentamientos

Cuando los conquistadores normandos llegan a Fuerteventura, existen en la isla numerosos núcleos de población que a su vez concentran a una alta proporción de habitantes: "Tienen gran número de aldeas y viven más reunidos que los de la isla de Lanzarote" (Bontier y Le Verrier 1986, p. 170). De estas palabras se deduce que la dispersión territorial, tan característica de esta isla, no predomina en la Prehistoria.

La ausencia de montañas elevadas en las que acondicionar cuevas para vivir hace que el principal –pero no único– tipo de asentamiento prehistórico de Fuerteventura, al contrario que en el caso de otras islas más montañosas como Gran Canaria o Tenerife, sean las construcciones artificiales creadas por los indígenas, tal y como relata Viera y Clavijo (1982):

Los habitantes de Lanzarote y Fuerteventura, que eran los más sociables, fueron los que se aplicaron con más ardor a la arquitectura, construyendo aquellas casas de piedra seca que todavía admiramos por el enlace y perfecta unión de todas sus piezas. Se llaman casas hondas, porque en parte eran subterráneas y tenían las puertas tan estrechas y bajas que una persona regular entra ahora dificultosamente por ellas (p. 148).

Sin duda, la característica más destacada de esta vivienda es "el rehundimiento del suelo, de manera que desde la entrada parten varios peldaños descendientes hasta alcanzar el piso de la construcción, entre 0,5 y 1 metro por debajo del nivel del terreno. Esta técnica constructiva explica la baja altura exterior de las casas" (Cabrera 1993, p. 40).

1.1.2.1.1. Barrancos

La población de la Fuerteventura prehistórica se asienta mayoritariamente en los márgenes de los barrancos, especialmente en aquellos situados en la vertiente oriental de la isla. Esos asentamientos, formados por construcciones realizadas con piedra seca, se establecen próximos a manantiales provenientes de montañas cercanas, pues, tal y como apunta Cabrera Pérez (1993) "el suministro de agua potable para consumo humano representa uno de los factores determinantes en la elección de los asentamientos" (p. 33).

Asimismo, éste afirma que el área de asentamiento más importante de la Fuerteventura prehistórica es la cuenca del Barranco de Antigua-La Torre, debido a la abundancia de agua y otros recursos allí existentes, así como a su "facilidad de comunicación con el interior de la isla". En esta zona se encuentran diversos yacimientos arqueológicos esparcidos sobre una gran extensión de terreno, formando una compleja estructura (Cabrera 1993, p. 34).

Del resto de asentamientos situados en los diferentes barrancos de la vertiente oriental de la isla, destacan, en la zona norte, los yacimientos hallados en el Barranco de Tinojay, en el Barranco de Guisguey y en el Barranco de La Herradura. En el centro de la isla, alrededor del Valle de Río Cabras, se encuentran núcleos de población, además de en los propios márgenes del barranco, en las localidades de Majamanca, Tesjuate y El Cuchillete. Entre el Barranco de Río Cabras y el Barranco de La Torre se localiza El Manadero, asentamiento situado en el margen izquierdo del Barranco de La Muley y muy cerca de una fuente aún viva. En la planicie meridional de la isla, se ubican el poblado de La Atalayita (Pozo Negro) y el del Barranco del Valle de La Cueva, ambos situados en una zona de malpaís (Cabrera 1993, p. 36).

En la vertiente occidental de Fuerteventura es menor el número de asentamientos aborígenes. Todos ellos están excavados en el Macizo de Betancuria y localizados en barrancos profundos y de pendientes escarpadas, hecho que proporciona a estos poblamientos más aislamiento que en los casos de la vertiente oriental, si bien cuentan con mayores recursos hídricos. Entre estos núcleos poblacionales destacan los yacimientos de Llano del Sombrero –entre el barranco de Ajui y el Barranco de La Peña, muy próximo al manantial de Madre del Agua– y el yacimiento de Los Corrales de La Hermosa, en la ladera suroeste de Montaña Cardones.

En la Península de Jandía se establecen núcleos poblacionales tanto en los tramos medios de los valles y barrancos de Sotavento, como en la otra vertiente de la Península, Barlovento, donde el número de asentamientos es menor. Entre ellos, destaca el conjunto arqueológico de Cofete, que presenta construcciones denominadas «casas de majos» (pp. 37-38).

1.1.2.1.2. Zonas elevadas

Otro modelo de asentamiento prehistórico mayorero es el que se encuentra en lugares elevados, especialmente en cimas de montañas. Se considera improbable una presencia permanente de población en estas zonas debido a la acción continuada de los fuertes vientos, la escasez de tierras para el cultivo, la dificultad para conducir y controlar los rebaños, y la falta de espacio suficiente para construir corrales y otras estructuras de estabulación. Por tales motivos, la elección de este tipo de enclave obedece únicamente a “factores de vigilancia, dominio visual del territorio, defensa y refugio frente a incursiones enemigas”, además de al carácter sobrenatural que a varias de esas elevaciones montañosas otorgan los mayoreros. Entre los yacimientos arqueológicos más importantes encontrados en cimas de montañas y otros lugares elevados destacan: la Montaña de La Muda (La Matilla), el Pico de La Fortaleza, La Atalaya y Montaña Cardones (Cabrera 1996, pp. 137-140).



Asentamientos en zonas elevadas.
Fuente: Índice de ilustraciones (1)

1.1.2.1.3. Malpaíses

También se dan casos de poblamientos aborígenes en campos de lava recientes, más conocidos como malpaíses, si bien éste no es el tipo de asentamiento más frecuente. Cabrera Pérez (1996) considera dudosa una presencia humana permanente en ellos, debido a “su escaso acondicionamiento para la habitabilidad y su ubicación en un terreno agreste e incómodo.” La elección de un tipo de asentamiento tan inhóspito indica, según el mismo autor, “una finalidad defensiva o de refugio bajo situaciones de enfrentamiento bélico o ante las frecuentes incursiones esclavistas realizadas por marinos europeos desde principios del siglo XIV” (p. 127).

En unos casos, se trata de pequeños grupos de construcciones circulares u ovoides, de reducido tamaño y realizadas en piedra, de las que una parte se destina a vivienda y otra está reservada para el ganado. Se encuentran numerosos restos de esta tipología constructiva en el Malpaís del Bayuyo, en el Malpaís Grande y en el Malpaís Chico. En otros casos, se trata de cuevas naturales –tubos lávicos–, acondicionadas como viviendas y con muros divisorios y de protección construidos por sus habitantes. Entre estos asentamientos o «cuevas de majos», destacan: en el Malpaís de la Arena, la Cueva de Villaverde, la Cueva de los Pascuales, la Cueva de la Aldeíta y Tisajoyre, y, en el Malpaís Grande, la Cueva de Risco Caído, Las Paredejas y la Cueva del Castillejo (Cabrera 1993, pp. 40-42).



Principales asentamientos majoreros.
Fuente: Índice de ilustraciones (2)

1.1.3. ACTIVIDAD ECONÓMICA

“El país está lleno de cabras, tanto domesticadas como salvajes; y cada año se podrán, de hoy en adelante, tomar 30.000 cabras...” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 68)

1.1.3.1. Ganadería

Tanto a Gadifer de la Salle como a Jean de Béthencourt les sorprende, al llegar a Fuerteventura, el ingente número de cabras esparcidas por todo el territorio insular, muy superior al de cualquier otra isla del Archipiélago Canario. Gadifer de la Salle estima en unos 30.000 el número de estos animales, tanto de cabras domesticadas como salvajes, mientras que Jean de Béthencourt duplica esta cifra, al afirmar la existencia de unos 60.000 ejemplares.

Tanto sorprende la enorme cabaña ganadera caprina de la isla a cronistas e historiadores que, a finales del siglo XVI, el italiano Leonardo Torriani considera este hecho el motivo por el que Plinio bautiza a esta isla con el nombre de Capraria (Cabrera 1993, p. 45): “Pero, ¿por cuál razón fue llamada Capraria? Hallamos que la llamaron así por el muy grande número de cabras que en aquellos tiempos debían de hallarse en ella!” (Torriani 1978, pp. 78-79).

¹El nombre de Capraria es una transcripción errónea por parte de Plinio, del término griego Sauraria “tierra de lagartos”, debido a que la “s” mayúscula del griego antiguo se escribe del mismo modo que la “c” latina (Torriani 1978, p. 67. Notas de Cioranescu).

Muchos investigadores, sin embargo, cuestionan estas cifras aportadas por los conquistadores al considerar imposible el mantenimiento de un número tan elevado de cabras en un medio “reducido y pobre” y, sobre todo, teniendo en cuenta la escasa población existente para gestionar y mantener bajo control tan enorme cantidad de ganado. A pesar de ello, son varios los documentos que manejan datos similares en Fuerteventura tras la conquista —excepto en épocas de sequía—, lo que da una idea de la capacidad del medio mayorero para sustentar tal volumen de ganado caprino con unos recursos limitados y recurriendo a “fórmulas de pastoreo tradicionales” (Cabrera 1993, p. 45).

La gran importancia del sector ganadero durante la etapa prehistórica de Fuerteventura obedece a dos motivos: el primero de ellos tiene que ver con la continuación del modo de vida dedicado al pastoreo que llevan en el norte de África los primeros pobladores que llegan a la isla; el segundo está relacionado con la adaptación al ecosistema mayorero, “de naturaleza esteparia” y caracterizado por una vegetación de tipo herbácea y arbustiva, y unas lluvias escasas e irregulares. Tales circunstancias suponen un obstáculo para la práctica y el desarrollo de la agricultura, así como para la recolección de especies vegetales, por lo que “el aprovechamiento ganadero representaría la fórmula de explotación más eficiente —a corto plazo—...” (Cabrera 1993, p. 46).

La existencia de tal volumen de ganado caprino, muy superior a las necesidades básicas de la población, constituye un mecanismo de “reserva de alimentos” ante la amenaza de que los rebaños resulten severamente diezmados a causa de condiciones climáticas adversas como, por ejemplo, una sequía continuada. De esta manera, se garantiza una existencia mínima de ejemplares en épocas de crisis, frecuentes en la isla mayorera, debido a la irregularidad y escasez de las precipitaciones. De hecho, su enorme resistencia frente a la sequía, así como su capacidad para el aprovechamiento de pastos de mala calidad o muy deteriorados, constituyen las razones que explican la importancia de la cabra en la cultura y en la economía mayoreras (Cabrera 1993, p. 48).

Tal acusado contraste entre la escasa población de la isla y el enorme volumen de ganado caprino existente en ella, lleva a muchos estudiosos a dudar de las cifras que presenta *Le Canarien*, al considerar la imposibilidad de que los habitantes de Fuerteventura puedan manejar semejante número de ejemplares. Sin embargo, Gadifer de la Salle también comenta en el citado texto que una parte del ganado está domesticado y que otra se encuentra en estado salvaje. Tiempo después, Juan de Abreu Galindo relata que “[El ganado] anda suelto por toda la isla; y cuando querían tomar algún ganado, se juntaban y hacían apañadas que llamaban gambuesas” (Abreu 1977, p. 59). Este hecho puede explicar la amplia diferencia numérica existente entre seres humanos y animales.

En opinión de Cabrera Pérez (1993), “la explotación de la cabra salvaje se destinaría a servir de reserva alimenticia en épocas de penuria; como base de reposición de las pérdidas en los rebaños domésticos; y para el aprovechamiento de la carne y las pieles, ya que la ausencia de ordeño convierte a la variedad *guanil* en mala productora de leche” (p. 51).

No consta referencia alguna, por parte de cronistas e historiadores, sobre la existencia de ganado ovino en Fuerteventura durante su etapa prehistórica. En cambio, se encuentran restos de la especie porcina en la Cueva de Villaverde. El citado hallazgo, así como la existencia de un término aborigen para designar al cerdo —*yffe*, según Abreu Galindo confirman la presencia de ganado porcino y su “importancia cualitativa en la economía de la isla” como proveedor de carne para la población, tal y como sucede en la vecina Lanzarote: “...sus ganados que son puercos y cabras que es la carne con que se mantienen...” (Morales 1993, p.110, citado en Cabrera 1996, p. 188).

1.1.3.2. Agricultura

Estudios arqueológicos llegan a la conclusión de que los aborígenes de Fuerteventura no se dedican a la agricultura, puesto que no se encuentran indicios que evidencien la práctica de esta actividad con anterioridad a la conquista (Cabrera 1993, p. 58).

Algunas teorías apuntan a un posible desconocimiento de la agricultura por parte de las tribus norteafricanas que pueblan la isla, pero, dado que sí hay constancia de cultivos “prehistóricos” en el resto de Canarias —excepto en La Palma²— la hipótesis más verosímil que explica su ausencia en Fuerteventura es la de su abandono progresivo en

²...“la gente [de La Palma] es carnívora y no vive más que de carne, lo mismo que los de la isla de Erbania, que dicen Fuerteventura” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 45).

favor de la ganadería como principal medio de vida. Las causas de tal reducción y posterior desaparición de los cultivos en la isla se encuentran en las propias características del ecosistema mayorero: las sequías recurrentes, las lluvias irregulares y, finalmente, “los posibles efectos de las plagas de langosta o, incluso, de enfermedades fitopatológicas como la *alhorra* –endémica de la isla– que dificultaban la obtención de las cosechas” (Cabrera 1993, p. 58).

Todos estos factores originan que los costes de la práctica agrícola sean superiores a los beneficios obtenidos, dando como resultado un balance negativo. A lo anterior, debe añadirse el excesivo crecimiento del ganado, gran parte del cual se encuentra en estado salvaje y diseminado por toda la isla, lo que indudablemente dificulta la existencia de cultivos (Cabrera 1993, p. 58).

Según Cabrera Pérez (1993) “Tampoco es posible afirmar de forma taxativa una ausencia absoluta del cultivo, pues resulta admisible el mantenimiento de una mínima actividad agrícola con un papel secundario en la economía prehistórica” (p. 58).

1.1.4. ALIMENTACIÓN

Ni las crónicas de *Le Canarien* ni autores posteriores, como Abreu Galindo o Leonardo Torriani, hacen mención alguna al consumo de alimentos de tipo vegetal –cereales o fruta– por parte de los aborígenes mayoreros. Tampoco las excavaciones arqueológicas realizadas hasta la fecha aportan pruebas materiales de actividad agrícola en la isla (Cabrera 1993, p. 57).

La información disponible sobre la alimentación de los indígenas en la isla es muy escueta, pero también muy clara: “Los habitantes [...] viven de carne y de leche” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 68). Estos datos son corroborados más tarde por otros autores: “...dicen que su alimento era leche, mantequilla y carne seca, y tostada al sol, la cual hacían ponerse tan tierna como si hubiese sido cocida al fuego” (Torriani 1978, p. 74).

Respecto al modo de preparar la carne, cuenta Jean de Béthencourt que “hacen grandes reservas sin salarla, y las suspenden en sus viviendas y la dejan secar hasta que está bien seca y después la comen...” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 170). Esta técnica, consistente en colgar la carne en el interior de las viviendas y dejarla secar al sol para luego comerla, está documentada en las tribus bereberes del norte de África, si bien en el Continente el producto es previamente salado para evitar su descomposición (Cabrera 1996, p. 213).

A los conquistadores normandos no sólo les sorprende el número de cabras presentes en la isla, sino también la calidad de su carne: “...aquella carne es mucho mejor acondicionada que la del país de Francia, sin ninguna comparación. [...] Parece mentira que la carne sea tan buena, mucho mejor que la de Francia...”. Del mismo modo piensan Béthencourt y Gadifer de la Salle en relación a la leche de cabra y sus derivados: “Están bien provistos de quesos, que son sumamente buenos, los mejores que se conocen en estas regiones, y sin embargo están hechos solamente con leche de cabras...” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 170). Según Cabrera Pérez (1993), la elaboración de quesos es un método de conservación de la leche sobrante durante tiempo (p. 54).

Otro producto obtenido a partir de la leche y considerado un alimento básico para los pobladores de Fuerteventura es la grasa: “Tienen abundancia de sebo, y lo comen con tanto gusto como nosotros el pan. [...] Cada año se podrían coger 60.000 cabras y aprovechar su cuero y su grasa, de la cual cada animal rinde mucho, por lo menos 30 o 40 libras. Parece mentira la grasa que rinden” (Bontier y Le Verrier 1986, p. 170).

La grasa es almacenada en vasos de cerámica, donde se conserva en buen estado durante largo tiempo gracias a que previamente es cocinada o hervida (Cabrera 1993, p. 56). En algunos casos, incluso, permanece intacta desde entonces hasta épocas recientes, tal y como corrobora René Verneau, quien viaja a Canarias a finales del siglo XIX para estudiar las culturas aborígenes del Archipiélago. Tras visitar las cuevas sepulcrales de Fuerteventura (Verneau 2005, p. 93), cuenta el antropólogo que “los vasos antiguos que se encuentran en las cuevas de esta isla están con frecuencia llenos de manteca que, gracias a un taponamiento hermético, se ha conservado muy bien hasta nuestros días” (Verneau 1996, p. 48).

A este respecto, llama además la atención de Verneau (1996) la importante cantidad de grasa hallada: “Difícilmente se explicaría que una cantidad tan grande de grasa estuviese destinada exclusivamente a usos culinarios” (p. 48). La explicación que se da a esta gran producción de sebo tiene que ver con su uso como “remedio curativo en personas y animales” (Cabrera 1993, p. 56), aspecto que se desarrolla más profundamente en el siguiente apartado del libro.

No es de extrañar la importancia del consumo de grasa para los primitivos majoreros, pues al llevar una dieta exclusivamente proteica, es necesario incluir en ella una fuente de energía. Sin hidratos de carbono que transformar en energía, el organismo utiliza las proteínas para esta función y no para la formación y el desarrollo de los músculos y otras estructuras orgánicas, tal y como corresponde a este tipo de biomoléculas (Cabrera 1996, p. 214).

Los datos aportados llevan, pues, a la conclusión de que los aborígenes de Fuerteventura siguen una dieta de tipo exclusivamente animal, con una elevado contenido proteico, lo que sin duda explica el destacado desarrollo corporal de los majoreros que tanto llama la atención a cronistas, historiadores e investigadores (Cabrera 1993, p. 56), y que se comenta más detalladamente en el siguiente y último apartado de este capítulo.

1.1.5. APARIENCIA FÍSICA

En relación al aspecto físico de los aborígenes majoreros, Jean de Béthencourt y Gadifer de la Salle únicamente mencionan que "...son de gran talla, hombres y mujeres. [...] Y es muy difícil cogerlos vivos" (Bontier y Le Verrier 1986, p. 68). Esta información es corroborada por el fraile franciscano del siglo XVI, Juan de Abreu Galindo: "Hoy en todas las islas no hay hombres de mayores estaturas que los de ésta en común" (Abreu 1977, p. 60).

Además de lo aportado por las fuentes etnohistóricas, los estudios antropológicos realizados en el Museo Arqueológico de Tenerife por la doctora Ilse Schwidetzky, profesora de la Universidad de Maguncia en Alemania, cuyos resultados aparecen en su obra de 1963, *La Población Prehispánica de las Islas Canarias*, incluyen, entre otros aspectos, la determinación de la altura media de los aborígenes canarios mediante el estudio de los huesos largos sueltos (fémur, tibia y húmero) encontrados en los diferentes yacimientos arqueológicos de las islas. Los 76 huesos largos hallados en Fuerteventura y analizados por Schwidetzky, establecen la altura de los primitivos majoreros en 1,59 cm para las mujeres y 1,71 cm para los hombres.

Ambas medidas son las mayores del Archipiélago, tal y como se refleja en el cuadro relacionado, y a tenor de las propias palabras de la investigadora: "Fuerteventura [...] muestra las medidas más largas; según eso, calculadas tanto para hombres como para mujeres la estatura, ésta sube considerablemente sobre los valores medios de Gran Canaria. La diferencia entre Fuerteventura y Gran Canaria es altamente significativa, como ocurre entre Tenerife y Fuerteventura" (Schwidetzky 1963, p. 121).

Si bien los indígenas majoreros se caracterizan por su elevada estatura, ello no significa que sean gigantes, tal y como Leonardo Torriani (1978) expresa en 1590:

Estos isleños eran hombres proporcionados; y en años pasados, antes que los cristianos conquistasen la isla, había entre ellos muy grandes gigantes; porque, además de la memoria que de ellos se conservó, se halló en la cueva de una montaña que ellos decían Mahan (que hoy día se llama de Cardones), un cadáver largo de 22 pies³ (pp. 73-74).

³ Torriani extrae esta información de Abreu Galindo (1977): "Hállase sepultura al pie de una montaña que dicen de cardones, que tiene de largo veinte y dos pies, de once puntos cada pie, que era uno que decían Mahón" (pp. 55-56). Como puede apreciarse, las medidas que aporta Abreu en 1632 se refieren a la sepultura, pero Torriani las aplica al cadáver, probablemente por una interpretación errónea.

TABLA Huesos largos y estatura

	Gran Canaria				Tenerife				Significa- ción	Gomera		La Palma		Fuerteventura									
	n	M	σ	m	n	M	σ	m		n	M	n	M	n	M								
Fémur	Longitud	413	447,3	23,0	1,03	139	436,3	23,2	1,97	+	1	430,0	5	460,0	18	473,7							
	Perímetro		90,1	4,86	0,24		87,8	5,29	0,45														101,2
	Índice de la long. y del espesor. . .		20,3	1,22	0,06		20,1	1,22	0,10										19,8		20,2		21,3
	Estatura		166,1	3,84	0,19		163,6	4,29	0,36														
Tibia	Longitud	363	376,1	22,24	1,16	68	372,1	17,0	2,12	+	2	357,0	6	371,5	17	405,4							
	Perímetro		79,8	4,67	0,24		79,9	4,60	0,57										70,0		80,2		87,7
	Índice de la long. y del espesor. . .		21,2	1,19	0,06		21,7	1,11	0,14										19,6		20,8		21,7
	Estatura		168,1	4,75	0,25		167,1	4,05	0,49														
Húmero	Longitud	168	329,7	15,9	1,23	66	317,0	14,4	1,77	+	2	315,5	3	323,7	15	342,7							
	Perímetro		66,7	4,33	0,34		65,9	5,11	0,63										64,0		68,3		73,4
	Índice de la long. y del espesor. . .		20,3	1,39	0,11		20,8	1,79	0,22										20,3		21,3		21,3
	Estatura		166,0	4,64	0,36		162,3	4,20	0,52														
Estatura	944	166,8	4,46	0,14	275	164,2	4,55	0,27	+	5	162,4	14	166,7	50	171,7 ± 0,72								
Fémur	Longitud	203	407,7	20,1	1,40	70	399,5	17,1	2,04	+	1	410,0	6	403,5	3	431,7							
	Perímetro		77,0	5,33	0,37		77,1	4,72	0,57										78,0		80,5		90,3
	Índice de la long. y del espesor. . .		18,9	1,14	0,08		19,3	1,14	0,14										19,0		20,0		20,0
	Estatura		152,1	3,76	0,26		150,5	3,44	0,41														
Tibia	Longitud	279	335,3	15,2	0,91	51	335,4	16,7	2,34	---	1	348,0	4	324,3	8	364,9							
	Perímetro		67,5	3,63	0,22		69,3	3,56	0,50										68,0		66,0		74,8
	Índice de la long. y del espesor. . .		20,2	1,15	0,07		20,8	1,32	0,12										19,5		20,4		20,4
	Estatura		153,6	3,71	0,22		153,6	4,00	0,56														
Húmero	Longitud	83	301,2	15,3	1,68	45	293,1	13,1	1,95	---	1	281,0	2	306,0	15	318,2							
	Perímetro		53,5	3,00	0,33		55,6	3,16	0,47										51,0		56,5		61,9
	Índice de la long. y del espesor. . .		17,8	1,10	0,12		19,0	1,06	0,16										18,1		18,5		19,7
	Estatura		154,4	4,28	0,47		152,2	3,58	0,53														
Estatura	565	153,2	4,04	0,17	166	151,9	3,83	0,30	+	3	153,0	12	151,7	26	159,0 ± 0,70								

Huesos largos y estaturas. Fuente: Índice de ilustraciones (3)

Respecto al color del cabello, los análisis realizados llevan a Schwidetzky (1963) a la conclusión de que "la distribución de los colores del pelo entre los antiguos canarios no difiere de un modo llamativo de la población actual de las Islas Canarias" (p. 123).

Finalmente, para conocer el atuendo y la forma de vestir de los majoreros, cabe recurrir a la descripción que el conquistador normando Gadifer de la Salle realiza en *Le Canarien*:

Estaban completamente desnudos, sobre todo los hombres, que sólo llevaban una piel con su pelo, atada sobre la espalda. Las mujeres tenían otra piel igual, atada de la misma manera, y dos pieles más, una delante y otra detrás, ceñidas alrededor de la cintura y que les llegaba hasta las rodillas. Iban calzadas sin empeine y tenían el cabello largo y rizado, el cual cortaban sobre la frente, a la manera en que lo llevaban los hombres (Bontier y Le Verrier 1986, p. 68).

1.1.6. CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA INDÍGENA CANARIA

"Puedo decir, sin temor a equivocarme, que estos hombres primitivos fueron los que después crearon el llamado Doctor en Medicina"

Juan Bosch Millares

Historia de la Medicina en Gran Canaria, 1967

Para los aborígenes canarios, como para el resto de las sociedades primitivas del planeta, independientemente de las creencias y del modo de vida propios, el concepto de Medicina parte de una misma base: la idea de que la enfermedad y la muerte no se deben a causas naturales y biológicas, sino que son el resultado de la acción de los espíritus y de otros elementos sobrenaturales (Bosch 1967, p. 32).

Por tal motivo, la Medicina prehistórica es, según Bosch Millares (1967)

"...únicamente una fase de una serie de procesos mágicos o míticos destinados a procurar el bienestar humano, bien alejando la cólera de los dioses irritados o de los espíritus malignos, o bien provocando la lluvia para fertilizar el suelo y evitar las plagas del campo y las enfermedades epidémicas (pp. 32-33).

Estos seres, considerados “demonios, genios o seres sobrenaturales” (Bosch 1967, p. 37) están presentes en cualquier parte de la Naturaleza y son los responsables de fenómenos no deseados que se producen en ella, tales como eclipses de sol, tormentas, tempestades o inundaciones. Cuando fijan su atención en el ser humano, la existencia de este último se ve alterada, unas veces para bien y otras para mal, en función de la voluntad de los espíritus. En el último de los casos, aparecen entonces el dolor y la enfermedad, al haberse introducido los demonios en alguna parte del organismo (Bosch 1967, p. 33).

Del mismo modo, la curación de las enfermedades se entiende como el proceso de expulsión de esos seres demoníacos del cuerpo. Ello se consigue atormentando, torturando o atemorizando a los espíritus para que “se vieran obligados a abandonar, espantados, el cuerpo enfermo. Se suponía que los demonios conocían el dolor y el miedo y que reaccionaban ante éstos de la misma manera que los seres humanos”. La tarea de espantar y ahuyentar a los demonios del cuerpo para sanar a la persona enferma corresponde al sacerdote o hechicero, por ser éste quien más influencia y autoridad ejerce sobre dichos espíritus (Bosch 1967, pp. 33-34).

En opinión de Bosch Millares (1967), es precisamente el hechicero de Cro-Magnon quien lega a la Humanidad el principio más importante de la Medicina, que tiene que ver con el necesario cuidado de los enfermos y de los inválidos, mediante el empleo, para ello, de “todos los esfuerzos posibles para salvar a sus semejantes de las enfermedades” (pp. 34-36).

Cuando tiene lugar una epidemia, todas las familias del poblado afectado colaboran en la expulsión de los malos espíritus. Para ello, pasan varias noches seguidas corriendo entre las viviendas, enarbolando armas, tales como lanzas o cuchillos de piedra –los indígenas canarios no conocen el metal–, vociferando terroríficos gritos y tocando tambores, gongos y tantanes. Con el fin de facilitar a los demonios su huida, en las casas donde se encuentran las personas enfermas se ata con fuerza una cuerda, confeccionada con hojas de palmera, desde el techo hasta el suelo o hasta el árbol más próximo (Bosch 1967, p. 37).

Lógicamente, estos procedimientos no son suficientes para eliminar el dolor y la enfermedad, por lo que los aborígenes recurren también a los productos vegetales, animales y minerales que les ofrece la Naturaleza, así como a diversas intervenciones médico–quirúrgicas como, por ejemplo, trepanaciones o amputaciones (Bosch 1975, p. 45), técnicas que se describen en el apartado 1.1.8. de este libro.

Asimismo, se toman medidas para evitar que los espíritus regresen en el futuro, consistentes en portar un amuleto o en conservar un talismán. El amuleto generalmente se construye con “trozos de huesos de cráneos, de dientes de la boca de un muerto, anillos y escapularios de huesos y conchas bendecidos por las divinidades [...], trozos de carbón, cuernos, cerámica y animales inferiores...”, y se cuelga al cuello de los enfermos o se les aplica en el cuerpo para evitar nuevas enfermedades o desgracias, es decir, para mantener alejados a los malos espíritus. El talismán es un amuleto que se guarda celosamente, incluso si su uso no es necesario (Bosch 1967, pp. 37-38).

Los primitivos canarios son, en general, individuos sanos que pocas veces enferman. Su buen estado de salud se debe, en opinión del historiador Viera y Clavijo, “...no sólo al método simple y natural con que vivían, sino también a sus pocos medicamentos”. Cuenta este mismo autor que como purgante utilizan el suero de la leche, y para los dolores pleuríticos y las diarreas recurren a la miel de mocán, (Viera y Clavijo 1982a, p. 177), producto al que añaden jugo de dátiles para evitar su efecto astringente (Verneau 1996, página 50).

Sin embargo, el recurso principal del que se valen los indígenas canarios para tratar sus dolencias son la manteca de cabra, a la que Viera y Clavijo denomina “...la base de sus recetas y su panacea universal” (Viera y Clavijo 1982a, p. 177). Esta importancia de la leche y su grasa en la medicina aborígena canaria queda constatada por el testimonio del fraile franciscano Juan de Abreu Galindo, quien está en contacto directo con los indígenas canarios en el siglo XVI, y relata lo siguiente:

Adoraban a un Dios, levantando las manos al cielo. Hacíanle sacrificios en las montañas, derramando leche de cabras con vasos que llaman *gánigos*, hechos de barro. Si acaso enfermaban, que era pocas veces, se curaban con yerbas de la tierra y sajábanse con pedernales muy agudos donde les dolía, y se quemaban con fuego; y allí se untaban con manteca de ganado, la cual hacían las mujeres, que era su mejor mantenimiento, y la enterraban en gánigos; y hoy se hallan algunos llenos de manteca, la cual sirve para medicina (Abreu 1977, p. 57).

Cuando está fresca, hierven la manteca e impregnan con ella raíces de junco que aplican sobre las heridas para cauterizarlas (Viera y Clavijo 1982a, p. 177), y una vez rancia la utilizan como instrumento de fricción para aliviar sus dolores. Asimismo, para que las heridas cicatricen lo más rápido posible, recurren a un jugo astringente que obtienen de la fruta del mocán (Verneau 1996, p. 50).

1.1.7. ENFERMEDADES DE LOS PRIMITIVOS CANARIOS

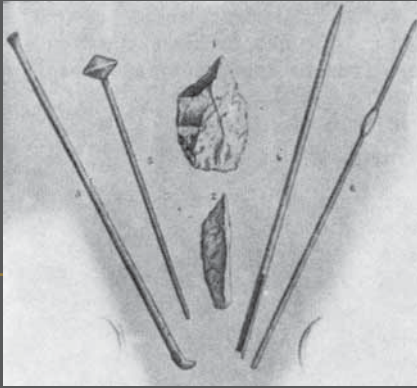
Aunque los indígenas canarios no conocen la escritura y, por lo tanto, no dejan documentos que expliquen cómo viven o qué enfermedades sufren, por suerte sí se conservan varios restos óseos que arrojan algunos datos sobre estas cuestiones, gracias al desarrollo de la paleopatología ósea y craneana, rama de la investigación biomédica que trata de identificar las enfermedades y dolencias de las poblaciones prehistóricas —por este motivo también llamada *patología prehistórica*—, mediante el análisis metódico de las marcas que aquéllas dejan en los huesos y en los cráneos (Pérez 1981, p. 8).

Los análisis llevados a cabo en restos aborígenes conservados en algunos museos particulares y, especialmente, en El Museo Canario⁴, ponen de manifiesto que la población prehistórica canaria padece enfermedades tanto de origen externo o traumático como de origen interno o infeccioso (Bosch 1967, p. 40). Si bien la mayoría de los esqueletos y cráneos encontrados provienen de Gran Canaria y Tenerife, los investigadores de la paleopatología canaria señalan que "...por extensión las enfermedades conocidas en ellas se pueden aplicar a las islas restantes, porque los análisis de los restos óseos y algunas referencias contenidas en las fuentes escritas podrían proporcionar una idea de las afecciones más comunes padecidas por sus habitantes" (Tejera, López y Hernández 2000, pp. 384-385).

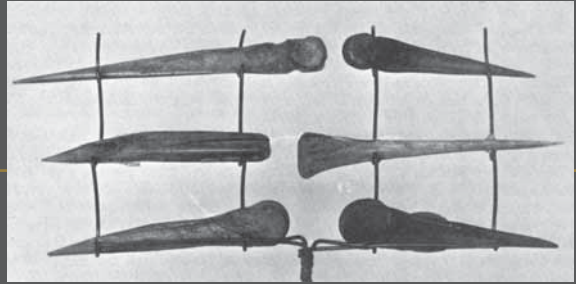
1.1.7.1. Fracturas

Las lesiones traumáticas, concretamente las fracturas, son el tipo de patología más abundante que se identifica en los restos óseos encontrados (García C. 1993, p. 91). Se producen como consecuencia del uso de las armas empleadas para luchar y combatir, ya que, tal y como señalan la mayoría de cronistas e historiadores, los aborígenes canarios, y en concreto los majoreros, son un pueblo valiente que prefiere siempre luchar contra sus enemigos que rendirse ante ellos (Bosch 1975, p. 37). Los citados instrumentos pueden ser de madera —la jabalina, la lanza, la maza o la espada— o de piedra. Con este último material crean artilugios de diferentes formas: redondeadas para cargar sus hondas, de aristas no pulimentadas y de aristas afiladas a la manera de cuchillos. Las fracturas más frecuentes se producen en la cabeza y en las extremidades (Bosch 1967, p. 40); entre las primeras, la mayoría se localizan en la bóveda craneal y afectan al frontal, al parietal y, en menor medida, al temporal. Los estudios realizados demuestran que estas lesiones craneales son "producidas todas ellas por instrumentos cortantes, contundentes y punzantes" (Bosch 1967, p. 40).

⁴Referente museográfico de Canarias donde desarrolla su labor científica el médico grancanario Juan Bosch Millares, uno de los investigadores que más ha contribuido al estudio de las enfermedades de la población indígena canaria, y razón por la cual, la mayor parte de la bibliografía citada en esta parte corresponde a obras suyas.



Lanzas. Fuente: Índice de ilustraciones (4)



Objetos afilados. Fuente: Índice de ilustraciones (4)

1.1.7.2. Tuberculosis

Se trata de una enfermedad que “con toda probabilidad es tan vieja como la misma raza humana”. Las primeras evidencias de su existencia datan del período Neolítico, alrededor de unos 5.000 años a.C., en una cueva cercana a la localidad alemana de Heidelberg (García C. 1993, pp. 98-99).

Sobre la presencia de esta enfermedad en la sociedad aborígen canaria, Bosch Millares señala que no se encuentran lesiones tuberculosas en los restos óseos analizados, si bien puntualiza que este hecho no significa que los primitivos canarios no padezcan dicha enfermedad, ya que ésta puede tener otras localizaciones en el cuerpo humano además de en los huesos. Así, el investigador no descarta la presencia de tuberculosis –ni tampoco de raquitismo– en el Archipiélago Canario, “máxime cuando en los tiempos prehistóricos la falta de higiene y las condiciones defectuosas de la alimentación (más señaladas en el período neolítico) contribuyeron a la difusión de esta enfermedad” (Bosch 1967, p. 43).

Al igual que Bosch Millares, Pilar Julia Pérez (1981) afirma que los esqueletos de El Museo Canario no muestran signos evidentes de infecciones específicas como la tuberculosis (p. 36). En cambio, Carlos García (1993), en sus investigaciones sobre las patologías de la población aborígen canaria, revela haber encontrado, “tanto en la cabeza femoral como en los cuerpos vertebrales, signos absolutamente compatibles con la tuberculosis”, motivo por el que se atreve a afirmar la existencia de esta enfermedad en el Archipiélago Canario antes de la conquista castellana (p. 100).

Asimismo, el anterior autor atribuye la ausencia de descripción de la tuberculosis ósea en otros estudios de paleopatología canaria a la dificultad de que esta dolencia se manifieste en los huesos largos, a lo que hay que añadir el insuficiente estudio previo de este tipo de huesos (García C. 1993, pp. 99-100).



Epifisitis tuberculosa. Fuente: Índice de ilustraciones (5)

1.1.7.3. Sífilis

Varias son las teorías que intentan explicar los orígenes y la expansión mundial de la sífilis, lo que genera un intenso debate sobre el tema (Pérez 1981, p. 32). Las dos principales hipótesis, totalmente incompatibles entre ellas, giran en torno al posible origen americano de la enfermedad (Pérez 1981, p. 32). La más aceptada de las dos es la Teoría Colombina, que mantiene que son Cristóbal Colón y sus navegantes quienes en 1493 traen la sífilis a Europa a su regreso del Nuevo Mundo (García C. 1993, p. 97).

La segunda teoría, llamada Precolombina, sostiene en cambio que los europeos, antes de que Colón viaje a América, padecen la sífilis, pero que ésta no es considerada una enfermedad diferenciada, sino que se engloba, junto con otras enfermedades, dentro del término "lepra". Así, en los siglos XIII y XIV aparecen varias referencias a la "lepra venérea" y, posteriormente, a la "lepra hereditaria". Llegados a este punto hay que destacar que la lepra ni se hereda ni se transmite por vía sexual, dos características que, en cambio, sí distinguen a la sífilis. Según Carlos García (1993), los cruzados que en los siglos XII y XIII vuelven a Europa procedentes de Tierra Santa traen consigo el "tratamiento sarraceno" para la lepra, el cual contiene mercurio, y "sabemos que el mercurio es ineficaz en la lepra pero no en la sífilis, hasta el descubrimiento del salvarsan y la penicilina" (p. 97-98).

Además de estas hipótesis, existen otras que intentan arrojar luz sobre la cuestión. Palés sostiene en 1930 que, si bien la sífilis ya existe en Europa antes de Colón, es el contacto con el agente americano lo que hace que esta enfermedad empiece a manifestarse de manera virulenta y cause estragos en el continente europeo (citado en Pérez 1981, p. 32).

Cierta teoría mantiene, por su parte, que la sífilis nace con el ser humano y que es por tanto congénita en todas las razas, mientras que otra defiende que surge hace más de 2.000 años en Asia, desde donde se propaga por el continente americano a través del Océano Pacífico y se extiende por Europa con la expansión del Imperio Árabe (Bosch 1975, p. 119). Por último, Alcina (1969) cree que, al igual que la cultura indígena americana, la sífilis puede tener un origen transatlántico, es decir, llegar a América en una época prehistórica a través del Mediterráneo y de Canarias, para migrar nuevamente a Europa Occidental después de la llegada de Colón al Nuevo Mundo (citado en Pérez 1981, pp. 32-33).

Pero no sólo surgen controversias en torno al origen y expansión de esta enfermedad, sino también con respecto a su presencia o ausencia en el Archipiélago Canario antes de la conquista castellana (García C. 1993, p. 97).

Aunque el antropólogo francés René Verneau realiza un diagnóstico de sífilis en más de una veintena de los cráneos encontrados en las islas, ninguna de las radiografías y demás estudios practicados sobre ellos por Juan Bosch Millares (1967) ponen de manifiesto

...la destrucción ósea localizada en el territorio del verdadero goma, ni la intensa osteoesclerosis del tejido conjuntivo osteogénico inflamado que no se necrosa; es decir, no se han hallado las lesiones de la osteítis gomosa que tiene por carácter el ser simultáneamente condensante y rarefaciente (p. 44).

De igual forma, el investigador afirma: “no he encontrado en los demás huesos del esqueleto (antebrazo, tercio interno de las clavículas y sobre todo en las tibias y bóvedas palatinas) lugares de predilección de la sífilis, ninguna lesión que la pusiera de manifiesto” (Bosch 1967, pp. 44-45).

Estos datos llevan a la conclusión de que no hay ningún signo evidente que demuestre la presencia de sífilis en Canarias antes de la conquista castellana (Pérez 1981, p. 34), al no haberse hallado “ninguna de las formas patológicas que la enfermedad produce en los huesos” (García C. 1993, p. 98).

Por este motivo, Bosch Millares (1962) refiere que los casos de gomas sífilíticas referidos por el doctor Verneau, en realidad obedecen a

...graduaciones de un proceso de osteítis desde la corrosión y socavamiento de la lámina externa hasta la destrucción del diploe con formación de sequestros, pero conservando todos ellos la lámina interna: osteítis producidas por los instrumentos de piedra,... (p. 77).

Pilar Julia Pérez (1981) atribuye la dificultad para determinar el origen de la sífilis y de otras infecciones entre la población indígena canaria, a la ambigüedad que presentan las fuentes históricas, manuscritas y documentales con respecto a su descripción e identificación, y especialmente a “la inespecificidad de las lesiones óseas que origina, que podrían asimismo atribuirse a otras afecciones, por lo que resulta poco claro su reconocimiento en restos esqueléticos” (pp. 33-34).

1.1.7.4. Reumatismo articular

La degeneración o reumatismo articular, que consiste en la “infección de las articulaciones grandes de los miembros, de las vértebras y de la articulación témporo-maxilar” (Bosch 1975, p. 109), es otra de las enfermedades cuyos síntomas se reflejan en los restos óseos de los indígenas canarios, puesto que algunos de los cráneos estudiados presentan lesiones en la articulación témporo-maxilar, y existen además varios esqueletos con lesiones vertebrales claramente identificables como reumáticas (Bosch 1962, p. 78).



Lesión artrósica de cadera. Fuente: Índice de ilustraciones (5)

La degeneración articular, también conocida como artrosis u osteoartritis, es la lesión más común que afecta a las articulaciones. Además, se trata de una de las patologías más antiguas y extendidas tanto en los animales como en los seres humanos, pues se hallan pruebas de su existencia en esqueletos del hombre de Neanderthal, alrededor de 40.000 años a.C., así como en varias especies animales, entre ellos fósiles de dinosaurios que datan de 200.000 años a.C. (García C. 1993, p. 119).

1.1.7.5. Osteomielitis

La doctora Pilar Julia Pérez (1981) afirma la existencia de varios casos de osteomielitis –con invasión séptica de la cavidad medular– en los restos analizados (p. 36). Sin embargo, Carlos García (1993) considera que el estudio de los huesos aborígenes no permite asegurar una presencia numerosa de esta enfermedad, consistente en “una invasión destructiva del hueso, periostio y médula, por una bacteria piógena” (p. 96).

Si se tiene en cuenta que la principal causa de infecciones directas del hueso es la fractura, resulta extraño el bajo número de casos de osteomielitis registrados, puesto que el principal tipo de patología padecida por los indígenas canarios es la de origen traumático y, “con esto, se dan los factores específicos para la producción de osteomielitis”. La explicación que da a este hecho el doctor García (1993) es que “se han encontrado entre nuestra flora autóctona, plantas de las que se han aislado antibióticos por lo que nadie puede asegurar que no fueran utilizadas por los primitivos habitantes de estas islas entre su arsenal terapéutico” (p. 97).

1.1.7.6. Otros procesos infecciosos

Además de la osteomielitis, en los maxilares de los aborígenes se hallan numerosos casos de enfermedades peria-picales –granuloma, absceso alveolar y quiste radicular– causados por bacterias, infección gingival, traumatismo en los dientes u otros agentes patógenos. Asimismo, la doctora Pérez identifica un caso de sinusitis crónica en un cráneo procedente del Barranco de Guayadeque (Pérez 1981, pp. 36-37).

1.1.7.7. Tumores óseos

La paleopatología canaria no puede ofrecer gran información sobre las lesiones tumorales padecidas por los indígenas canarios, puesto que el 75% de los restos óseos que se conservan corresponden únicamente a cráneos. Ésto es debido a que el interés exclusivo que hay por este elemento osteológico en el siglo XIX hace que se desprecien la conservación y el estudio del resto del esqueleto (García C. 1993, p. 107).

Los aborígenes padecen diversos tipos de neoplasias, pues sus huellas son fácilmente reconocibles en algunas alteraciones esqueléticas de los cráneos y huesos largos que conserva El Museo Canario (Pérez 1981, p. 38). Entre los tumores óseos identificados por Bosch Millares (1975) en los cráneos de El Museo Canario, se identifican casos de osteoma u exóstosis en el cráneo, de osteosarcoma en el maxilar inferior y de quiste óseo esencial en el húmero (pp. 125-126), mientras que Pilar Julia Pérez (1981) refiere dos casos de mieloma múltiple –tumor de médula ósea– en un cráneo de mujer de edad madura, procedente del Barranco de Guayadeque, y en un húmero masculino (p. 38).

Carlos García (1993), por su parte, observa en varios fémures una lesión benigna que, por similitud, se puede clasificar como un ganglión intraóseo o un defecto óseo cortical. También halla en varios fémures, tibias y pelvis, el tumor óseo benigno más común: el osteocondroma o exóstosis osteocartilaginosa solitaria. La mayoría de las veces, esta lesión no presenta síntomas, por lo que la frecuencia con la que se manifiesta siempre es superior al número de casos descritos (p.108).



Defecto óseo cortical. Tumoración benigna. Fuente: Índice de ilustraciones (5)

1.1.8. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS POR LOS INDÍGENAS CANARIOS

Las técnicas quirúrgicas más importantes empleadas por los primitivos habitantes de Canarias para curar sus dolencias son la sangría, la escarificación, la cauterización y la trepanación (Bosch 1962, p. 34). El principio sobre el que se asientan todas ellas es la idea ya mencionada anteriormente de que el dolor y las enfermedades son el resultado de la acción de espíritus demoníacos que se introducen en el cuerpo humano para causarle algún mal. El objetivo de estos procedimientos, tal y como se ve a continuación, es expulsar a esos demonios del organismo humano y, con ello, lograr la curación del enfermo.

1.1.8.1. Sangría

La sangría es el procedimiento terapéutico más importante y más utilizado no sólo durante la Prehistoria sino, también, durante toda la Historia de la Medicina, pues se considera el más efectivo para curar enfermedades y salvar vidas. Bosch Millares apunta la posibilidad de que los indígenas canarios adopten la práctica de la sangría de los egipcios. Este pueblo, según el historiador griego Herodoto, la aprende a su vez del hipopótamo, animal que, cuando come demasiado, fricciona su gruesa piel contra un objeto punzante hasta que brota la sangre (Bosch 1962, p. 35).

Sin embargo, el investigador de El Museo Canario considera más creíble la creencia primitiva de que al extraer la sangre del organismo, se piense que, de este modo, se expulsa al demonio causante de la dolencia. El alivio que experimentan con frecuencia los enfermos, debido a la disminución de tensión en los tejidos, se considera una prueba evidente de que los demonios quedan enterrados bajo tierra junto con la sangre extraída (Bosch 1962, pp. 35-36).

El lugar preferido para realizar la flebotomía es la vena del brazo y, en menor medida, la frente. Con respecto al tipo de dolencia que motiva la práctica de la sangría, Bosch Millares (1962) señala que "fue usada en los dolores de costado, disnea o sofocaciones de origen cardíaco o respiratorio, y en general, en las enfermedades de larga duración" (p. 35).

Otra técnica de sangrado utilizada por los indígenas canarios es la ventosa escarificada, construida con cuernos de animales y que aplican sobre incisiones practicadas previamente en la piel. Éstas se hacen bien con tabonas, hechas de pedernal u obsidiana pulidos y afilados, o bien con "piedras afiladas, conchas de crustáceos, trozos de huesos, espinas y dientes de animales acuáticos, a veces colocados en fila sobre un mango semejante a un peine para hacer varias escarificaciones a un tiempo". Si con esta ventosa no logran extraer la cantidad de sangre necesaria para aliviar los dolores del enfermo, recurren a trozos de plantas, de manera que colocan la parte más ancha de éstas sobre la piel y succionan por el lado más estrecho (Bosch 1962, p. 35).

Una tercera forma de extraer sangre de un enfermo, practicada desde la Antigüedad, consiste en el uso de sanguijuelas, si bien no hay constancia de que los aborígenes canarios recurran a ella, a pesar de encontrarse presente este animal en el Archipiélago (Bosch 1962, p. 36).

1.1.8.2. Escarificación

La escarificación es la intervención quirúrgica más habitual entre los aborígenes canarios, hasta el punto de que el 11% de los cráneos conservados en El Museo Canario son sometidos a este procedimiento. La alta frecuencia de su empleo se debe a la sencillez de la técnica y a la facilidad para realizarla, lo que disminuye el riesgo de complicaciones en comparación con otras cirugías (Bosch 1967, p. 49).

Consiste en "practicar incisiones en las partes blandas y superficie de los huesos para facilitar la salida de ciertos líquidos o humores o para aliviar cierta clase de dolencias" (Bosch 1975, p. 49), como pueden ser dolores de cabeza, convulsiones causadas por humores, por exceso de humedad del encéfalo o por congestiones, y cualquier otro mal ocasionado por espíritus malignos a los que hay que expulsar del cuerpo (Bosch 1975, p. 53).

Bosch Millares (1975) sostiene que los primitivos canarios llevan a cabo la escarificación con los instrumentos afilados que fabrican, como ya se ha indicado, con piedras puntiagudas, trozos de pedernal de bordes recortados y, en menor cantidad, pedazos de huesos, conchas de crustáceos y dientes de animales acuáticos, con los que cortan la piel y los tejidos subcutáneos hasta llegar al periostio del hueso. A esa profundidad, trazan una línea cuya longitud puede variar entre 1 cm y 7 cm, pero sin llegar a lesionar el diploe. Las pocas ocasiones en las que éste aparece dañado, es debido al desconocimiento de la persona que practica la operación o a la aplicación de una fuerza inadecuada sobre el hueso (p. 49).

Los huesos en los que se realiza esta intervención son, de mayor a menor frecuencia, el frontal, los parietales y el occipital (Bosch 1975, p. 49). Con frecuencia, el empleo de esta técnica se hace presente en cráneos en los que también se llevan a cabo cauterizaciones y trepanaciones, de lo que se deduce que cuando la escarificación no da el resultado deseado, se recurre a estas últimas operaciones, más complejas, con el fin de garantizar la curación del enfermo (Bosch 1975, p. 53).

Los resultados de los estudios osteológicos realizados sobre la práctica de la escarificación entre la población indígena canaria están confirmados, además, por diversos historiadores. Entre ellos cabe citar a Fray Juan de Abreu Galindo, quien en su obra *Historia de la Conquista de las Siete Islas de Canaria*, escribe sobre el empleo de dicha técnica para aliviar estos males. Sudhoff de Leipzig refiere un paisaje de Celso en el que se habla de una operación consistente en la práctica de incisiones en la sutura sagital y región frontal, cortando la piel de la cabeza hasta llegar a la superficie ósea, para tratar el catarro crónico de los ojos. Al mismo hecho se refieren, por una parte, Lehman Nitsche en relación al testimonio de Fray Juan Abreu Galindo, y, por otra, Chil y Naranjo en su obra "Estudios históricos, climatológicos y patológicos de las islas Canarias" (Bosch 1975, p. 53).

1.1.8.3. Cauterización

La cauterización, más benigna que la trepanación –intervención quirúrgica que se trata en el siguiente apartado–, comienza a practicarse en Europa durante el periodo Neolítico, y hay también constancia de su empleo en África (Bosch 1975, p. 65). Al igual que ocurre en los casos de la sangría y de la escarificación, los indígenas canarios usan esta técnica para expulsar del cuerpo humano a los espíritus demoníacos que se introducen en él, provocando enfermedades y dolencias de diversa índole (Bosch 1967, p. 77).

A pesar de la dificultad de reconocer las marcas de esta intervención en los restos conservados en El Museo Canario, debido a su similitud con otras lesiones de diferente etiología, existen numerosos cráneos en la citada institución a los que se asocia la práctica de esta técnica quirúrgica (Pérez 1981, p. 45).

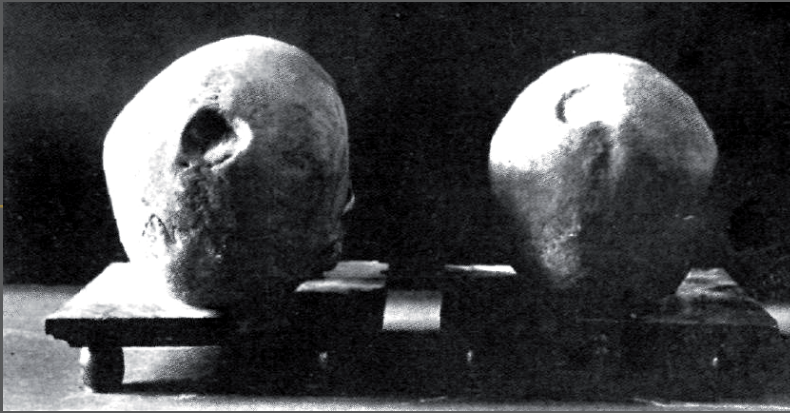
La cauterización se lleva a cabo "haciendo escarificaciones sobre el cuero cabelludo, después de afeitada la cabeza y los huesos del cráneo en sentido paralelo y muy próximos, o con orificios de trépano. Sobre ella vertían grasa caliente de cabra" (Bosch 1967, p. 77). Más detalladamente, Bosch Millares (1975) cuenta que

... para efectuar la cauterización se valían de instrumentos de piedra (basalto, sílex o pedernal y obsidiana) calentados al fuego. Con ellos incidían las partes blandas y el periostio, raspaban las láminas externa y el diploe de fuera adentro y con pequeños cortes oblicuos en el mismo sentido llegaban a darle la forma y profundidad convenientes. Una vez terminada la intervención quedaba el fondo rugoso como consecuencia de aquéllos o de la aplicación de raíces de junco empapadas en manteca de cerdo caliente para hacer más señalado su efecto (pp. 57-58).

Tal superficie irregular, llena de relieves y surcos destacados, es una de las características que permite identificar la práctica de la cauterización frente a otro tipo de lesiones (Bosch 1975, p. 57). También, es propia de esta intervención una cicatrización positiva y sin complicaciones infecciosas (Pérez 1981, p. 45).

Según Bosch Millares (1967), Abreu Galindo y otros historiadores citan entre los males para cuya solución los aborígenes emplean esta intervención a los siguientes: congestión, obsesiones, fracturas de cráneo, heridas por hondas (p. 77), dolores de cabeza causados por la humedad y el frío, algunos casos de neurastenia –aquéllas en las que se cree que el enfermo tiene piedras dentro de la cabeza–, melancolía, sinusitis, epilepsia y otros tipos de convulsiones (Bosch 1975, pp. 64-65).

Para finalizar, cabe decir que, en la mayoría de los cráneos adultos en los que se detecta la aplicación de esta técnica, las lesiones se observan cicatrizadas, por lo que Bosch Millares (1967) deduce que esta intervención se realiza sobre todo en niños y en jóvenes (p. 81).



Cauterización. Fuente: Índice de ilustraciones (6)

1.1.8.4. Trepanación

Los antiguos habitantes de Canarias, como tantas otras poblaciones del Neolítico, conocen y practican la trepanación, considerada la más antigua de todas las operaciones de cuya existencia se tiene constancia (Bosch 1975, p. 77). En Oceanía se realizan en pacientes vivos para curar heridas, mientras que los habitantes de Chaouia, región bereber del Atlas, y las tribus de Argelia recogen los fragmentos de huesos extraídos del cráneo para fabricar amuletos. Por su parte, los papúes de algunas regiones de Nueva Guinea y los polinesios de Samoa emplean cuchillos de sílex para, con trozos de coco, cerrar la entrada, mientras que en los países americanos de Perú y Bolivia la abertura se taponaba con pedazos de calabaza (Bosch 1962, p. 37).

La trepanación es la operación quirúrgica más delicada de las ejecutadas por los indígenas canarios y, por lo tanto, a la que se acude como última opción cuando la sangría, la escarificación y/o la cauterización no logran la curación del enfermo. No en vano, esta intervención es calificada como la más importante y la más dramática de las realizadas en este periodo de la Prehistoria. Por ello, el sometimiento de un enfermo a este procedimiento implica un gran valor y una gran fortaleza frente el dolor (Bosch 1975, p. 77), cualidades necesarias que, tal y como relatan distintos cronistas e historiadores, sin duda poseen los indígenas del Archipiélago Canario y, en particular, los de Fuerteventura: "Fuertes para los dolores físicos, soportaban los golpes sin quejarse, y en las operaciones que tenían que sufrir, por efecto de las enfermedades, demostraban un valor a toda prueba, despreciando altamente al que se quejaba de los males del cuerpo" (Chil y Naranjo 2006, p. 83).

Para llevar a cabo la trepanación, se emplean instrumentos de piedra –basalto, pedernal y obsidiana– en forma de cuchillos de hojas afiladas. Tras marcar una

...señal circular en la cara exterior del cráneo, incidían las partes blandas a profundidades distintas y abrían el hueso mediante un movimiento rápido y circular, bien raspándolo o rayándolo con cortes pequeños y oblicuos hasta darle el tamaño y hondura convenientes. En el primer caso obtenían pequeñas cúpulas que limitaban una o varias porciones semiesféricas de la calota craneana hasta extraerla, si la trepanación era completa, o le daban otras formas, sin arrancarla, si se trataba de las incompletas. Una vez finalizada procedían a regularizarla para dar a los bordes la forma de bisel o de pico anteriormente mencionados (Bosch 1975, pp. 80-81).

Así, las trepanaciones practicadas en Canarias se pueden clasificar en dos tipos: completas, cuando la masa encefálica permanece comunicada con el exterior, o incompletas, cuando no existe dicha conexión (Bosch 1975, p. 77). Actúan en cualquier espacio de la bóveda craneana, si bien el sitio idóneo y también el más usual son "los parietales derecho e izquierdo próximos al frontal, al cual daban forma triangular, oval y redonda". En general, eligen lugares alejados de venas y en los que la duramadre no está adherida a los huesos de la bóveda, lo que, en opinión

de Bosch Millares, demuestra que los «cirujanos» tienen nociones de Anatomía Humana. Sin embargo, también se encuentran cráneos trepanados en las suturas interóseas, con el fin de hacer sangrar lo máximo posible al paciente y, de esta forma, ayudar a la expulsión del espíritu diabólico causante de la enfermedad (Bosch 1975, p. 80).

En cuanto al tipo de dolencias ante las que se recurre a esta intervención, Bosch Millares (1975) indica que

...en nuestros casos parece haber sido hecha por fracturas, osteítis y traumatismos óseos del cráneo; es decir, en cuantos males se acompañaban de dolores de cabeza, vómitos, vértigos, dificultades en la marcha, ceguera, pérdida de la palabra y otros síntomas que hacían pensar en la existencia de algún proceso en evolución dentro de aquella región del esqueleto humano, lo que no es óbice para suponer que dada la escasez de cráneos trepanados, la vida del hombre prehistórico estaba dominada por influencias mágicas atribuidas a un demonio que se posesionaba del enfermo. De esta manera el espíritu maligno quedaba en libertad y el trepanado lograba su curación (p. 89).

Los indígenas de Canarias realizan trepanaciones tanto en enfermos como en cráneos de personas ya fallecidas. Ambos tipos se diferencian, entre otras razones, por el aspecto de los bordes (Bosch 1975, p. 86), ya que en el primero de los casos éstos están cicatrizados, mientras que, en el segundo de ellos, los márgenes no presentan cicatrización (Bosch 1962, p. 36). Otra diferencia existente entre estas dos clases de trepanación radica en su tamaño, pues si la intervención se realiza cuando el enfermo está vivo, la lesión oscila entre 1 cm y 5 cm, mientras que si aquél ya había fallecido, ésta mide entre 5 cm y 9 cm (Bosch 1967, p. 80).

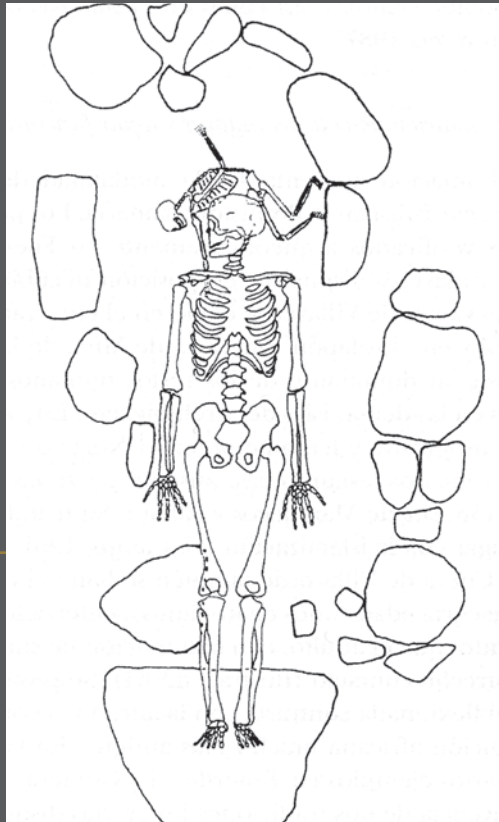


Trepanación. Fuente: Índice de ilustraciones (6)

Con respecto a la posible finalidad de la trepanación *post mortem*, existen varias hipótesis: una de ellas sostiene que el objetivo de esta práctica es extraer la masa cerebral, bien para convertirla en alimento o bien para poder introducir en el cráneo sustancias resinosas a fin de momificar el cadáver; otra teoría defiende que el hueso trepanado se corta en rodajas, denominadas "rondelas", que son convertidas en polvo, destinado a curar la sífilis; finalmente, una tercera teoría afirma que esos trozos de huesos se colocan a modo de trofeo en las entradas de las viviendas para alejar a los demonios (Bosch 1975, p. 89).

En cuanto a la primera opción, no existen evidencias que la constaten, pues en las momias de El Museo Canario, ni las fosas nasales —por donde se pueden extraer las vísceras— ni los músculos y ligamentos occipito cervicales son arrancados. Tampoco se encuentran rodajas óseas en los yacimientos aborígenes ni en las excavaciones arqueológicas, por lo que, en opinión de Bosch Millares, lo más probable es que "los trozos seccionados sirvieran para obtener polvo de hueso destinado al tratamiento de ciertas enfermedades, toda vez que la sífilis no existió en estas islas antes del descubrimiento de América" (Bosch 1975, p. 89).

Para concluir este apartado, cabe señalar que son veintitrés los cráneos trepanados que se encuentran en los enterramientos aborígenes, de los que cuatro corresponden a intervenciones completas y diecinueve a prácticas incompletas. Estas últimas muestran una buena evolución, lo que resulta llamativo si se tiene en cuenta que en esta época no se practica la esterilización necesaria ni se cuenta con los instrumentos apropiados. Es posible que el buen resultado de las operaciones se deba "a los cuidados prolongados y a la resistencia del organismo al trauma operatorio y a la infección, pues si bien en unos pocos se comprueban huellas de supuración como testigos de la reacción de defensa, éstas también se comprueban por la presencia de pequeños osteofitos en el círculo del orificio de la trepanación" (Bosch 1975, p. 90).



Rito de inhumación en la Cueva de Villaverde (La Oliva). Fuente: Índice de ilustraciones (22)

1.2. CONQUISTA CASTELLANA Y APARICIÓN DE ENFERMEDADES

A lo largo del siglo XV tiene lugar la conquista y anexión de Canarias al Reino de Castilla. Este proceso, que supone una ruptura total con respecto al modo de vida existente en el Archipiélago hasta ese momento, se lleva a cabo en dos etapas: la fase señorial y la fase realenga (Viña 1991, p. 132). La primera, se inicia en 1402 con la llegada de los normados a Lanzarote y finaliza alrededor de 1477 (Palenzuela 1991, p. 149). Durante este periodo de tiempo, las milicias normandas, al mando de Jean de Béthencourt y de Gadifer de la Salle, conquistan para la Corona de Castilla las islas de Lanzarote, Fuerteventura y El Hierro —poco pobladas y de fácil acceso—, y posteriormente expediciones castellano-andaluzas logran la dominación de La Gomera. Sin embargo, estas últimas fracasan en su intento de sometimiento de las islas restantes, Gran Canaria, La Palma y Tenerife, las más habitadas y accidentadas geográficamente (Viña 1991, p. 132).

En 1476 los Reyes Católicos acuerdan con el conquistador Diego García de Herrera concederle a éste el gobierno de las islas dominadas hasta ese momento, —Lanzarote, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro—, mientras que la Corona de Castilla asume directamente la conquista de Gran Canaria, Tenerife y La Palma, islas con más recursos y ante las cuales los medios militares y económicos de Diego García de Herrera resultan insuficientes (Roldán y Delgado 1970, p. 11). Se inicia así la etapa realenga de la conquista, que dura hasta 1496.

Estas dos fases en que se lleva a cabo la conquista del Archipiélago Canario determinan, pues, el establecimiento de dos grupos bien diferenciados: las islas de señorío —Lanzarote, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro—, gobernadas por un señor territorial, y las islas de realengo —Gran Canaria, Tenerife y La Palma—, que pasan a estar bajo el mando directo de la Corona. Esta división del Archipiélago será a su vez el origen de grandes diferencias sociales, económicas y políticas entre ambos grupos, que hacen que durante varios siglos las islas realengas experimenten una evolución que contrasta con el atraso que sufren las de señorío (Roldán y Delgado 1970, pp. 11-12).

Tales divergencias parten principalmente del modelo económico implantado, pues mientras las islas de señorío basan su economía en la explotación de las tierras propiedad del señor territorial y sus relaciones con el exterior dependen de las islas realengas, en estas últimas se produce un auge financiero gracias al monocultivo de la caña de azúcar, al tiempo que se establece una clase campesina autosuficiente (Tejera y González 1987, p. 170).

A pesar de esta distinción, tanto en unas como en otras se crea el mismo modelo municipal, el Cabildo o Concejo, cuyo ámbito de actuación abarca todos los asuntos políticos y económicos de la isla. Este esquema administrativo —salvo en los periodos de 1812-1814 y 1820-1823— se mantiene vigente hasta 1835, fecha en que se instauran en Canarias los ayuntamientos modernos, creados en virtud de la Constitución de 1812 (Suárez 1991, p. 242).

1.2.1. LA NUEVA SOCIEDAD MAJORERA

La conquista de Fuerteventura resulta menos dramática que la de otras islas como Gran Canaria o Tenerife, pues la inferioridad numérica de indígenas existentes en su territorio frente al importante número de hombres traídos por los conquistadores Béthencourt y Gadifer de la Salle hace que los dos reyes majoreros, Ayoze y Guize, acuerden una rendición pacífica por el bien de su gente. Con esto logran que sobrevivan la mayoría de los aborígenes (López 1987, p. 370); sin embargo, el escaso número de éstos y la intención de los conquistadores de crear un nuevo sistema social, hacen necesaria la repoblación de Fuerteventura mediante la llegada de colonos procedentes de diversas regiones (Serra Ràfols 1968, p. 409). Comienza así un proceso de adaptación y de integración que da como resultado la formación de una nueva sociedad, descendiente de la unión entre los indígenas y los primeros conquistadores y colonos, tal y como señala en el año 1694 Marín y Cubas (1986) (p. 9). De esta forma, se consigue paliar la escasez de habitantes de la mayoría de las islas, al tiempo que se da solución al exceso poblacional de Castilla y de Portugal (Tejera y González 1987, p. 171).

Estos nuevos pobladores proceden principalmente de Castilla —territorio que en el siglo XV agrupa a vascos, gallegos, leoneses y andaluces—; dado que la mayoría de ellos son campesinos, su principal dedicación la constituyen la agricultura y la ganadería. Otro grupo colonizador de gran importancia en Canarias son los portugueses, que se establecen por todo el Archipiélago, provenientes de varias ciudades de la Península, como Lisboa, Oporto, Braga o Coímbra y, sobre todo, desde la isla de Madeira y el Archipiélago de Cabo Verde. Las actividades que realizan abarcan la pesca, la agricultura (Tejera y González 1987, p. 171), la artesanía y el comercio, especialmente de esclavos (Suárez, Rodríguez y Quintero 1988, p. 61).

Finalmente, como colectivos minoritarios aunque de gran trascendencia social, se encuentran los comerciantes y prestamistas de procedencia fundamentalmente genovesa, florentina y, en menor medida, flamenca, todos ellos poseedores de grandes extensiones de terreno destinados a la agricultura y al cultivo de la caña de azúcar (Tejera y González 1987, pp. 171-172).

En Fuerteventura, en Lanzarote y en El Hierro, el principal aporte colonizador lo constituyen, en un primer momento, franconormandos⁵ y, posteriormente, andaluces y moriscos (Suárez et al. 1988, p. 55).

1.2.2. EMIGRACIÓN A LAS ISLAS REALENGAS E INCURSIONES BERBERISCAS

A pesar de la llegada de todos estos grupos colonizadores, la escasez de agua y de alimento, y las duras condiciones de vida impuestas por el régimen señorial hacen que desde 1402 hasta 1520, y con especial afluencia entre 1484 –año en que Gran Canaria es conquistada– y 1506 (Marín 1986, pp. 8-9), muchos majoreros y lanzaroteños partan de forma masiva con sus posesiones y sus ganados hacia las islas centrales, donde los cultivos de azúcar recientemente instaurados les suponen una actividad más llevadera que la que les ofrecen sus islas de origen (Quintana y Ojeda 2000, p. 25).

Tal llega a ser la ingente cantidad de emigrantes majoreros y lanzaroteños, que los señores de las islas orientales adoptan todo tipo de medidas para evitar las oleadas humanas que arriban a las islas centrales. Sin embargo, éstas no tienen éxito, pues las leyes castellanas permiten el movimiento de sus habitantes entre las diversas regiones que conforman el Reino (Marín 1986, pp. 12-13). Ante esta situación, los señores territoriales de Fuerteventura y de Lanzarote recurren a la vecina costa africana para repoblar ambas islas y, desde el siglo XV, comienzan las incursiones a este continente para capturar esclavos (Marín 1986, pp. 8-9), actividad que no cesa hasta principios del siglo XVII, tal y como demuestra "... un auto de prisión decretado por la Audiencia de Canarias en 1611 contra el gobernador de Fuerteventura y otros seis vecinos por haber ido a saltar a Berbería" (Anaya 1990, p. 175, citado en Lobo 1993, p. 18).

⁵La llegada de este importante contingente a Fuerteventura queda atestiguada por los apellidos de origen francés *Perdomo, Umpiérrez, Marichal, Melián, Denis o Betancor*, cuya presencia en la isla majorera es mayor que en el resto del Archipiélago (Serra Ràfols, 1968, p. 416).

CUADRO GENERAL DE LAS MIGRACIONES

Elementos para cada isla del Archipiélago

Lanzarote	1402 Franceses	1403 Castellanos	Siglo XVI Moros
Fuerteventura ...	Id.	Id.	Id.
El Hierro... ..	1404	Hasta 1450 Castellanos	Después, nada, probablemente
La Gomera	1425-1454 ¿Portugueses? Desde 1447, lanzaroteños	1487 Castellanos	Después, pocos inmigrantes
Gran Canaria ...	1484 Conquista castellana	A partir de 1484, inmigración general, con lanzaroteños, majoreros, portugueses, italianos, flamencos, judíos, negros, etc.	
La Palma... ..	1492 Castellanos ¿Canarios?	Luego, inmigración general: portugueses, flamencos, italianos, judíos, negros, etc.	
Tenerife	1495 Castellanos y "de las yslas"; canarios	Luego canarios, lanzaroteños, majoreros, portugueses, gomeros, judíos, negros, etc.	

Las medidas establecidas por Isabel la Católica para impedir la esclavización de los indígenas canarios (Rumeu 1947, citado en Lobo 1993, p. 15) llevan a los señores de Fuerteventura y de Lanzarote a hacerse con esclavos mediante incursiones o cabalgadas a la costa africana, a través de la compra de éstos a mercaderes portugueses, o por medio de expediciones a Cabo Verde y a Guinea (Lobo 1982, citado en Lobo 1993, p.15).

Tal y como señala Lobo Cabrera (1993), el primer contingente esclavo relevante en Fuerteventura es el bereber, localizado en el norte de África. Su captura comienza muy pronto, desde principios del siglo XV, pero mientras que Abreu Galindo (1997) señala a Jean de Béthencourt como el gobernante que inicia esta práctica en 1405 (citado en Lobo 1993, p.17), Rumeu de Armas (1947), por su parte, sostiene que el primer señor que trae esclavos berberiscos a Canarias es Diego García de Herrera (pp. 219 y 347, citado en Lobo 1993, p. 17) al que le siguen en esta práctica sus descendientes (Rumeu 1957, p. 147, citado en Lobo 1993, p.17).

Los esclavos berberiscos capturados son empleados como mano de obra para trabajar en el campo, bien plantando y ocupándose de los cultivos, bien cuidando el ganado. También, son utilizados como guías en posteriores incursiones a la costa africana para aprovechar sus conocimientos del terreno y así poder localizar con facilidad los núcleos humanos. Algunos presos moriscos, principalmente los poseedores de un mayor estatus social, son canjeados posteriormente en rescates por esclavos negros en una proporción generalmente de dos a uno, aunque a veces se obtienen más. De esta forma, coexisten en Fuerteventura esclavos berberiscos y negros. Estos últimos se encuentran en la isla desde el siglo XVI, procedentes de rescates o tras haber sido comprados en otras islas del Archipiélago. Sin embargo, es durante el siglo XVII, momento en que se prohíben las cabalgadas a Berbería, cuando su número aumenta considerablemente, y se obtienen a través de los comerciantes esclavistas portugueses (Lobo 1993, pp. 18-19).

Gracias a la información proporcionada por el vicario y capellán de la isla, Ginés Cabrera de Betancor en 1595, hay constancia de que a finales del siglo XVI los moriscos de Fuerteventura, pese a su elevado número, ya son personas libres como el resto de habitantes. En el preámbulo del padrón de moriscos residentes en la isla, elaborado por orden del Tribunal de la Inquisición, Cabrera de Betancor indica que, durante los sesenta años precedentes, obtienen la libertad trescientas casas de moriscos en Fuerteventura y Lanzarote⁶ (Millares, fs. 38-41, citado en Lobo 1993, p. 18). En cuanto a la cantidad total de moriscos que viven en la isla, dicho padrón revela que este colectivo representa el 15,3% de la población majorera (Lobo 1993, p. 18).

1.2.3. ATAQUES PIRATAS

Antes de la conquista, Canarias se convierte en objetivo de numerosos ataques de piratas mallorquines, andaluces y portugueses, entre otros. Tras su anexión a la Corona de Castilla continúan este tipo de invasiones, que no cesan hasta finales del siglo XVIII. En esta época, son llevadas a cabo por piratas y corsarios franceses, ingleses, holandeses y berberiscos, quienes causan estragos en las islas en multitud de ocasiones (Anaya 1987, p. 123). De todos estos colectivos, Anaya Hernández (1987) considera que

...el más peligroso fue sin duda el norteafricano, y esto por dos motivos: primero, porque al contrario que los otros países europeos, no dieron nunca un momento de tregua al imperio español, y en segundo lugar porque los demás enemigos solían buscar sólo el dinero o productos valiosos y en rara ocasión se llevaban barcos o personas. En cambio los norteafricanos, venían expresamente a cautivar cristianos como manifiestan en sus declaraciones cuando son hechos prisioneros, y además con frecuencia también se llevaban los barcos para reciclarlos como barcos corsarios o utilizar sus materiales (p.124).

Si bien todas las islas son víctimas de los ataques piráticos, las más perjudicadas por éstos son Fuerteventura y Lanzarote, debido a varias razones. Entre ellas se encuentran su mayor proximidad a la costa africana y, especialmente, su larga extensión y múltiples caletas, que dificultan la labor defensiva. A estos factores hay que sumar el carácter de represalia que tienen las primeras expediciones berberiscas a las islas, pues, en sus comienzos, estas invasiones están motivadas, en gran medida, por el deseo de vengar la captura y posterior esclavización de moriscos por parte de los señores de Fuerteventura y Lanzarote mediante las cabalgadas a Berbería (Anaya 1987, pp. 124-125).

⁶Durante los primeros tiempos, y a pesar de haber sido cristianizada, la población berberisca traída de África vive apartada del resto de la sociedad majorera y lanzaroteña; además, mantiene numerosos elementos de su lengua, de su religión y de sus costumbres (Fajardo 1995, pp. 269-271).

Las invasiones que sufre Canarias desde el siglo XV y durante las siguientes centurias afectan a numerosos aspectos de su realidad, entre ellos a su geografía humana. Cuando Jean de Béthencourt establece la capital de Fuerteventura en Betancuria —localidad a la que da su nombre—, entre los motivos de su elección se encuentran, además de su localización en uno de los valles más fértiles de la isla —con abundancia de agua y de vegetación—, su enclave alejado de la costa y rodeado de montañas, que la mantiene resguardada de los ataques piratas tan frecuentes en este siglo y en los siguientes (Roldán 1968, p. 25, citado en López 1987, p. 370).

Pero esta situación no sólo afecta a Fuerteventura, sino también a otras islas del Archipiélago, como Lanzarote, Tenerife o El Hierro, cuyas primeras capitales, Teguiise, San Cristóbal de La Laguna y Valverde —esta última lo sigue siendo— se hallan en zonas de interior. Hay que esperar hasta el siglo XIX para que la mayoría de las capitales insulares se implanten en la costa, como consecuencia de la importancia del comercio en detrimento de la agricultura, y una vez que desaparece el peligro de invasiones extranjeras (López 1987, p. 370).

Sin embargo, y a pesar de su enclave aislado y protegido, Betancuria no logra evitar ser víctima de los ataques berberiscos. De éstos, el más notable es el protagonizado por el corsario Xabán en 1593, año en el que se adentra en la isla y arrasa la villa destruyendo, entre otros edificios, la iglesia de Santa María de Betancuria y el Convento de San Buenaventura, el primero que se construye en Canarias (Rumeu 1975, p. 338, citado en López 1987, p. 378). El historiador y arcediano de Fuerteventura del siglo XVIII, Joseph de Viera y Clavijo (1982a), narra así este episodio:

Corría el año de 1593, cuando se echó sobre Fuerteventura una armadilla de corsarios berberiscos, mandada por el moro Xabán, famoso arráez de aquellos tiempos. Este jefe hizo desembarcar hasta 600 hombres armados que, habiendo marchado a la villa de Betancuria sin encontrar mucha oposición, quemaron los edificios, saquearon el país y redujeron a ceniza los pajeros o graneros de trigo de aquella comarca (p. 817).

El asalto a Betancuria tiene efectos desastrosos no sólo para sus habitantes, a quienes el corsario hace prisioneros, llevándose a sesenta de ellos. Además, el posterior estudio de la historia majorera sufre los efectos de dicha invasión, pues al ser quemada la villa, se pierden para siempre la mayoría de los documentos existentes en ella, como los protocolos notariales, hecho que limita enormemente el conocimiento que se tiene sobre Fuerteventura en el siglo XVI (Lobo, 1993, p. 16).

1.2.4. NUEVOS NÚCLEOS DE POBLACIÓN

Además de Betancuria, la capital de la isla, los primeros y más importantes núcleos de población que se crean en Fuerteventura tras la llegada de los conquistadores normados y castellanos son Vega de Río Palmas, Valle de Santa Inés, Pájara, Antigua, Tuineje, Tetir y La Oliva (Roldán 1968, p. 25). En todos los casos se trata de pueblos de interior, resguardados de posibles ataques piratas, y situados en las tierras más feraces de la isla (Roldán y Delgado 1970, p. 33-34) para poder dedicarse a la agricultura, que es durante varios siglos la actividad económica principal, tal y como se comenta en el siguiente apartado.

De las localidades majoreras destaca la ausencia de “vocación urbanita” (López 1987, p. 384), tal y como indica allá por 1590 el ingeniero cremonés Leonardo Torriani (1978) al referirse a Betancuria: “Tiene 150 casas, fabricadas rústicamente y sin orden” (p. 84). De hecho, en esta época y durante varios siglos, las estructuras poblacionales más comunes en Fuerteventura son los pueblos diseminados y, dentro de ellos, la dispersión de casas alrededor de los cultivos y la alineación de éstas en lugar de calles propiamente diseñadas, tal y como ocurre en Betancuria, Antigua o Pájara (López 1987, p. 384).

En cuanto al número de habitantes majoreros en el siglo XVI, como se ha comentado con anterioridad, la cantidad de indígenas en Fuerteventura es muy escasa cuando comienza la conquista castellana. Cuando ésta concluye, la población sigue siendo poco numerosa y apenas aumenta durante los siglos XV y XVI (Quintana y Ojeda 2000, p. 25), debido fundamentalmente a las sequías, malas cosechas, hambrunas, epidemias, ataques piratas y emigraciones a las islas centrales (Cabrera 1996, p. 98).

Los primeros datos que se tienen sobre la población de Fuerteventura en el siglo XVI los aporta el Tribunal de la Inquisición, cuyo recuento de 1567 arroja una cifra de 280 familias, equivalentes a unos 1.400 habitantes y que se localizan principalmente en la capital, Betancuria (Díaz R. 1991, p. 269). En 1585, la población insular experimenta un retroceso, pues un documento diocesano solicitado por Felipe II en 1577 informa de que la isla cuenta con 219

vecinos o familias, de las que 100 residen en la capital (Fernández L. 1975, pp. 114-115, citado en López 1987, p. 379). La conversión de vecinos en habitantes da como resultado una cantidad de 400 a 450 majoreros residentes en Betancuria, y entre 876 y 985 en otros núcleos de la isla (Sánchez, p. 76, citado en López 1987, p. 379).

Estas cifras son corroboradas por Leonardo Torriani (1978), quien en su obra escrita alrededor de 1590, *Descripción e Historia del Reino de las Islas Canarias*, comenta de Fuerteventura que "...en toda esta isla no hay más de dos mil almas, de las cuales solamente trescientas personas pueden pelear;..." (p. 86).

1.2.5. ACTIVIDAD ECONÓMICA

"...se confirma la afirmación realizada en el siglo XVI,
en donde se señalaba que tanto Lanzarote como
Fuerteventura, tenían mucha abundancia de pan y ganados,
«y así muchas veces se lleva a todas las demás islas
y a la de la Madera»"

Manuel Lobo Cabrera y Germán Santana Pérez

El Comercio en Fuerteventura en el Siglo XVII, 1996

1.2.5.1. Agricultura

Tras la conquista castellana, la agricultura se erige en la principal actividad económica de la isla, seguida de la ganadería. Si bien esta última ya es conocida por los indígenas majoreros, la primera llega a la isla a comienzos del siglo XV de la mano de Jean de Béthencourt, quien trae con él campesinos normandos que, una vez instalados, reproducen las técnicas agrícolas utilizadas en su tierra de origen. Posteriormente, la llegada de los señores Diego García de Herrera y Pedro Fernández de Saavedra, acompañados de colonos andaluces de tradición labradora, termina de afianzar el predominio agrícola en la isla. Esto tiene fatales consecuencias para la población majorera en el futuro, pues una economía basada casi exclusivamente en el cultivo de la tierra, en un ecosistema caracterizado por la aridez del terreno y la escasez pluvial, da lugar a numerosos periodos de sequía, hambre y emigración durante varios siglos. A esto hay que sumar otros factores negativos para el desarrollo de Fuerteventura como su aislamiento, la ausencia de comercio exterior o los impuestos abusivos de los señores de la isla y de la Iglesia (López 1987, pp. 370-371).

Todos estos elementos, unidos a las invasiones piráticas, hacen que durante los siglos XVI, XVII y XVIII Fuerteventura apenas evolucione y sufra frecuentes hambrunas que provocan altísimas cifras de mortandad y salidas masivas hacia otras islas, razones por las que el número de habitantes de la isla durante estos siglos está sujeto a constantes variaciones y recesiones en función de la situación del momento. Hay que esperar hasta bien entrado el siglo XIX para que estas circunstancias negativas disminuyan y la población majorera se estabilice (Quintana 1995, p. 51).

Sobre la agricultura majorera en el siglo XVI, el religioso Abreu Galindo (1977) cuenta lo siguiente a principios del siglo XVII:

Cógese en estas dos islas [Fuerteventura y Lanzarote] mucho trigo, algo moreno y menudo, que trajo Diego de Herrera de Berbería, que llaman *morisquillo*; y de una fanega de sementera se cogen sesenta y setenta fanegas de trigo, y a veces ciento más. Y también se coge mucha cebada, que es su mantenimiento más común (p. 61).

Los principales cultivos que se obtienen tanto en Fuerteventura como en Lanzarote durante los siglos XVI al XVIII son, de mayor a menor importancia, el trigo, la cebada y el centeno; su producción en los años de lluvias regulares es tan abundante que parte de ella sirve para proveer a las islas realengas del grano que les falta para poder alimentar a todo el conjunto de su población (Santana 1995, p. 141).

Y es que desde el momento mismo en que se concluye su conquista, a principios del siglo XV, Fuerteventura y Lanzarote se convierten en proveedoras de cereal para otras islas, pues, a pesar de que sus condiciones climáticas no son las más adecuadas para esta función, son las primeras en ser reorganizadas económicamente. Además,

durante la conquista de las islas realengas, a finales de la misma centuria, se hace necesario proveer de alimento al contingente que toma parte en la empresa bélica. De hecho, en el caso de Tenerife, la escasez de comida llega a ser tan preocupante que esta isla "...incluso emprendió expediciones armadas para obtener cereales" (Santana 1995, p. 163).

Un siglo después, a finales del XVI, y ya incorporado a España todo el Archipiélago, el envío de grano desde las dos islas orientales a las realengas, especialmente a Tenerife, se intensifica, debido a la pérdida en éstas de suelo dedicado al cultivo de cereales, que implica una menor producción de los mismos (Macías 1978, p. 25, citado en Santana 1995, p. 163).

El motivo de tal disminución de las cosechas cerealísticas radica en la importancia que en Gran Canaria, en La Palma y sobre todo en Tenerife adquiere la exportación de vino a Europa. Esta actividad comercial requiere de grandes extensiones de terreno para el cultivo de la vid, que son obtenidas utilizando las tierras hasta ese momento dedicadas al cultivo de cereales. Si a esto añadimos que los medios de producción agrícola propios del Antiguo Régimen requieren de una gran cantidad de personas para realizar las tareas del campo (Santana 1995, p. 142), resulta obvio que la cantidad de cereal que se produce en las islas realengas resulta insuficiente para mantener a su población, por lo que se hace necesario recurrir a las dos islas orientales, Fuerteventura y Lanzarote, menos pobladas y con una economía dedicada principalmente a la agricultura cerealística.

Las consecuencias de esta articulación económica del Archipiélago son puestas de manifiesto por Juan Manuel Santana Pérez (1995):

Al mismo tiempo, para que el cultivo exportador alcance mayor rentabilidad, requiere asegurar el alimento diario de sus empleados a un bajo costo, lo que motivará una política desequilibrada de la Real Audiencia y de la Comandancia General a favor de las islas centrales bajo el discurso de la solidaridad interinsular. Por tanto, se fraguará un intercambio desigual correspondiente a las exportaciones y en torno al cual aparecerá un grupo de intermediarios que sacará suculentas partidas de dinero. Con estos intercambios tendremos que se producirá un desarrollo desigual de las distintas islas canarias que a su vez creará zonas diferenciadas a nivel geográfico y en consecuencia la marginación de unos espacios. Por tanto, creemos que es válido hablar de una división interinsular del trabajo y en torno a este fenómeno existirá una interdependencia del conjunto del Archipiélago. Sin duda aquí están las bases de la actual configuración de la realidad canaria, tanto a nivel económico como político y social (p. 142).

Como bien indica Santana Pérez, este papel de Fuerteventura como proveedora de alimento de las islas realengas es incentivado por el estamento gobernante de la isla, el cual percibe importantes beneficios económicos y aumenta su poder de influencia a costa del empobrecimiento progresivo de los recursos naturales de la isla. De dicho grupo oligárquico, Quintana Andrés (1995) señala que "Esta élite social acaparaba tanto los cargos públicos de la isla como las rentas generadas en ella, compartiendo parte de estas últimas con los grupos de poder asentados en La Laguna y Las Palmas —caso del diezmo eclesiástico—" (p. 51).

Además del cultivo de cereales, en la producción agrícola de Fuerteventura también destaca la recogida y exportación de orquilla, actividad que comienza desde la llegada de los nuevos pobladores europeos a la isla. De hecho, algunos historiadores opinan que, entre los motivos por los que Jean de Béthencourt emprende la conquista de Canarias, se encuentra el deseo de comerciar con esta planta, tan apreciada como colorante textil, para enviarla a su localidad natal, Grainville-La-Teinturière. La orquilla puede considerarse el primer producto de la agricultura majorera que se exporta fuera del Archipiélago, y el único, durante más de un siglo (Roldán y Delgado 1970, p. 34), tal y como atestiguan los autores del siglo XVI Juan de Abreu Galindo (1977): "Cógese en esta isla mucha orquilla, más que en todas las demás islas [...]...que se navega a muchas partes" (pp. 60-61) y Leonardo Torriani (1978): "También se recogen aquí 8000 pesos de orquilla, que se transporta a España, a Italia y a Francia" (p. 71).



Recolección de orchilla. Grabado de Sinfiorano Bona, 1866. Fuente: Índice de ilustraciones (8)

1.2.5.2. Ganadería

Tras la agricultura, la ganadería constituye la segunda actividad económica más importante de Fuerteventura en el siglo XVI, así como durante todo el Antiguo Régimen. Y al igual que los cereales, el ganado mayorero se convierte, junto con el de Lanzarote, en objeto de un comercio regular que tiene como principal destino las islas realengas, pues el progresivo aumento de la población de éstas, unido a la ampliación de terrenos para la viticultura, provoca un incremento de la demanda no sólo de grano, sino también de carne y de productos lácteos, además de medios de transporte. Esta necesidad es satisfecha mediante la importación de reses provenientes de Fuerteventura, negocio del que obtiene grandes beneficios la oligarquía mayorera, por lo que, desde principios del siglo XVII, la explotación de los recursos económicos de esta isla se hace, en palabras de Pedro Quintana (1995), imparable (p. 52).

En cuanto a la cantidad y el tipo de ganado existente en Fuerteventura en el siglo XVI, Abreu Galindo (1977) escribe lo siguiente a principios de la centuria:

...hay mucho ganado de cabras y ovejas y vacas. [...] Hay en ella más de cuatro mil camellos, y grandísimo número de asnos salvajes. El año 1591 se mandó hacer una mortería, por el mucho daño que hacían en la tierra, con muchos lebreles, y con mucha gente de a caballo, y la tierra apellidada; y mataron más de mil quinientos asnos, que fueron manjar de cuervos y guirres, de que hay mucha abundancia en estas islas. [...] El ganado desta isla de Fuerteventura es el más sabroso de todas las islas; el cual anda suelto por toda la isla;... (pp. 59-60).

Otro testimonio sobre el ganado de Fuerteventura en el siglo XVI, en este caso a finales del mismo, es el del italiano Leonardo Torriani (1978):

Tiene abundancia de cebada y de trigo y de ganados; y de una relación hecha por gente principal de la isla resulta que tiene 60.000 cabras y ovejas juntas, 4.000 camellos, 4.000 burros, 1.500 vacas y 150 caballos de monta, además de otros infinitos caballos que son casi tan buenos como los de Lanzarote; de modo que esta [sic] tiene más de 70.000 cabezas de ganado salvaje. Tiene también verracos con cuatro, y hasta con siete cuernos, como el Lanzarote; y algunos de ellos nacen con cinco patas, de las cuales una sale debajo del vientre (p. 71).

Un número tan ingente de cabezas de ganado, especialmente caprino, y el hecho de que se encuentre diseminado por toda la isla, es una característica de la cultura económica majorera que data de la época prehistórica, tal y como se comenta en el primer capítulo del libro. Este modelo de subsistencia se mantiene e incluso se intensifica tras la llegada de los nuevos pobladores castellanos y europeos, lo que conlleva

...a largo plazo, unas consecuencias desastrosas para el entorno, en tanto que el pastoreo intensivo basado en la especie caprina supone una estrategia ambientalmente destructiva, debido al sobrepastoreo y al asolamiento de la cubierta vegetal, así como por la superpoblación animal, que acentúa sus efectos nocivos. La capacidad depredadora del ganado caprino en una zona de escasas precipitaciones repercutiría inexorablemente en la aridificación del territorio, erigiéndose en principal factor desencadenante de la secular aridez de la isla y del fenómeno de extinción de numerosas especies florísticas (Cabrera 1993, pp. 46-47).

Esta progresiva desertización de la isla, si bien no es tan acusada en el siglo XVI como lo es en la actualidad, sí que empieza ya a manifestarse a lo largo de esta centuria, tal y como se puede apreciar al compararla con la vegetación de la isla a principios de siglo: "Esta isla de Fuerteventura es más abundosa de aguas [que Lanzarote], y tiene algunas fuentes, y hay algunos árboles, como son tarajales, acebuches y palmas; y lo que en ella se planta se da muy bien. Son éstas [sic] dos islas abundantísimas de yerbas y muy olorosas flores;..." (Abreu 1977, p. 59) y a finales del mismo: "Tiene pocas aguas y pocos árboles, con excepción de un valle agradabilísimo, lleno con palmas salvajes" (Torriani 1978, p. 70).

1.2.6. NUEVAS ENFERMEDADES Y SU TRATAMIENTO

"Una circunstancia es común a todas las jurisdicciones de las islas: la pureza de la atmósfera de cada una de ellas es la propia del Atlántico, pues gracias a su movilidad incesante y ventilación la materia orgánica es escasísima. Pero en el transcurso de los años el aislamiento de las Canarias ha ido perdiendo mucho de su valor climatológico, ya que, colocadas en el cauce de las corrientes comerciales de Europa con el África y la América del Sur, fueron y son el punto obligado de escala para la navegación intercontinental, lo que ha hecho sacrificar al lucro de muchas de sus condiciones higiénicas. De esta manera, los navegantes van dejando algo de lo que traen, malo o bueno, encareciendo y viciando el medio climatológico, tierra, agua y atmósfera, cuya influencia en la historia de la medicina es evidente"

Juan Bosch Millares

Historia de la Medicina en Gran Canaria, 1967

La conquista castellana y el contacto comercial o de otra naturaleza con otras naciones europeas y con América, no sólo implica la formación de una nueva estructura social y la importación de nuevas costumbres. También supone la llegada a Canarias de enfermedades desconocidas hasta ese momento y que se propagan rápidamente por todo el Archipiélago, como consecuencia del escaso desarrollo de la Medicina y de la higiene en esta época. Estas "nuevas" enfermedades son las de transmisión sexual, especialmente la sífilis, la peste y la lepra (Bosch 1967, p. 130), y sus consecuencias resultan devastadoras para la población indígena, cuya falta de defensas en su sistema inmunitario frente a estos agentes patógenos desconocidos provoca muertes masivas (Tejera y González 1987, pp. 174-175).

1.2.6.1. Lepra

Los estudios de paleopatología realizados por el doctor Juan Bosch Millares sobre los restos aborígenes que se conservan en El Museo Canario, concluyen que los indígenas canarios no padecen la lepra, pues no se hallan en los huesos las marcas propias de la osteopatía leprosa, ni en su forma atrófica degenerativa ni en su forma de lesiones por tracción de los ligamentos y los músculos (Bosch 1967, p. 133).

Tampoco existe esta enfermedad en América, adonde es llevada desde la Península Ibérica en las numerosas travesías que parten hacia el Nuevo Continente tras los viajes de Cristóbal Colón. Los primeros brotes de lepra que se registran en América aparecen en Colombia en 1543, procedentes de Andalucía; en Cuba, procedentes de Valencia y, en Brasil, procedentes de Portugal. Desde estos tres países la enfermedad se extiende lentamente al resto del continente, debido al mercado de esclavos negros traídos desde África (Bosch 1967, pp. 133-134).

En Canarias, la lepra hace su aparición en el siglo XV, junto con los conquistadores y colonizadores procedentes de Castilla y de otras regiones de Europa, donde a finales de la Edad Media esta dolencia se convierte en una terrible epidemia. Tan rápidamente se extiende la lepra por el Archipiélago (Bosch 1967, p. 134), que en muy pocos años el Gobierno castellano indica que esta región es una de las más afectadas de sus territorios (Bosch 1950, p. 62, citado en Santana 2005, p. 71) por lo que se crea en Gran Canaria el Hospital de San Lázaro, centro benéfico destinado a dar asilo a todos los canarios afectados por la enfermedad y a aislarlos del resto de la sociedad para evitar la expansión de este mal (Bosch 1967, p. 134). El citado centro, mandado a edificar por los Reyes Católicos, constituye uno de las primeras instituciones públicas que se crean en el Archipiélago Canario (Bosch 1967, p. 139).

La construcción del Hospital de San Lázaro no sólo tiene como objetivo la atención a estos enfermos e impedir el contagio de personas sanas; también persigue acabar con "... el espectáculo de ver a los leprosos errantes por las calles, desterrados de la sociedad humana, condenados a una muerte civil por la inspección médica, viviendo en chozas en despoblado, y dando aviso de su aproximación por el toque del cuerno o de la campanilla". Su aspecto es el de muertos errantes cubiertos desde la cabeza hasta los pies para ocultar las numerosas llagas del cuerpo, y portan en la mano la conocida como «campanilla de Lázaro», que hacen sonar para que la gente no se acerque a ellos (Bosch 1967, pp. 134-135).

La Instrucción de Corregidores establece la prohibición de que los enfermos leprosos transiten por las calles y los obliga a permanecer reclusos en el Hospital de San Lázaro (Bosch 1967, p. 139). Sin embargo, el número de internos de este centro no supera las quince personas, por lo que resulta imposible saber la cantidad de leprosos que fuera del edificio se hallan en contacto con otros habitantes, sin recibir atención ni tratamiento e incumpliendo la normativa existente al respecto (Bosch 1967, pp. 139-140).

Los síntomas descritos de esta enfermedad incluyen dolores a los que les sigue la aparición de "berruxas" en el vientre —donde pueden alcanzar un gran tamaño—, en la cara o en las extremidades; en el caso de golpes, heridas o traumatismos, dichas "berruxas" pueden producir llagas. El tratamiento utilizado es muy limitado y consiste en tisanas, cataplasmas y frotamientos con mercurio. Esta última medida sugiere la posibilidad de que la lepra llegue a ser confundida entonces con la sífilis, pues las fricciones mercuriales son el remedio habitual que se emplea en esta época para esta otra dolencia (Bosch 1967, p. 140).

1.2.6.2. Sífilis

Respecto a la sífilis y a su presencia en Canarias antes de la conquista castellana, los estudios realizados en los esqueletos y cráneos de El Museo Canario no revelan ningún signo que ponga de manifiesto su existencia entre los indígenas canarios ni tampoco tras el proceso colonizador, de lo que se deduce que la aparición de esta enfermedad en el Archipiélago se produce como resultado de los viajes transatlánticos entre Europa y América (Bosch 1967, p. 135).

La paleopatología egipcia tampoco encuentra marcas de esta enfermedad entre las diez mil momias que se conservan en Egipto —nación emparentada con el pueblo aborigen canario—, anteriores a la época bizantina, y de entre los millones de huesos del período Neolítico examinados por el profesor francés Vallois, sólo dos de ellos, encontrados en cuevas de la localidad francesa de Marne están afectados por la sífilis. Estas circunstancias llevan a varios investigadores, entre ellos Juan Bosch Millares, a inclinarse por la teoría de que la sífilis llega a Canarias y a Europa procedente de América, tras los viajes de Colón a este continente (Bosch 1967, pp. 135-136).

La sífilis es mencionada por primera vez en los libros de Medicina en la última década del siglo XV, época en que se transmite a gran velocidad por toda Europa, bajo el nombre de *Morbus gallicus*, que significa "mal francés". A comienzos del siglo XVI, la sífilis es la enfermedad contagiosa más extendida en Europa, hasta el punto de que llega a constituir una pandemia y provoca auténticos estragos en gran parte del continente, especialmente entre las clases altas. Su alta incidencia queda reflejada en la gran cantidad de denominaciones que recibe: lúes, venéreo, enfermedad de Venus, peste de Venus, mal alemán, mal napolitano, viruela española y *morbus gallicus* o morbo gálico (Bosch 1967, pp. 135-136).

En esta época son varias las causas que se establecen como desencadenantes de la sífilis, entre ellas, las debidas al contacto sexual entre un leproso y una prostituta, al envenenamiento de las fuentes de Nápoles por parte de los virreyes españoles o a la carne humana ingerida en Francia de forma cotidiana. Tras extenderse hasta convertirse en pandemia, el médico y poeta italiano Girolamo Fracastoro es el primero en advertir la naturaleza venérea de la sífilis, enfermedad que describe en su poema de 1530 *Syphilis sive Morbus Gallicus*, cuya traducción sería "Sífilis o el mal francés" y donde aparece por primera vez su nombre actual (Bosch 1967, p. 140).

La sífilis se caracteriza por la aparición de múltiples ulceraciones en diferentes zonas del cuerpo. Cuando se extiende por toda Europa, después de la llegada de Colón a América, los médicos españoles son los primeros en emplear remedios para tratarla, gracias a la influencia árabe. Puesto que en la medicina árabe se utiliza ya el mercurio para eliminar parásitos, los facultativos en España comienzan a emplear el mercurio, tanto en frotamientos como ingerido, hasta provocar que el enfermo babeo, se le aflojen los dientes y escupa profusamente. El número de libras de baba que éste expulsa, determina si el paciente está curado (Bosch 1967, pp. 140-141).

Avanzado el siglo, la sífilis va perdiendo su carácter de malignidad, no sólo por los efectos del medicamento citado, sino por los conocimientos vegetales que se vienen empleando con anterioridad. Tras la llegada de los españoles a América, se descubren en este nuevo continente el guayaco, la raíz de China o *Similax lanceolata*, la zarzaparrilla y el sasafrás, todos ellos productos vegetales que se llevan a España para el tratamiento de la enfermedad. El más usado es el guayaco, al que los españoles denominan Palo de las Indias y Palo Santo, y que es transportado a España desde Santo Domingo, isla donde Nicolás Pol, médico del emperador Carlos V, publica en 1517 un tratado sobre el empleo de este "árbol de la maravilla" en el tratamiento de la sífilis. La forma de tomar el guayaco es como infusión caliente, diariamente, durante casi un mes, pues se piensa que el sudor producido al ingerir este bebida es lo que hace que el enfermo sane de esta dolencia (Bosch 1967, p. 141).

En los hospitales de Gran Canaria se empieza a utilizar el mercurio a modo de unción para provocar el babeo, pero este método se emplea en pocas ocasiones, debido al escaso número de enfermos sífilíticos. Posteriormente, se acude al uso del guayaco y de la zarzaparrilla, importados de la Península (Bosch 1967, p. 141).

1.2.6.3. Peste

En la época antigua se emplea el término "peste" para designar a cualquiera de las grandes enfermedades epidémicas, y no es hasta la segunda mitad del siglo XIV cuando se identifican los rasgos propios de esta dolencia, llamada «muerte negra» por sus terribles síntomas. Oriunda de Asia, la peste provoca entre 30 y 40 millones de muertos en este continente y en África, y a mitad del siglo XIV llega a Europa, donde perecen a consecuencia de ella unos 25 millones de personas, equivalentes a la tercera parte de la población. Los países europeos más diezmados por esta enfermedad son Francia, Italia, Inglaterra, Islandia y España, donde la peste aparece en Barcelona en los años 1501, 1506 y 1507 (Bosch 1967, p. 130).

Canarias no se libra de esta enfermedad, pues las travesías que se realizan desde la Península, donde se extiende por completo, traen inevitablemente la peste al Archipiélago (Bosch 1967, p. 131). Los escritores Viera y Clavijo, Marín y Cubas, Pierre de Cenival y Frédéric de la Chapelle recogen en sus obras, según escribe Bosch, brotes epidémicos que se producen en las islas a finales del siglo XV y a lo largo del siglo XVI, y que unas veces reciben el nombre de «pestilencia» y otras el de «modorra», por considerar que se trata de dos enfermedades diferentes, aunque más tarde se llega a la conclusión de que todos los casos corresponden a la misma (Bosch 1967, p. 90).

La primera referencia del siglo a las características de la modorra, señala como síntomas la fiebre, el letargo y las complicaciones del aparato respiratorio, de las cuales, la más habitual es la pleuresía. Este estado de letargo origina que algunos historiadores asocien esta enfermedad al tifus exantemático⁷ y otros a la encefalitis letárgica. Esta enfermedad pestilencial también deja secuelas posteriores, pues quienes consiguen sobrevivir a ella permanecen sumidos en un decaimiento y una tristeza que los mantiene reclusos (Bosch 1967, p. 137).

Todas estas características de la modorra, recogidas por los historiadores anteriormente mencionados, coinciden con la sintomatología registrada en las epidemias de peste que tienen lugar entre 1500 y 1630 en Alemania, Italia, Francia y España, lo que lleva al médico e investigador canario Juan Bosch Millares a afirmar que la modorra es la misma enfermedad que la peste, que durante varios siglos causa estragos en Canarias y en otras muchas regiones (Bosch 1967, p. 90).

Otros autores, en cambio, difieren de la opinión de Bosch Millares y ofrecen otras alternativas a la incógnita de la naturaleza de esta enfermedad. Éste es el caso de Francisco Guerra, quien identifica la modorra con el tifus exantemático, de Mercer, quien opina que se trata de la rabia, y de Conrado Rodríguez Martín, quien se inclina a pensar que la modorra en realidad se corresponde con la gripe (Tejera, López y Hernández 2000, p. 392).

⁷El tifus exantemático es conocido popularmente como «tabardillo» o «tabardete» y será frecuente en Fuerteventura en los siglos XVII y XVIII. Durante el siglo XVI, el tabardillo es objeto de numerosos estudios por parte de los facultativos españoles, de entre los que sobresalen los realizados por Francisco Bravo (1530–1595), nacido en Osuna, autor de *Opera Medicinalia*, de 1570 (Toledo y Hernández de Lorenzo 2001, p. 77).

En esta época se piensa que la peste consiste en un efluvio venenoso que emana a través de los poros de la piel hasta llegar al corazón, al hígado y al cerebro. Por este motivo, los consejos que se dan para estos casos es prohibir que los afectados se bañen, por el peligro de que los poros se abran, mantener una dieta ligera e ingerir frutas ácidas, gran cantidad de líquidos y frecuentes tragos de vinagre. Además, se presta atención al aire de las habitaciones, que se limpian quemando ramas de enebro o bien arrojando polvo de carbón para que los pacientes lo aspiren. Otro remedio es el de administrar a los enfermos drogas aromáticas, bien ingiriéndolas o bien mezclándolas con resina o ámbar e inhalando el producto resultante. Si ninguna de estas medidas llegaba a surtir efecto, se emplea como último recurso la sangría (Bosch 1967, pp. 137-138).

Se identifican dos clases de peste: la forma neumónica, de dos meses de duración y con síntomas de fiebre intermitente y esputos de sangre, y la peste bubónica, que presenta fiebre alta e inflamaciones en las ingles y las axilas. La transmisión de la enfermedad se produce sobre todo en los casos de forma neumónica, y para ello no es preciso un contacto regular con el paciente, pues basta con que éste se encuentre presente. Esta elevada capacidad de contagio es la causante de que los enfermos mueran sin ser asistidos y se les entierre sin recibir atención religiosa (Bosch 1967, p. 138).

Muy pronto se empiezan a tomar medidas colectivas para evitar la expansión de la peste. Por un lado, se expulsa de los pueblos y de las ciudades a los tullidos, por considerar que son éstos quienes provocan la dolencia y, por otro, se establecen guardias a las afueras de las localidades para evitar que accedan a ellas personas desconocidas. Además, los viajeros procedentes de lugares afectados por la peste son obligados a alojarse durante un mes en campamentos anexos a las ciudades, y si ese tiempo resulta insuficiente se aumenta su permanencia en el campamento hasta los cuarenta días, costumbre de la que procede el término «cuarentena» (Bosch 1967, p. 138).

La prevención también se aplica en los puertos, donde los frecuentes avisos que se reciben en este siglo y en los dos siguientes sobre brotes de peste en otras islas, regiones o países hacen necesaria la presencia de vigilantes que se encarguen de cumplir las continuas prohibiciones de desembarco de navíos desconocidos o procedentes de zonas afectadas. En estos casos, la utilización del término peste no se refiere necesariamente a la enfermedad propiamente dicha, sino que se emplea en general para referirse a cualquier epidemia de causa desconocida (Tejera y González 1987, p. 176).

En cuanto a la asistencia médica, lo habitual entonces es que el facultativo explore al paciente en la entrada de la casa, y que la orina se analice cubriendo el recipiente unas tres o cuatro veces con una tela para evitar el contagio, debiendo ser los familiares del enfermo los encargados de mantener el vaso entre sus manos. Del mismo modo, para entrar en la casa de la persona afectada debe llevarse una esponja impregnada en vinagre y colocada delante de la nariz, así como piedras preciosas protectoras (Bosch 1967, p. 138).

La conclusión sobre lo comentado anteriormente es que la peste o “muerte negra”, “...con sus oscuras manchas sobre la piel, sus hemorragias y destrucción gangrenosa de los pulmones, sus efectos paralizantes sobre la inteligencia y el organismo y sus lesiones axilares, inguinales y pulmonares, fue todo un símbolo del reinado del terror” (Bosch 1967, p. 133).

1.2.7. EPIDEMIAS EN FUERTEVENTURA

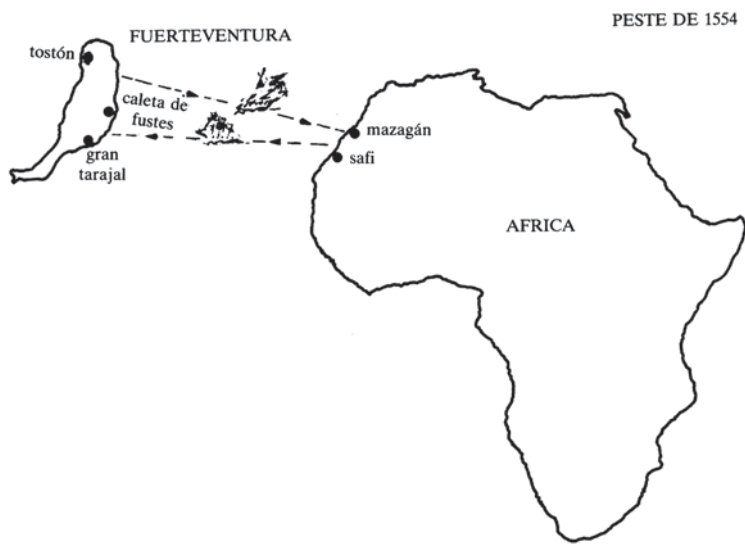
La primera epidemia ocurrida en Fuerteventura de la que se tiene conocimiento se cita en el siglo XVIII, en *Noticias de la Historia de Canarias*. Su autor, Joseph de Viera y Clavijo (1982), relata cómo en 1464 o 1465 tiene lugar en esta isla “Una enfermedad contagiosa, en que más de doscientas personas perdieron la vida, ...”. Dicho suceso es atribuido a la mano de Dios para castigar la acción del señor de Lanzarote, Sancho de Herrera, quien roba en Tenerife la imagen de la Virgen de Candelaria y la lleva al templo parroquial de Fuerteventura, si bien posteriormente la devuelve a su lugar de origen para evitar que la tragedia siga diezmando la población majorera (Viera J. 1982, pp. 429-430, citado en Díaz A. 1989, p. 102).

Gracias a los *Acuerdos del Cabildo de Tenerife* (1497-1507) se sabe que en 1506 hay brotes de peste en Gran Canaria, en Fuerteventura y en Lanzarote, pues en la sesión de 30 de octubre de ese año, el gobierno tinerfeño prohíbe la entrada a la isla de cualquier habitante procedente de las mencionadas islas por estar las tres contagiadas de este mal (Bosch 1967, p. 131).

E luego el señor teniente platycó con los dichos señores en que dixo que Ya bien saben y es notorio que mueren en LanÇarote e Fuerteventura y en Grand Canaria. E no sabiendo, vinieron a esta isla algunas personas de las dichas yslas y pegaron la peztilencia a algunas personas e murieron algunas dellas. [...] E para mejor recabdo poner en lo susodicho mandó que sea pregonado públicamente en la forma syguiente: que ninguna persona ni personas varones e muger de cualquier condición que sean, que son vezinos de Fuerteventura e LanÇarote e Grand Canaria e otras personas que de allá vinieren non salten en ningund puerto ni alias ni otros lugares desta ysla (Serra 1949, p. 127).

En 1512 y 1513 la enfermedad se declara en todo el Archipiélago con el apelativo de «peste de Levante» (Bosch 1967, p. 131). Posteriormente, en 1694, el historiador Marín y Cubas (1986) relata que "Hubo en casi todas siete yslas una grave enfermedad a modo de peste llamada modorra que duro nueve años onde murieron casi todos los naturales de ellas..." (p. 282, citado en Bosch 1967, p. 131).

La última referencia a epidemias acaecidas en Fuerteventura durante este siglo es realizada primero, en el año 1676, por el historiador y cronista Juan Núñez de la Peña (2006, p. 489) y, posteriormente, entre 1772 y 1783, por Joseph de Viera y Clavijo, quien en *Noticias de la Historia de Canarias* (1982) explica cómo la dedicación a la agricultura de los naturales de Fuerteventura da lugar al mantenimiento de unas fructíferas relaciones comerciales con los habitantes de Madeira y de las ciudades portuguesas de Mazagán –hoy llamada El Jadida– y Safi, situadas ambas en el actual Marruecos. Según el autor, este comercio es el responsable de que en 1554 "...se introdujese en Fuerteventura cierto ramo de peste, de que murió crecido número de habitantes..." (pp. 807-808, citado en Díaz, p.103).



Peste de 1554.

Fuente: Índice de ilustraciones (9)

Sin duda, la destrucción en 1593 de Betancuria, la capital mayorera en esta época, y la consiguiente desaparición de los archivos y documentos de esta villa, hace muy escasa la información existente sobre los sucesos acontecidos en la isla durante sus dos primeros siglos de historia. Afortunadamente, las actas del Cabildo de Fuerteventura correspondientes a los siglos XVII y XVIII, editadas entre 1967 y 1970 por Roberto Roldán Verdejo, con la colaboración de Candelaria Delgado González, nos permiten saber más sobre las epidemias y, en general, sobre la Medicina mayorera en estas dos centurias.

1.3. SIGLO XVII: HAMBRE, EMIGRACIÓN Y ENFERMEDAD

“Mientras había agua, tanto en fuentes y pozos como en manantiales, y llovía al menos una vez al año, la vida continuaba en la isla al ritmo de los años; sin embargo, cuando escaseaba el agua aquella languidecía”

Manuel Lobo Cabrera

Agua y Sed en Fuerteventura, 1989

1.3.1. ADMINISTRACIÓN POLÍTICA

Durante los siglos XVII y XVIII, y al igual que sucede en el resto de islas de señorío, el máximo organismo administrativo de Fuerteventura es el Cabildo, que se ocupa de todas las materias relacionadas con la isla, excepto de las de índole eclesiástico, militar y judicial. El gobierno cabildicio está compuesto por los siguientes cargos: el alcalde mayor, que lo preside, varios regidores –uno de ellos nombrado alguacil mayor y otro alférez mayor–, el personero y el escribano. Los regidores se encargan, entre otras cosas, de controlar los precios y de la celebración de las festividades religiosas, mientras que el personero es el responsable de representar a los ciudadanos y de hacer llegar al Cabildo sus problemas y reclamaciones (Roldán y Delgado 1970, pp. 15-17).

Gran parte de la actividad del Cabildo depende del señor de la isla, puesto que es éste quien dicta las ordenanzas que deben aplicarse y quien designa y cesa a los cargos públicos. Además, la mayoría de alcaldes mayores, regidores y personeros pertenecen a un número reducido de familias emparentadas entre sí, por lo que las decisiones de este organismo se toman con una solidez “casi monolítica” (Roldán y Delgado 1970, pp. 15-16).

De hecho, durante casi todo el siglo XVII, concretamente desde 1600 hasta 1674, fecha en la que fallece el entonces señor de la isla, Fernando Arias y Saavedra, esta figura ostenta el poder absoluto en Fuerteventura. Su sucesor en el cargo, Fernando Mathías Arias y Saavedra, al residir la mayor parte del tiempo en Tenerife y poseer un talante menos autoritario y más humilde que el de sus predecesores, cede un mayor poder al Cabildo sobre los asuntos que competen a la isla y establece un mandato más proteccionista para ésta. Entre las medidas que este último adopta, destaca la no exigencia de los temidos derechos de quintos –impuesto que se trata en el apartado 1.4.7.–, su contribución económica para paliar el hambre que sufre la isla y la gestión de ayudas para ésta ante la Iglesia y ante el capitán general de Canarias. Además, “cosa curiosa pero significativa, es el único que no antepone el Don a su firma” (Roldán y Delgado 1970, p.16).



Pared de Jandía: límite territorial de los reinos majoreros. Fuente: Índice de ilustraciones (4)

1.3.2. POBLACIÓN

En el siglo XVII se mantiene la antigua separación prehistórica de Fuerteventura en dos regiones: la de Guise, en la parte norte de la isla, y la de Ayose, en la parte sur. A pesar de la dificultad para establecer los límites entre ambas, en el acta del Acuerdo del Cabildo de 20 de febrero de 1612 se dice que las citadas comarcas se dividen “por la línea que va del Barranco de La Torre hasta Peña Horadada (Puerto de la Peña)” (Roldán y Delgado 1970, p. 44).

La mayoría de los habitantes de la isla viven entonces dispersados por los campos, lo que imposibilita el desarrollo de núcleos urbanos. El Cabildo, en un intento de reunir a la población en la capital de la isla, Betancuria, establece que, salvo en los meses en los que hay que sembrar y recoger la cosecha, los vecinos deben residir en dicha localidad. Sin embargo, la ya mencionada falta de vocación urbanita de los majoreros hace que dicho intento fracase (Roldán y Delgado 1970, p. 44).

Los pueblos y localidades que conforman Fuerteventura en el siglo XVII son, de norte a sur, los siguientes: Villaverde, El Roque, Cuevas Lajares, Oliva, Tindaya, Vallebrón, Matilla, Time, Tetir, Tefía, Llanos de la Concepción, Valle de Santa Inés, Ampuyenta, Casillas del Ángel, Betancuria, Antigua, Triquivijate, Agua de Bueyes, Tiscamanita, Río Palmas, Pájara, Toto, Tesejerague, Valles de Ortega, Casillas de Morales y Tuineje (Roldán y Delgado 1970, p. 43).

Básicamente son los mismos que existen en la actualidad, si bien en esta época su importancia no se corresponde con la que tienen hoy en día. Los habitantes de la isla se dedican de forma casi exclusiva a la agricultura y a la ganadería, por lo que se establecen en las regiones más propicias para el desarrollo de sus actividades. Por este motivo, los asentamientos con mayor riqueza y actividad comercial en este época son La Oliva, Santa Inés, Betancuria –sede del Cabildo– Río Palmas y Pájara. En el siglo XVIII, Antigua y Tuineje crecen también en importancia (Roldán y Delgado 1970, p. 43).

Los núcleos de población más importantes y más poblados en la actualidad, Puerto del Rosario, Gran Tarajal y Corralejo, constituyen por aquel entonces refugios náuticos prácticamente deshabitados, pues carecen de pastos y sus tierras “arenosas, salitrosas y calcáreas” no son aptas para el cultivo ni para la ganadería. Tampoco tienen interés como puertos, pues al estar situados en la costa oriental, se encuentran a merced de los ataques bereberes que tienen lugar a ese lado de la isla, por lo que los barcos prefieren arribar a los puertos de Tostón y La Peña, más seguros por encontrarse en su costa occidental (Roldán y Delgado 1970, pp. 43-44).

Para conocer el número de habitantes existentes en Fuerteventura durante el siglo XVII, contamos con varias fuentes que, si bien no resultan del todo precisas, dan una idea aproximada del crecimiento poblacional de la isla durante esta centuria. Las Constituciones Sinodales del obispo Murga, publicadas en 1631, estipulan que Fuerteventura tiene en 1629 unos 500 vecinos, lo que equivale aproximadamente a unos 2.000 habitantes (Cámara 1631, f. 347, citado en López 1987, p. 379).

En la segunda mitad del siglo, se cuenta con los datos aportados por José Sánchez Herrero, extraídos de un texto manuscrito que se encuentra en el archivo de la parroquia de Nuestra Señora de la Concepción de La Laguna. Este documento indica que en 1676 Fuerteventura cuenta con 3.314 habitantes, cifra que aumenta a 3.912 en el año 1688, lo que supone un incremento del 18,04% (Sánchez 1975, en Quintana y Ojeda 2000, p. 27).

1.3.3. ECONOMÍA

En los siglos XVII y XVIII, los habitantes de Fuerteventura viven exclusivamente de la agricultura y de la ganadería. Ambas actividades son difíciles de complementar en el campo majorero, pues el desarrollo de la primera conlleva, por un lado, la roturación de nuevas tierras, lo que provoca la pérdida de terrenos para pastos; por otro lado, los ganados no estabulados de cabras, ovejas y camellos son desplazados a zonas costeras y montañosas para la protección de los cultivos. Esto hace que, con el tiempo, la agricultura acabe primando sobre el sector ganadero (Roldán y Delgado 1970, p. 33).

1.3.3.1. Agricultura

La agricultura que se da en la isla es de secano y cerealista, pues los principales cultivos son el trigo, la cebada y, en menor medida, el centeno (Roldán y Delgado 1970, pp. 34-35). El Cabildo establece los límites de las «vegas» o tierras de cultivo y éstas son cercadas con muros de piedra que aún hoy pueden contemplarse en los campos majoreros (Roldán y Delgado 1970, p. 20).

Las técnicas de cultivo utilizadas se van transmitiendo de generación en generación sin ningún tipo de inversión para aumentar el rendimiento. Esto repercute negativamente en los beneficios obtenidos en este sector, pues el trigo mayorero, el de mayor calidad del Archipiélago, "...sería preferible y se compraría más caro, si no estuviese tan lleno de tierra y piedras, lo que no solamente proviene de la poca solidez de las heras [sic] en que se trilla, sino también de la práctica de arrancarlo en lugar de segar" (Tessier 1805, p. 377, citado en Hernández M. 1987, p. 81).

Además de los problemas que ocasiona el ganado suelto y la nula inversión en tecnología, durante los siglos XVII y XVIII la población mayorera tiene que hacer frente a varias clases de plagas que afectan a la agricultura. De ellas, las más perjudiciales son dos: la alhorra o aljorra y la langosta. La primera, más temida que la segunda por ser endémica de Fuerteventura, procede de un parásito con apariencia de "...polvo color amarillo oscuro, que recubre la espiga y la hace granar poco". Con respecto a la langosta, se tiene constancia de la existencia de varias plagas de este insecto durante este periodo: en 1623, se localiza en Río de Palmas, y tres años después, en 1626, en toda la isla. En 1659, llegan en gran cantidad, y nuevamente aparecen en 1779 y en 1781. Una nueva plaga tiene lugar en 1790 y ésta perdura durante varios años consecutivos, lo que provoca una drástica disminución de las cosechas (Roldán y Delgado 1970, pp. 35-36).

En *Noticias de la Historia de Canarias*, Joseph de Viera y Clavijo (1982b) relata el efecto devastador de la langosta al describir la plaga de 1659:

Una nube inmensa de langostas que cubría cielo y tierra se echó sobre las islas los días 15 y 16 de octubre (1659), amenazando la devastación más universal. En poco tiempo no dejaron aquellos insectos cosa verde. Destruyeron las yerbas, huertas, viñas y demás plantas de tal manera, que hicieron presa hasta en las hojas de las palmas, que son tan duras, y en las de la pita, que no hay animal que las coma. Cuando faltó el follaje de los árboles, se apoderaron de las cortezas, por lo que se secaron muchos; y cuando no hallaron qué comer, se comieron unas a otras, infestando las aguas, corrompiendo el aire y atemorizando los pueblos (pp. 237-238).

En 1599, Gonzalo de Saavedra, Señor de la isla, decide crear un "pósito", consistente en un depósito de granos y de dinero destinado a cubrir las necesidades de la población en las épocas de hambre y de sequía. En sus inicios, el pósito cuenta con las contribuciones de trigo, de cebada y de 650 reales realizadas por unos 185 vecinos. El grano que contiene se presta a los habitantes para que siembren, mientras que con el dinero aportado se compra trigo de otras islas cuando falta en Fuerteventura. Esto último sucede, según consta en las Actas del Cabildo, en numerosos años: 1652, 1660, 1662, 1663, 1676, 1683 y otros. Con respecto al préstamo de cereal, si se da la cosecha, los agricultores deben devolverlo en agosto, añadiendo un almud —la doceava parte de una fanega— en concepto de intereses; si no se recoge nada, debe devolverse en mayo el importe correspondiente al grano prestado, en dinero (Roldán y Delgado 1970, p. 36).

La mala situación que atraviesa la agricultura tanto en este siglo como en el siguiente, origina que muchas veces los habitantes no puedan devolver lo que reciben del pósito, por lo que este instrumento encuentra grandes dificultades para el mantenimiento de su función. Durante las épocas de mayor productividad, sus reservas no superan nunca las 400 fanegas ni los 2.000 reales (Roldán y Delgado 1970, p. 36). Aún así, durante el siglo XVII el pósito contribuye en numerosas ocasiones a paliar los efectos de la sequía que azota la isla gracias al dinero depositado en él, que permite la compra de trigo de otras islas cuando no queda nada que comer en Fuerteventura (Roldán y Delgado 1967, p. 26). Desde principios del siglo XVIII empieza a disminuir su relevancia hasta que, alrededor de 1775, apenas registra actividad (Roldán y Delgado 1970, p. 36).

1.3.3.2. Ganadería

Dado que la mayor parte del ganado de la isla no está estabulado y se encuentra disperso por los campos, alimentándose de lo que encuentra, en los años de sequía el Cabildo dictamina que los rebaños sean trasladados a las zonas montañosas y costeras —éstas últimas no cultivables a causa de la cal y el salitre de la tierra—, donde los ganaderos reúnen a las reses en corrales, usando el tradicional sistema de «apañadas» (Roldán y Delgado 1970, p. 20).

A partir del último tercio del siglo XVII la ganadería pierde importancia, pues se produce una considerable merma de reses. Desaparecen las garañonadas —para las que se establecen cotos y vedados—, así como los burros en estado salvaje, y se reduce el ganado vacuno. La cabra, presente en la isla desde tiempos prehistóricos, es el animal que presenta un mayor número de ejemplares en este periodo. Una clara muestra de la proporción existente entre

las distintas clases de ganado la aporta la Escritura de Mayorazgo, que cuenta que el señor de la isla posee 800 cabras en Guriame y 200 en Ayaya, 500 ovejas en Jandía, 60 camellos, 20 yeguas y tres yuntas de bueyes (Roldán y Delgado 1970, pp. 36-37).

Para proteger a la ganadería y a la agricultura, el Cabildo dicta varias órdenes concernientes a la acción de cuervos y de perros. Con respecto a los primeros, durante todo el siglo XVII y parte del siguiente, los habitantes tienen la obligación de coger, hasta la festividad de San Juan, cuatro cabezas de cuervo a fin de evitar los perjuicios que estos animales causan a los sembrados y a las crías de ganado. El incumplimiento de esta orden conlleva una multa y, para su control, el escribano se encarga de cortar los picos de las cabezas recogidas, de tal forma que los vecinos no las intercambien entre ellos. En cuanto a los segundos, el Cabildo ordena en 1616 que se ahorque a todos los perros de ganado, y dos años después "se manda que no se dejen sueltos los perros de presa y que no los den sus dueños a esclavos ni muchachos para que los lleven a las apañadas". Por último, en 1624 se prohíbe tener perros de ganado, así como más de un perro de caza, el cual debe permanecer atado (Roldán y Delgado 1970, pp. 21-22).

1.3.4. COMERCIO

Manuel Lobo Cabrera y Germán Santana Pérez (1996) registran durante este siglo ochenta y un barcos que viajan cargados de cereal y de ganado desde los puertos mayoreros, aunque los mismos autores apuntan que, con toda seguridad, deben de ser muchos más. De esas ochenta y una embarcaciones, sólo seis viajan fuera de Canarias, concretamente a la Península y a Madeira. Los setenta y cinco barcos restantes, en su gran mayoría, se dirigen a otras islas del Archipiélago, y de ellos el 71% tiene como destino Tenerife, donde existe una mayor demanda de grano (pp. 18-19).

Este papel de Fuerteventura, y también de Lanzarote, como "abastecedores de granos" de Tenerife principalmente y "paliadoras de su permanente déficit cerealístico" se consolida antes de que concluya la conquista castellana, si bien es en el siglo XVII cuando alcanza mayor relevancia (Hernández M. 1987, p. 80).

Varios son los motivos que originan este continuo comercio entre Fuerteventura y Tenerife. La elevada tasa demográfica de la segunda, superior a la suma del resto de las islas (Lobo y Santana 1996, p. 19) junto con la utilización de grandes extensiones de sus terrenos para el cultivo de la vid en detrimento de los cereales, hace que esta isla únicamente produzca una pequeña parte del alimento que necesita su población. El resto lo obtiene de Fuerteventura y de Lanzarote (Hernández M. 1987, p. 80). Además, durante esta centuria los señores territoriales de Fuerteventura fijan su residencia en Tenerife, con lo que las cosechas que por su cargo les corresponden son trasladadas asimismo a la isla tinerfeña (Lobo y Santana 1996, p. 19).

Fuerteventura también aporta cereales a Gran Canaria, adonde llegan en este periodo trece de las ochenta y una embarcaciones mencionadas anteriormente "...por ser escaso en ella el pan casi desde que la isla se pobló..." y a La Palma, que recibe tres cargamentos de grano procedentes de la isla mayorera (Lobo y Santana 1996, pp. 19-20).

Además de trigo y de cebada, Fuerteventura provee a las islas realengas de carne, mediante la exportación tanto de ganado mayor como de ganado menor (Cioranescu, 1977, p. 20, citado en Lobo y Santana 1996, p. 19). En



Cultivo de la vid en Tenerife, isla que importa gran parte del cereal que consume de Fuerteventura. Fuente: Índice de ilustraciones (17)

concreto, se sabe que en 1603 se envían camellos, caballos y otros animales de carga a Melanara (Lobo 1991, doc. 237) y en 1672, el entonces señor de Fuerteventura, Fernando Arias y Saavedra, ordena que sean llevadas desde esta isla cuatrocientas reses de ganado caprino al Puerto de La Orotava, en Tenerife (A.H.P.L.P., Pedro Lorenzo Hernández, nº 2, 998, f.r, citado en Lobo y Santana 1996, p. 19).

En resumen, durante este siglo y también en el siguiente, las circunstancias anteriormente mencionadas condenan a Fuerteventura a una economía de subsistencia, pues todo el sobrante que se genera en los años de cosechas abundantes y regulares va a parar a las islas realengas, mayoritariamente a Tenerife, con lo que el comercio extracanalario en Fuerteventura es insignificante durante este periodo (Hernández M. 1987, p. 80).

De la misma manera que Fuerteventura exporta a las islas realengas el cereal que a éstas les falta para alimentar a su población, la isla majorera importa de Tenerife, de La Palma y de Gran Canaria diversas materias primas que no se encuentran en ella, fundamentalmente vino y ropa, y en menor medida esclavos, aguardiente, utensilios de hierro, cera, cirios y madera, entre otros (A.H.P.L.P., Juan Alonso Hernández, nº 2.991, f.r., citado en Lobo y Santana 1996, p. 30).

1.3.5. ALIMENTACIÓN

En esta época los majoreros se alimentan de gofio de trigo. También comen carne de macho —básicamente de cabra o de oveja, pues la vaca es un animal muy escaso—, y los más pobres toman carne de camello, más asequible que las anteriores. El consumo de pescado es escaso y, mayormente, salado, dada la dificultad de preservarlo en buen estado. Como complemento al gofio y a la carne cuentan con leche, queso de cabra y oveja, y consumen también ciertas frutas, especialmente higos. No es hasta finales del siglo XVIII cuando llegan a la isla envases de conservas, posiblemente como producto de lujo, según apunta Candelaria Delgado González (Roldán y Delgado 1970, p. 46).

A lo largo de los años en los que el hambre azota la isla —hecho frecuente—, los habitantes recurren a dos productos de subsistencia: las hierbas que crecen a orillas de los caminos —especialmente el cosco o cofe, con cuya semilla elaboran una especie de gofio— y las lapas y caracoles marinos que encuentran en la costa (Roldán y Delgado 1970, p. 46).

1.3.6. HAMBRE

Probablemente, el periodo más duro y difícil de toda la historia de Fuerteventura es el que vive la isla desde 1680 hasta 1728, aunque ya a partir de 1660 comienzan a notarse los problemas que, dos décadas más tarde, acaban por agravarse. Durante todo este intervalo de tiempo, el hambre casi continua azota la isla sin piedad, provocando emigraciones masivas de la población y un gran número de muertes, especialmente en los años 1684, 1685 y después de 1720. En ocasiones, las embarcaciones que arriban a Fuerteventura son obligadas por las autoridades de la isla a transportar a cientos de personas a la vecina Gran Canaria, donde llegan a instalarse en el Puerto de la Luz puestos de socorro con comida para los recién llegados, hasta que es tan ingente el número de emigrantes que las autoridades grancanarias se ven desbordadas y deciden enviarlos de vuelta a Fuerteventura, dándoles el gofio imprescindible para subsistir durante la travesía (Roldán y Delgado 1967, p. 11).



Sepultureros majoreros. Fuente: Índice de ilustraciones (23)

A excepción de cuatro o cinco años de buenas cosechas, el resto del siglo está dominado por un hambre pertinaz que asola la isla, provocando muertes y emigraciones masivas. Este desolador panorama, lejos de remitir, aumenta en la siguiente centuria, lo que da lugar a motines populares, secuestros de barcos y, finalmente, a la impotencia de las autoridades para buscar una solución, pues consideran que la salvación de Fuerteventura “no es obra humana ya y sólo depende de Dios” (Roldán y Delgado 1967, pp. 11-12).

El motivo de esta terrible situación no es otro que la falta de lluvia y, por consiguiente, de cosechas. Tal y como señala Lobo Cabrera (1989), durante los siglos XVII y XVIII toda actividad humana en Fuerteventura depende de este preciado y escaso bien (p. 51), pues “Mientras había agua, tanto en fuentes y pozos como en manantiales, y llovía al menos una vez al año, la vida continuaba en la isla al ritmo de los años; sin embargo, cuando escaseaba el agua aquella languidecía” (Lobo 1989, p. 58).

1.3.7. ENSEÑANZA

Como es de esperar en una región castigada por la pobreza y las hambrunas, dos de los elementos más abandonados de la sociedad majorera en esta época son la enseñanza y la cultura, pues la prioridad absoluta es la obtención de alimento. Según Candelaria Delgado, lo más probable es que Fuerteventura tuviese el mayor número de personas iletradas de todo el Archipiélago, dado que en esta época lo más común en la isla es el analfabetismo total (Roldán y Delgado 1970, p. 48).

Tanto es así que, al consultar las Actas del Cabildo de Fuerteventura, esta última observa que varios regidores, e incluso algún que otro alcalde mayor, no saben firmar, y que otros, por la forma de su rúbrica, apenas sí tienen nociones de escritura (Roldán y Delgado 1970, p. 48).

La única escuela de la que se tiene noticia en el siglo XVII es la de los franciscanos del Convento de San Buenaventura, en Betancuria, si bien su actividad va mermando hasta que, a finales de este mismo periodo, parece que cierra sus puertas definitivamente. Se llega a esta conclusión por medio de la carta que Fernando Mathías Arias y Saavedra, señor de la isla, envía a la Compañía Franciscana en Tenerife en 1795 para expresar su malestar porque ya no se enseña a leer en el Convento como antiguamente (Roldán y Delgado 1970, p. 48).

Únicamente pueden escapar a este vacío cultural las escasas familias pudientes de la isla, que durante una época del año envían a sus hijos a estudiar a Tenerife, a Gran Canaria o a La Palma. Algunos de estos jóvenes son un hijo del sargento mayor Socueva y otro del alcalde mayor Pedro Sánchez Umpiérrez, quienes a finales del citado siglo se encuentran estudiando en el Convento de San Agustín, situado en el municipio tinerfeño de Tacoronte (Roldán y Delgado 1970, pp. 48-49), hoy convertido en Casa de la Cultura.

1.3.8. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

“San Sebastián, que murió a flechazos, era un “Santo muy venerado en Fuerteventura durante las epidemias de «puntada» o pulmonía”. Su ermita se encontraba en la Vega de Río Palmas hasta que fue derruida.

Roberto Roldán Verdejo y Candelaria Delgado González
Acuerdos del Cabildo de Fuerteventura, 1970

1.3.8.1. Remedios usados en Canarias

Bosch Millares (1967) proporciona en su *Historia de la Medicina en Gran Canaria* un listado de remedios que, gracias al aumento del contacto con otros países y a los avances en el conocimiento de las propiedades terapéuticas de las plantas, empiezan a emplearse en Canarias en este siglo y que, por su interés, se reproduce a continuación:

Afecciones respiratorias. Entre los muchos y variados recursos recomendados, preferían tomar un vaso de agua después de haberle sumergido un hierro candente, hervir vino blanco con millo, vino con poleo, que se preparaba hirviendo unas hojas de esta planta dentro del vino y se tomaba medio litro al acostarse, lamedores hechos cocinando en un litro de agua raíces de “amor seco”, hierba tostonera o manzanilla, poleo y cáscaras de almendras, poleo sólo cogido en la cumbre, agua de borrajas, violetas o laurel tomadas por las noches al acostarse, zumo de bequeque, cuya hoja tiene forma de cuchara, taza de leche bien

caliente y todas edulcoradas con azúcar y algunas veces con miel. Otro lamedor muy usado lo preparaban con tres pimpollos de tarahal, tres cáscaras de almendras, tres pasas y tres gajos de alfalfa mezclados con azúcar morena. Y para los catarros, ronqueras, aires y afecciones bronquiales empleaban, además, infusiones o tizanas de doradilla, violeta, borraja, estrella de mar, conservilla, poleo, tomillo y orégano. Para la tos, además de los referidos, aconsejaban infusiones de agua de tostonera, poleo, cáscara de almendro, orégano y amapola. Rallar chocolate con azúcar de caña y ponerse una bolsa de afrecho caliente en el pecho o garganta. Para la ronquera, salir donde hubiera aire puro, echarse un buche de agua de comino en la boca y bebérselo con otro de vino, hervir té tapando el caldero con un fonil de papel puesto hacia arriba y dentro de la boca su parte más estrecha, y aspirar fuerte; recoger el vaho de agua caliente de eucaliptus al tiempo que se tomaban dos cucharadas de la misma infusión.

Pulmonía. Tomaban dos huevos con dos cucharadas de vinagre fuerte para que éste cortara la sangre y los huevos evitaran las diarreas que producía el vinagre. Sangrar y poner cáusticos teniendo cuidado de observar el color que tenía la sangre (negra y azulada). Una vez sangrados cogían tres gotas que vertían en un vaso de agua y si éstas se iban al fondo, podía pronosticarse la curación y si quedaban en la superficie había necesidad de llamar al médico. Tomar infusiones hechas con tres hojas de higuera negra, de la cual tomaban tres tazas al día, de hojas de eucaliptus, de ortiga y ortigón, de cola de caballo, de hierba clin y la que obtenían poniendo a cocer tres o seis cochinillas de humedad.

Asma. Desde el fumado de cigarrillos hechos de hojas de campana hasta las numerosas infusiones preparadas con huesos de coruja, caldo de cucas, caldo de perro recién nacido y polvo de lagartija, ponían a mano del enfermo remedios para todos los gustos.

Afecciones digestivas. Ictericia. Los remedios usados contra esta enfermedad fueron numerosos. Quizá no se haya registrado en la patología médica un mal con tantas prescripciones. Entre ellas son dignos de citar los siguientes: Poner la orina de la persona que la padecía en la cáscara de un huevo y colgarla de la pared encima del fogón, hasta que la orina terminara de evaporarse. En este caso el mal estaba curado. Orinar en un trozo de pan que se echaba a un perro; si éste lo comía, la terisia o tericia, como la llamaban otros, se pasaba al animal y quedaba el enfermo sanado. Ponerle una sarta de ajos en forma de collar durante el día y la noche; si los ajos se ponían amarillos era señal de que el enfermo curaba, porque éstos se habían chupado la amarillez de la ictericia. Colocarle un rosario de ajos pelados, enhebrados y colgado en el pescuezo, hasta que se pusieran amarillos, o las tortas hechas con centeno tostado, molido y amasado. Era condición indispensable que el número de cabezas de ajos tenía que ser impar. Beber azafrán de la tierra a pasto, tomar en ayunas café fuerte con caña puesta al sereno durante tres días, beber agua de la hoja de la morianga (hierba parecida al perejil), tazas de agua hechas con heces de perro, o del zumo de las hojas de los rábanos. Coger un cuerno de chivato lleno de cebada y echarle los orines del enfermo poniéndolo al fuego. Tomar tunos colorados por las mañanas para que la orina se tiñera de rojo. Juntar los orines y vaciarlos al pie del marrubio y tomar el olor de los pepinillos que da una enredadera fina, dos o tres veces al día.

Hipo. Hacer beber al niño un vaso de agua sin coger resuello; si se atragantaba era señal de que el hipo se quitaba. Pegarle un trozo de papel mojado en saliva detrás de la oreja o arrancarle una mota de la pañoleta que lo cubría, retorciéndola con los dedos mojados en saliva y ponerla en la frente. Beber siete buches de agua de matalahúga, aguantando el resuello. Para las personas grandes recomendaban tomar un terrón de azúcar mojado en vinagre, hacer tracciones rítmicas de la lengua, extender el cuello o el epigastrio hacia atrás a fin de no respirar y darle un susto.

Cuajo o buche. Lo consideraban como síntoma de estómago caído y éste a su vez lo suponían debido a los movimientos bruscos que se daban a los niños cuando, al lanzarlos hacia arriba, los volvían a coger en el aire. Entre sus síntomas destacábanse la inapetencia y las décimas de fiebre. Si al unirles las piernas las rayas de las corvas no coincidían, podía decirse que el niño tenía el buche virado; si al unirle los brazos coincidían las líneas de las muñecas y codos, podía afirmarse que no padecía de cuajo. Si un ojo era mayor que el otro, era señal evidente de que el cuajo no estaba en su sitio. Para curarlo, frotaban las piernas empezando por los tobillos y continuaban por la región glútea hasta producir el estallo, al tiempo que se rezaba la oración usada en el mal de ojos, seguida de tres credos y avemarías.

Empacho. Es el resultado de una mala digestión. En estos casos colocaban sobre el ombligo del paciente una taza de infusión caliente de ruda, que daban a tomar al enfermo después de practicarle un poco de masaje en el vientre, o le daban a beber una taza de agua de manzanilla con bicarbonato, o una taza de hierbabuerto todos los días en ayunas. Otras veces frotaban la barriga con aceite caliente y le ponían encima una hoja de tártago, o un papel bazo empapado también en aceite espolvoreado con flores fritas de manzanilla.

Alferecía (ataques de eclampsia). Daban al niño, en pequeñas copas, orines de su madre mezclados con polvos de coral rojo o de madrêpora.

Borrachera. Si era producida por el tabaco, mojaban el vientre del paciente con sus propios orines, o le daban vino, y si lo era por el alcohol, una taza de café amargo o de agua de hortelano.

Afecciones de la piel. Incluían en ellas las producidas por las picaduras, y como el tratamiento variaba según fuera el agente productor, hago relación de las siguientes:

Picaduras de arañas. Tomaban agua procedente de la cocción de heces blancas de perro envueltas en un trapo, o de las humanas; lavaban el punto lesionado con amoniaco, agua fuertemente salada o frotaban la herida con hoja de malva seca; si la picadura había sido en la boca, las masticaban.

Picaduras de agujas o alfileres. Estrujaban el punto lesionado, a fin de que salieran algunas gotas de sangre y las chupaban.

Picaduras de espinas o astillas de madera. Aplicaban cataplasmas de llantén fresco, bien machacado, o el látex de la tabaiba amarga.

Picaduras de insectos. Para evitarlas se lavaban la piel con una infusión de hojas de nogal y para que cesara el dolor, aplicaban sobre el sitio de la picadura vinagre caliente.

Picaduras de tunos. Aplicaban grasa de pardelas para extraerlas.

Quemaduras. Para que no levantaran bolsa le ponían aceite crudo o bicarbonato, vertían una cucharadita de vinagre en un vaso de agua y agregaban un poco de blanco de España (creta), con el que formaban una especie de crema que aplicaban sobre la quemadura con una pluma de ave, cubriéndola a continuación con una venda. En menos veces aplicaban lociones de leche y raspaduras de patatas, que se renovaban de tiempo en tiempo, o ponían paños mojados con orines calientes de niños.

Contusiones. Beber infusión de consuelda y acostarse sobre el lado del dolor.

Molimientos. Para evitar que criasen los apostemas, pues en caso contrario se reventaban en el interior y morían al año siguiente, hacían uso de la siguiente fórmula:

Aguardiente puro de parra 300 gramos

Sangre de drago en polvo aa 3 gramos

Bolo de armenia en polvo

que untaban o pasaban por la piel. Hicieron uso también de la infusión de pimpollos de limón, de caña santa y limón y de grama o gramilla.

Heridas. Aconsejaban lavarlas con agua y zaña, agua y sal o agua de nogal, beleño, consuelda o saúco. Otras veces las trataban con hiel de cerdo macerado en alcohol, o zumo fresco de las hojas de geranio machacadas y aplicadas en forma de cataplasmas sobre las desolladuras.

Mordeduras. Aplicaban sobre la herida hojas de bardana al tiempo que bebían su zumo, chupaban la mordedura, siempre y cuando no se tuviera en los labios ni en la boca la más pequeña erosión, tomando a continuación infusiones de tilo, borraja o manzanilla. Otras veces las cauterizaban con hierro caliente o aceite hirviendo.

Abscesos. Para madurarlos, aplicaban cataplasmas con miga de pan y azafrán de la tierra cocidas en leche, puestas entre dos telas, o manteca de ganado obtenida hirviendo la crema de leche de cabras, y colocadas sobre una hoja de almajurada o de pimenteros. Una vez el absceso formado, para reventarlo, ponían zumo de hierba mora, y sobre él, hojas de enredadera gruesa colocadas a modo de cataplasmas, heces frescas de niños, o cataplasmas de cebollas blancas, sal y aceite.

Una vez abiertos, daban salida al pus, aplicando un chocho amargo (altramuz que se adhiere y seca todo lo malo) o cataplasmas de hojas majadas de la hierba de Santa María.

Chichones o gallos. Colocaban una moneda llamada perra gorda o un hierro frío en la parte donde se dio el golpe, o baños de vinagre o agua fría para hacer bajar la inflamación.

Callos, Ojos de gallo. Los quemaban con agua caliente y aplicaban emplastos de bicarbonato y saliva, hasta quitar o aliviar el dolor.

Sabañones. Fricciones diarias de agua bien caliente hervida con perejil o zumo de limón. Para quitar la picazón aconsejaban meter las manos o pies durante algunos minutos en agua caliente, o en agua en que se había cocido apio y cuando estaban inflamados, ponían cataplasmas de flores de saúco.

Eczema. Aplicaban sobre la parte enferma, unguento hecho con aceite de oliva, azufre y vino, bien batidos.

Crecimiento del cabello. Para que naciera y creciera, arrancaban unos cuantos pelos el día de San Juan, y los colocaban, con las puntas hacia arriba, en un canuto de caña rueca que estuviera plantada. Otras veces lavaban con cierta agua que viene expresada en el dicho, "con algaritofe, barba y tomillo, te crece el pelo hasta los tobillos", o con agua en la que se haya hervido un trozo de tea. En otros casos untaban el pelo con petróleo.

Para evitar la caída, friccionaban el cuero cabelludo con agua de cocimiento de algaritofe, tomillo y tea de pino.

Cambio de color y suavidad del cabello. Para mantenerlo negro, lo lavaban con agua de romero, y rubio, con agua de manzanilla. Para adquirir suavidad, lo enjuagaban con agua limpia en la que se habían vertido unas gotas de vinagre.

Enfermedades infecciosas. Difteria. Beber agua de cebada y jugo de papayo verde. Con ellos se impedía la formación de placas y se disolvían las falsas membranas que estorbaban e impedían respirar.

Sarampión. Tomar chocolate con agua de borraja, beber todo caliente, abrigarse con una manta roja y no lavarse.

Tosferina. Beber infusiones de la llamada hierba tostonera que por cocción se haya reducido a la mitad, todas edulcoradas con azúcar. Coger unos cuantos rábanos pelados y dejarlos en el sereno, para comerlos con azúcar. Hervir en un litro de agua una docena de ajos con un ramito de tomillo y tomar de ella, durante cuatro días, 3 ó 4 cucharadas soperas.

Varicela. Para evitar la enfermedad usaban un canuto de cañaveral colgado al cuello que tuviera dentro una lagartija.

Tabardillo. Beber infusión de grama o gramilla, de pimpollos de limón y caña santa y limón.

Otras enfermedades. Ataques de cabeza. En los niños empleaban sinapismos de café, sebo y mostaza negra, preparados espolvoreando una plancha de sebo caliente, con la mostaza machacada, a la que se añadía café molido. Colocado todo entre dos lienzos se ponía lo más caliente posible sobre la planta de los pies, a fin de mantener el calor el mayor tiempo posible.

Dolor de cabeza. Ponerse rodajas de cebollas en la cabeza, paños mojados de vinagre sobre las sienes, dos hojitas de salvia puestas en cruz, vendas de bálsamo machacado, sacar el sol de la cabeza y santiguarlo de aire, por si tuviere algunas de estas cosas.

Dolor de muelas. Muchos fueron los remedios. Poner sobre la caries, incienso, polvo del clavo de especias machacado y macerado en alcohol, un hilo acabado de coger, orines de camello, granos de sal, una gota de aceite de almendras o buches de vinagre, el aceite que suelta una pipa de tártago al quemarla, un buche de caña o un trozo de carnero. Machacar la hoja verde de la albahaca y cuando estuviera hirviendo en agua enjuagarse la boca. Tostar heces blancas de perro y ponerse un poco en las piezas dentarias enfermas, o buches de agua caliente en la que se hubiera puesto una moneda de diez céntimos puesta al rojo vivo, teniendo cuidado de no tragarlos, por ser venenosos.

Irritación. Tomar agua de cola de caballo, de greña, de barbas de millo, de hierba amarga ahogada, (preparada echando sus hojas en agua hirviendo, tapando después la cacerola y apartándola del fuego), de hojas de treinta nudos y de tilo y de saúco. Tomar por la mañana el agua mucilaginoso de malva obtenida cociendo la noche anterior sus hojas en agua, pero si se ingería con manteca de ganado hacía más efecto. Colocarse a modo de supositorio, un pimpollo de zarza pelado que al poco tiempo se retiraba.

Cáncer. Para los que se manifestaban al exterior, aconsejaban tomar agua de flores de violetas, de hojas de llantén con bicarbonato, poner cataplasmas hechas con estas hojas, dar ligeros toques con leche fresca de cardón y untarlos con manteca de cerdo y polvo de lagarto verde carbonizado, después de haber sido lavados con el agua de la hierba mora o moralillo.

Diabetes. Beber infusión de hierba amarga, clin, de la raíz del almendro amargo, de marrubio o del eucalipto blanco y comer rábanos crudos.

Congestión de cabeza. Tomar infusiones de salvia, alpiste, olivo macho, llantén, nogal o de treinta nudos, y poner los pies en agua caliente a temperatura que pudiera soportarse.

Tumor. Con este nombre se conocía cualquier hinchazón o bulto, de consistencia blanda que se presentaba en el cuerpo y para hacerlo desaparecer empleaban fomentos de flores de saúco, de infusión de batata d grama, de agua de nogal y cataplasmas de las hojas del cactus opuntia en estado de putrefacción.

Carbunco. Usaban hojas masticadas y aplicadas, a modo de cataplasmas, de Taginaste (*echinum strictum*).

Ronchamiento. Cuando los niños se ronchaban o nacían ronchados, se les bañaba con agua que tuviera unas adelfas blancas, un ramo de haya o tres matitas de incienso. Era creencia de que los niños se ronchaban por haber puesto al sereno o a la luna, sus pañales, o porque la madre cogía un susto.

Enfermedades del bazo. En Telde las trataban con unguento de ruda y yerba de Santa María, rábano y albahaca, sebo de carnero y corcova de camello, todo frío y cuajado, puesto en un baño encima de la barriga y dando levadura de la masa, deshecha con agua y aceite, o zarzaparrilla.

TERAPÉUTICA USADA. Depurativos. Para limpiar la sangre de sus impurezas, tomaban la infusión de los rizomas de la zarzaparrilla del país durante 10 días seguidos en el año, agua de doradilla, la infusión de batata de grama y achicoria y la hierba llamada sanguinaria, en poca cantidad, porque debilitaba mucho.

Diuréticos. Infusión de doradilla, de hierba ratonera y de los estigmas de la mazorca del maíz. Malva tierna y hierba ratonera con un puñado de afrecho que amasaban para hacer una cataplasma puesta al baño María y colocada sobre el empeine. Fomentos de nogal, hierba ratonera y malva con un poco de sal y algo caliente en las caderas. Ajo porro.

Hemostáticos. Tomar agua con limón. Si la hemorragia era nasal, mojarse la frente con agua. Coger una cinta encarnada del tamaño del cuerpo, cortarla menudita y tomarla con agua. Ingerir azúcar o pimienta molido. Cataplasmas de hojas de helecho y de la planta del amor seco.

Sudoríficos. Beber infusiones de la raíz de zarzaparrilla o de hojas de borrajas y frotar con alcohol el cuerpo.

Purgantes. Cocinar pazote, caña, azúcar y aceite, a los que se añadía café, o tomar un poco de aceite crudo por las mañanas en ayunas.

Lactancia. Para tener leche abundante recomendaban tomar té con leche, ralas de gofio y vino, quitar, previo ordeño, leche a una cabra y beber la ordeñada, agua de junco merino y santiguar los pechos en el nombre de Dios, del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo (pp. 214-223)

1.3.8.2. Prevención de epidemias en Fuerteventura

Durante los siglos XVII y XVIII no se registran en Fuerteventura epidemias importantes ni grandes contagios. Aún así, el Cabildo se ve obligado constantemente a tomar medidas de prevención, debido a las preocupantes informaciones que éste recibe sobre casos de peste y de otras epidemias en el exterior (Roldán y Delgado 1970, p. 47).

Una de tales medidas consiste en crear una Junta de Salud, presidida por el alcalde mayor, cuyos miembros establecen un servicio de vigilancia en los puertos de la isla con el fin de evitar que desembarquen individuos o mercancías de barcos procedentes de zonas afectadas por la peste. Normalmente son los regidores del Cabildo quienes realizan esta labor en turnos de varios días consecutivos (Roldán y Delgado 1970, p. 22).

Por medio de los *Acuerdos del Cabildo de Fuerteventura*, queda constancia de las actuaciones que, en materia de prevención sanitaria, se llevan a cabo en la isla durante el siglo XVII, y que se detallan a continuación (Roldán y Delgado 1970, p. 47).

Madeira (1610): ese año el Cabildo tiene conocimiento, por medio de cartas recibidas de Tenerife, que en la isla de Madeira existe una enfermedad contagiosa cuya naturaleza se desconoce, por lo que se nombra Juez de Salud al Gobernador Francisco Morales Perdomo y se establecen vigilantes para los puertos de El Roque⁸ y de Corralejo —los que corresponden a las embarcaciones provenientes de Madeira—, para que no desembarquen pasajeros de dicha isla sin antes dar parte a la Justicia. Asimismo, se acuerda dar aviso de la situación al Cabildo de la vecina Lanzarote (Roldán y Delgado 1970, p. 86).

Tenerife (1622): se tiene noticia de que en La Laguna y en el Puerto de Santa Cruz se padece una enfermedad contagiosa, por lo que el Cabildo de Fuerteventura acuerda que “ningún vecino tenga trato ni comunicación con ninguna persona que desde hoy en adelante desembarcare de fuera sin antes decirles se recojan en sus barcos y den noticia a la Justicia”. Para que esta medida de prevención surta efecto, se impone una pena de 10 ducados de multa y 10 días de cárcel a quien incumpla la orden y se nombra a diferentes regidores del Cabildo para que vigilen los puertos de la isla: a Lucas Melián y a Gaspar Fernández para los puertos de La Peña y Herradura; a Juan de Senabria para los puertos de Sotavento, El Roque y Tostón, y a Juan Negrín para los puertos de Amanay y Las Playas hacia el sur (Roldán y Delgado 1970, p. 168). Dos meses después, en octubre de 1622, y “teniéndose ahora certificación de que la enfermedad que hay en Tenerife no es contagiosa, acordaron se abran los puertos, trato y comunicación, para los barcos y gentes que vienen de aquella isla” (Roldán y Delgado 1970, p. 169).

La Palma (1625): Tenerife comunica al Cabildo majorero que llega a La Palma un navío procedente de Inglaterra, donde la peste causa estragos. Dado que en ese momento se encuentra una fragata de La Palma en el puerto de Tostón, se designan guardas que custodien dicha embarcación y se manda “que nadie ose consentir que ningún navío que venga de fuera desembarque gente ni mercaderías sin primero saber de qué parte viene, y siendo de La Palma, no desembarque hasta que se avise a la Justicia”. Asimismo, se nombra jueces de salud a los regidores “Juan Negrín por la parte de Ayose y a Luis Perdomo por la de Guise, a quienes se les da comisión para detener cualquier navío que viniere de fuera de la isla” (Roldán y Delgado 1970, p. 189).

Lanzarote (1626): un año después, en 1626, se toman nuevamente medidas de prevención para evitar la entrada en la isla de una enfermedad contagiosa que está causando numerosas bajas en Lanzarote. Al igual que en anteriores ocasiones, el Cabildo ordena que “se cierren los puertos del trato con la dicha isla, y no se consienta desembarcar persona o cosa que viniere de ella sino exigiendo primero testimonio de salud, dejando guardas que den ciencias a este Cabildo” (Roldán y Delgado 1970, p. 199).

⁸En realidad se refiere al Puerto de El Cotillo, pues El Roque, “pueblo de escasos vecinos”, se encuentra a unos tres kilómetros de la costa (Roldán y Delgado 1970, p. 86).

Gran Canaria (1628): "Por cartas y personas llegadas de Canaria, se sabe que en esa isla hay enfermedad de que han muerto varias personas. Para saber si es contagiosa mandaron que cualquier de los regidores que esté más cerca de los puertos adonde llega gente enferma, dé cuenta al Gobernador" (Roldán y Delgado 1970, p. 205).

Barbada (1648): la Justicia y Regimiento de Tenerife informa al Cabildo mayorero de la llegada a aquella isla, concretamente al puerto de La Orotava, de dos barcos ingleses procedentes de Barbada en los que la "visita de salud" y algunas defunciones han revelan la existencia de peste. En la carta que se recibe del Cabildo de Tenerife se dice que hay contagio en España, Indias, Puerto Rico, Barbada, islas de San Cristóbal y de San Martín y las provincias de Campeche y de Nueva Inglaterra. Ante esta noticia, el Cabildo mayorero acuerda tomar las precauciones necesarias⁹ (Roldán y Delgado 1970, p. 287).

Lanzarote (1659): ante el conocimiento de la existencia en Lanzarote de una enfermedad contagiosa que está causando un alto índice de defunciones, se acuerda "que no se reciba gente que venga de aquella isla hasta que no se averigüe la verdad de ésto y se nombren guardas para los puertos de Corralejo, Tostón y otro adonde llegaren" (Roldán y Delgado 1970, p. 328).

Tánger (1663): "Se recibe carta del Capitán General de 31 de Diciembre de 1662, en que su Majestad da aviso de que la plaza de Tánger, que está por el inglés, está apestada, no debiéndose recibir navíos forasteros, y que nadie ose tratar mercaderías que no fueren de los barcos del comercio de estas islas, pena de 20 ducados" (Roldán y Delgado 1967, p. 61).

Inglaterra (1665): el Cabildo de Fuerteventura es informado por la Justicia y Regimiento de Tenerife de que parte de Inglaterra sufre una enfermedad contagiosa, por lo que se acuerda "dar aviso a los maestres de barcos, marineros y pasajeros que lleven todo cuidado". También "se dará recado para ello a Lucas de Mendoza, vecino del puerto de Tostón, para que al ver algún barco que llegue le pida el registro que trae de la isla que salió, y si los marineros y pasajeros no vienen conforme a registro, hará retirar el barco hasta dar cuenta a este Cabildo" (Roldán y Delgado 1967, p. 72).

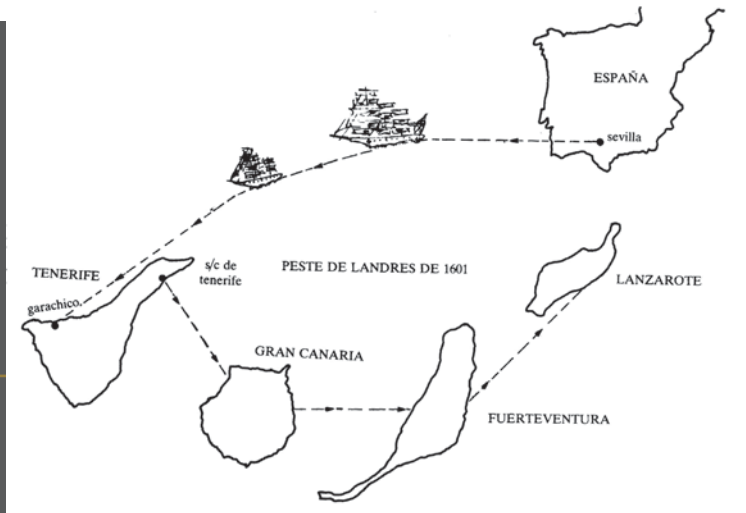
Bretaña y Francia (1669): el Cabildo recibe orden del Capitán General de las Islas en la que se comunica el contagio de peste en Bretaña y Francia, y se dan las indicaciones oportunas para evitar que esta epidemia entre en Fuerteventura (Roldán y Delgado 1967, p. 83).

España (1681): tanto el Cabildo tinerfeño como Fernando Mathías Arias y Saavedra, Señor de la isla de Fuerteventura residente en Tenerife, informan al Cabildo mayorero de la existencia de peste en España y dan a su vez instrucciones para evitar que dicha peste invada Fuerteventura. Como medidas a tomar, se acuerda que "se hará novenario en la parroquial y el domingo siguiente se hará procesión general con el Santísimo Sacramento, Nuestra Señora de la Concepción y S. Diego" (Roldán y Delgado 1967, p. 113).

1.3.8.3. Epidemias en la isla

La primera epidemia que sufren Fuerteventura y otras islas del Archipiélago Canario en el siglo XVII tiene lugar en 1601. Se trata de la peste de Landres, que llega al puerto de Garachico, en Tenerife, a través de dos barcos infectados, procedentes de Sevilla. A pesar de que el Cabildo tinerfeño prohíbe a los navíos el acceso a la rada, una de las embarcaciones pasa por alto la norma, lo que provoca que la peste se propague por la zona, se detenga en Los Realejos y llegue posteriormente al puerto de Santa Cruz, aunque no afecta a La Laguna, gracias a las precauciones que toma el ayuntamiento de esta localidad para impedir la entrada de la enfermedad (Díaz A. 1989, pp. 15-18). Por desgracia, la peste de Landres sí se propaga desde Tenerife a Gran Canaria, a Fuerteventura y a Lanzarote (Viera J. 1982b, pp. 169-170, citado en Díaz A. 1989, p. 103).

⁹Las medidas de prevención que toma la Junta de Salud de La Laguna en este caso son las siguientes: "...coger la ropa del navío y ponerla al aire; no desembarcar mercancías; que los pasajeros se degreden, se quemen sus ropas, se laven y se les dé ropa de tierra; que se avise a las demás islas para lo mismo y de darle bastimentos a los pasajeros, se separe por vinagre el dinero recibido a cambio; y pedir amparo al Cristo que está en el Conventode S. Miguel de las Victorias, y a la Candelaria, S. Juan, S. Roque, S. Juan Bautista y S. Sebastián, haciéndose procesión general" (Roldán y Delgado 1970, p. 287).



Peste de Landres de 1601.

Fuente: Índice de ilustraciones (9)

En 1608 se producen algunas muertes en Río de Palmas, que se sospecha que son debidas a una enfermedad contagiosa, por lo que se envía al cirujano Martín Fabricio a que examine a los fallecidos y esclarezca si la enfermedad causante de tales defunciones es contagiosa o no. Fabricio determina que tanto Elvira, hija de Diego Sánchez, como Johan, hijo de Enrique Morales, mueren a causa del tabardete, "enfermedad que tiene por ramo de peste contagiosa y pegadiza. Visto, dijeron que hasta ver si la enfermedad pica o no en dicho lugar, se quede este acuerdo, y si aumenta, se ponga de cuarentena a la gente del lugar. Para su ejecución señalaban por Juez de Salud al Alcalde Mayor, quien juró su cargo como tal" (Roldán y Delgado 1970, pp. 73-74).

A finales del mes de diciembre de 1617 otra enfermedad desconocida provoca varias bajas (Roldán 1966, p. 47) y, dado que el número de éstas va aumentando, el Cabildo acuerda que se haga procesión de salud y que se celebre misa en honor a San Sebastián, cuya imagen es llevada desde su ermita en la Vega de Río Palmas a la Villa de Betancuria. También se decide que la procesión tenga lugar el día 8 de enero de 1618, "pregonándose el día de Reyes que todos acudan a ella, so pena de 4 reales a quien faltare" (Roldán y Delgado 1970, p. 137).

En marzo de 1655, aparece una enfermedad que afecta a numerosos habitantes de la isla "de los que escapan pocos por ser «acelerada» y no conocida". Ante esta situación, el Cabildo acuerda que una de las advocaciones de la Villa de Betancuria salga en procesión y sea depositada en la ermita de San Sebastián, en la Vega de Río Palmas, para la celebración en su honor de cinco misas cantadas. Esto mismo se hace con las imágenes de San Sebastián y de la Virgen de La Peña una vez que son llevadas desde la Vega de Río Palmas hasta Betancuria (Roldán y Delgado 1970, p. 311).

Igualmente, en marzo de los años 1669 y 1681 hay epidemia de "puntada" y "calenturas"¹⁰. Del primer caso se dice que "desde hace días hay falta de salud y achaques con dolores repentinos y calenturas por el tiempo actual", por lo que se acuerda hacer "procesión general el día 6, día de Ceniza, invocándose la Concepción y pagándose 100 reales para cera..." (Roldán y Delgado 1967, p. 84). En el segundo caso, en marzo de 1681, se registra una infección de puntada, que dura desde principios de mes hasta el día 22, y que causa la muerte de varias personas, por lo que se da aviso a las embarcaciones (Roldán y Delgado 1967, p. 112). El hecho de que estas dolencias hagan su aparición en marzo invita a pensar que, posiblemente, se deban a los enfriamientos propios de esta época típicamente ventosa del año en la isla (Roldán y Delgado 1970, p. 47).

¹⁰La puntada se manifiesta con dolor, a modo de flechazo, en el costado, generalmente junto a las costillas más bajas. Aún se usa esta voz en la isla para referirse a pulmonía o afecciones gripales (Roldán y Delgado 1967, p. 112). Roberto Roldán Verdejo cuenta que San Sebastián, que murió a flechazos, era un "Santo muy venerado en Fuerteventura durante las epidemias de «puntada» o pulmonía". Su ermita se encontraba en la Vega de Río Palmas hasta que fue derruida (Roldán y Delgado 1970, p. 137).

1.3.8.4. Asistencia sanitaria en Fuerteventura

Apenas existen médicos en Fuerteventura en el siglo XVII. Gracias a los *Acuerdos del Cabildo de Fuerteventura*, hay constancia de la existencia de un facultativo —no se sabe si titulado o no—, llamado Martín Fabricio, que ejerce en 1608 (Roldán 1966, p. 47), tal y como señala el Acta 39 Legajo 1, f. 45, 5 Octubre de 1608: “En la Vega de Río Palmas han muerto algunas personas de enfermedades que se sospecha puedan ser contagiosas, por lo que se manda que Martín Fabricio, cirujano, diga si ha visitado a los difuntos y si la enfermedad es contagiosa o no” (Roldán y Delgado 1970, p. 73).

En opinión de Candelaria Delgado González, cabe suponer que se trata de la misma persona que en 1638 atiende en el Valle de Santa Inés, donde reside, al alcalde mayor Alfonso de Cardona (Roldán y Delgado 1970, p.47) según recoge el Acta 342 Legajo 2, f. 273, 19 Enero 1639: “Comparece Alfonso de Cardona y manifiesta que pasado el término solicitado para curarse, y habiendo marchado para ello al Valle de Santa Inés, donde estaba el médico, se halla ahora curado...” (Roldán y Delgado 1970, p. 234). Los indicios apuntan a que se trata del único médico existente en ese momento en la isla (Roldán y Delgado 1970, p. 47), ya que más adelante, el obispo envía a Fuerteventura al médico Marco Antonio para tratar varios casos de “tabardillos, puntadas y muertes” que se están produciendo en la isla; y algún tiempo después Fernando Arias y Saavedra emplea más de 300 ducados en traer al doctor Pedro Troncoso para que le cure de la enfermedad que padece (Roldán y Delgado 1967, p. 115).

La última referencia encontrada sobre la figura médica en Fuerteventura en el siglo XVII, al abordar el presente trabajo, data del año 1681, y aparece en el Acta del Cabildo de Fuerteventura de 9 de diciembre. En ella se comenta que el cirujano y boticario Juan Carrera, residente en Lanzarote, viaja a la isla mayorera para curar al padre guardián del Convento de Betancuria, Fray Marcos Rocío, y que dado que en ese momento no existe médico alguno en la isla, se le propone quedarse y que cada vecino realice una aportación para que pueda traer medicamentos. Juan Carrera responde que acepta dicho ofrecimiento “si cada vecino le da al año fanega y media de trigo, y si no hay cosecha 15 reales, por lo que se obligará a traer medicinas y curar sin llevar otro importe, menos las heridas resultantes de pendencias, en las que cobrará sus curas a costa de los delincuentes” (Roldán y Delgado 1967, pp. 114-115). El nombre de este médico no vuelve a aparecer en las Actas del Cabildo, por lo que no se sabe si Juan Carrera llega a ejercer en la isla más allá de la mencionada atención puntual que presta a Fray Marcos Rocío (Roldán y Delgado 1967, p. 36).

Dada la escasez de médicos, tampoco existe hospital en Fuerteventura durante esta centuria, si bien, al final de la misma, el sargento mayor, Sebastián Trujillo Ruiz, dona varias casas en Betancuria para convertirlas en un hospital para pobres. Tal voluntad no llega a cumplirse, pues las viviendas cedidas acaban convirtiéndose en almacén donde guardar el trigo del pósito (Roldán y Delgado 1967, p. 36).



1.4. SIGLO XVIII: HAMBRUNAS, EMIGRACIONES MASIVAS Y EPIDEMIAS

“... muchas muertes a manos de la necesidad, tanto en esta isla como las demás adonde han pasado, no habiendo barco que no vaya enteramente cargado de hombres, niños y mujeres, que parecen por los caminos y calles difuntos andando, padeciendo Fuerteventura la peor situación que se ha visto desde que se puede hacer memoria, y no habiendo simientes que plantar, continuará esta isla en la misma fatalidad”

*Acuerdos del Cabildo de Fuerteventura
Acta 236 Legajo 4-a, f.295, 28 mayo 1771. Villa de Betancuria*

1.4.1. ADMINISTRACIÓN POLÍTICA

Durante el siglo XVIII, y al igual que ocurre en las dos centurias anteriores, Fuerteventura continúa bajo el yugo de un régimen económico prácticamente feudal, establecido tras la conquista, y que se caracteriza por la existencia de un reducido grupo que ostenta el poder y que se enriquece con la explotación de los recursos naturales de la isla, frente a una mayoría que sufre las consecuencias de su paulatino empobrecimiento (Ojeda y González 1996, p. 130).

La continua y progresiva depauperización de Fuerteventura y Lanzarote como consecuencia de este régimen político y económico lleva a que, en el siglo XVIII, los señores territoriales se encuentren residiendo en Tenerife, cuya economía, por el contrario, crece gradualmente (Roldán y Delgado 1967, pp. 13-14). El primer señor de la isla de esta centuria, hasta 1704, año en el que fallece, es Fernando Mathías Arias y Saavedra. Le sigue su nieto, Francisco Bautista Benítez de Lugo y Arias y Saavedra, quien muere en La Orotava en 1771 y a quien sucede su hijo, de igual nombre, que ejerce su mandato en la isla durante las tres últimas décadas del siglo (Roldán, 1966, p. 24).

Salvo el primero de ellos, Fernando Mathías Arias y Saavedra, durante el siglo XVIII, los señores de la isla no prestan especial atención a los asuntos de Fuerteventura —excepto a la hora de elegir al alcalde mayor y a los regidores—, pues el «pleito de quintos», del que se habla más adelante, hace que disminuyan sus intereses económicos en la isla y que se concentren en sus negocios de Tenerife, mucho más rentables. Siempre cuentan con un apoderado en Fuerteventura, que por lo general es el Coronel de Milicias. Por su parte, el Cabildo únicamente recurre al Señor Territorial para solicitarle ayuda en casos excepcionales (Roldán 1966, p. 24).

La llegada de la Casa de Lugo al Señorío de la isla supone un nuevo intento de restablecer el poder absoluto de este cargo que Fernando Mathías Arias y Saavedra va perdiendo a lo largo de su mandato. Sin embargo, dicho objetivo no tiene éxito, pues la residencia habitual de los señores territoriales en Tenerife, junto con el continuo apoyo que recibe el Cabildo por parte de la Audiencia y del Capitán General, hacen que esta figura vaya debilitándose. A pesar de esto, la población majorera no va a notar demasiado este cambio, pues la creación en 1708 del Regimiento de Milicias supone el auge de una clase militar, encabezada por el Coronel de Milicias, que desde el principio está compuesta por las familias Sánchez Umpiérrez y Cabrera, ya que el cargo de coronel acaba convirtiéndose casi en hereditario. Este grupo militar, ampliamente rechazado por los lugareños, detenta el poder político y económico de Fuerteventura hasta el siglo XIX (Roldán y Delgado 1970, p. 16).

Por tanto, se puede decir que, durante el Antiguo Régimen, Fuerteventura está gobernada por una oligarquía constituida por unas pocas familias que ocupan los cargos más importantes: “Alcalde Mayor, Regidores, administradores de renta, milicianos de alto rango, ministros de la Inquisición, beneficiados, etc.”. Ellos son quienes, gracias al control sobre los medios de producción, obtienen grandes beneficios con la venta del sobrante de cereal que se genera en los años de grandes cosechas (Ojeda y González 1996, p. 130). Además, la ausencia en la isla del señor territorial de la misma hace que estos núcleos familiares que ostentan los altos cargos aumenten libremente los impuestos, “... estrangulando aún más las precarias condiciones del campesinado” (Ojeda y González 1996, p. 115).

Los cargos de la Iglesia también forman parte de este clase privilegiada, gracias a los considerables ingresos que generan los diezmos eclesiásticos y al control que ejercen sobre la moral social (Ojeda y González 1996, p. 130). De hecho, George Glas (1976), tras visitar Fuerteventura en 1764, aconseja a los forasteros “... que puedan estar viajando en Lanzarote y Fuerteventura, que se alojen en casa de un cura, porque el clero allí está en mejores condiciones para proporcionar alojamiento, provisiones y conversación que los campesinos o la gente acomodada” (p. 40).

En la base de la pirámide social están los campesinos, que sufren las consecuencias de las sucesivas crisis económicas, ante las cuales muchos, y para poder resistir, tienen que vender las pocas pertenencias que poseen, mientras que otros se ven obligados a emigrar a otras islas para no morir de hambre (Ojeda y González 1996, p. 130).

1.4.2. POBLACIÓN

Los núcleos de población más importantes de Fuerteventura en el siglo XVIII son: Betancuria y Vega de Río Palmas, Pájara, Tuineje, Antigua y el Valle de Santa Inés. Sin embargo, en la mayoría de estas localidades, los vecinos no se encuentran concentrados en el núcleo, sino que viven esparcidos por todo el distrito. De hecho, la "dispersión del hábitat" es una de las principales características de la geografía majorera (Bruquetas 1996, pp. 454-455), tal y como aprecia el comerciante inglés George Glas (1976) cuando visita la isla en 1764: "...muchos pueblos pequeños dispersos, arriba y abajo, en la parte norte y en el interior de la isla, de tal manera que cuando perdemos de vista uno, alcanzamos ya a ver otro;..." (p. 28).



Campesinos majoreros ataviados con ropa típica. Dibujo de Diston. Fuente: Índice de ilustraciones (17)

Con respecto a los pueblos y localidades que conforman Fuerteventura, Joseph de Viera y Clavijo (1982a) registra un total de 34 poblaciones, "entre villas, pagos y aldeas": la Villa de Santa María de Betancuria, capital de la que dependen los pagos de La Antigua, Aguadebueis, Triquibijate, La Jampuyenta, El Valle, Tafia, Casillas del Angel, Tetil, Tieme y San Andrés; el pueblo de Pájara, a cuya jurisdicción pertenecen los pagos de Toto, Barjada, Eduegue, Chilegua, Mesquer, Mirabal, Tiscamanita, La Florida, Adeje, Tesegerague y Tuineje, este último el más poblado; y finalmente, el lugar de Oliva, "plantado en medio de una fértil campiña" y en cuyo distrito se encuentran Tostón, Tindaya, Manta, Matilla, Valdebrón, Lajares, Roque –anteriormente Rico Roque–, Calderera, Peñaerguida y Villa-verde (pp. 840-841).

Asimismo, Viera y Clavijo (1982a) señala que

Los puertos, radas y caletas de Fuerteventura son: Corralejo y Tostón, en la costa del Norte; Puerto de la Peña, de Amenay, y Punto Nuevo, en la del Oeste, Playa de Ojos y Playa de Sotavento, en Jandía; Tarajalejo y Gran Tarajal, en la del Sur; Pozonegro, Caleta de Fustes, Puerto de Cabras y Puerto de Lajas, en la del Este (pp. 840-841).

La Villa de Betancuria, como ya se ha dicho antes, continúa siendo la capital de Fuerteventura —título que ostenta desde la conquista de la isla—, aunque ya desde principios de este siglo comienza a rivalizar con Antigua por mantener esta categoría (Roldán 1966, p. 19). Sin embargo, durante este siglo, Betancuria entra en un periodo de decadencia que comienza con la marcha de los Señores de esta isla —hasta ese momento residentes en ella— a Tenerife a finales del siglo XVII. Ya en el siglo XVIII, la pérdida de importancia de la Villa se ve agudizada por el desarrollo poblacional y económico del resto de la isla, pues su enclave aislado dentro de la geografía insular la incapacita para administrar el resto de los municipios, por lo que se hace necesario descentralizar varios de los cometidos civiles, religiosos y militares que hasta ese momento se gestionan en Betancuria. Esta descentralización supone el ascenso socioeconómico de La Oliva y Antigua, hecho que da lugar a una pugna entre estos tres municipios por la capitalidad de la isla y que acaba en el siglo XIX, con el traspaso de esta categoría primero a Antigua y, finalmente, a Puerto de Cabras, hoy Puerto del Rosario (Cerdeña 2007, pp. 40-41).

El aspecto de los pueblos mayoreros en el siglo XVIII no debe de diferir mucho del que éstos presentan bien entrado el siglo XX. Así pues, por entonces, la gran mayoría de las casas son de piedra y cal, con techo de torta —mezcla de barro y paja—, de un solo piso (Roldán 1966, pp. 19-20) y suelo de laja (Glas, 1976, p. 37). Solamente una media docena de casas en Betancuria, y algunas más dispersas por la isla, poseen dos pisos y techo de teja. No hay calles, y los únicos edificios industriales que existen en Fuerteventura son algunos molinos, hornos de cal y cillas para almacenar el grano después de ser trillado en las eras comunes (Roldán 1966, pp. 19-20).

La parte sur de la isla se encuentra casi completamente despoblada, tal y como atestigua George Glas (1976): “La otra mitad de la isla llamada Jandía, es totalmente desolada, sólo aquí y allí se encuentra alguna choza de pastor, pues no existen pueblos ni granjas en este lado de la isla” (p. 28). Gracias a un extenso documento encontrado en el Archivo Histórico Nacional, se puede saber que, a principios del siglo XIX, se intenta establecer un poblamiento humano en la Dehesa de Jandía, aunque sin mucho éxito (Archivo Histórico Nacional, Consejo, Leg. 4.061, Expediente 16, en Santana Pérez 1998, p. 174).

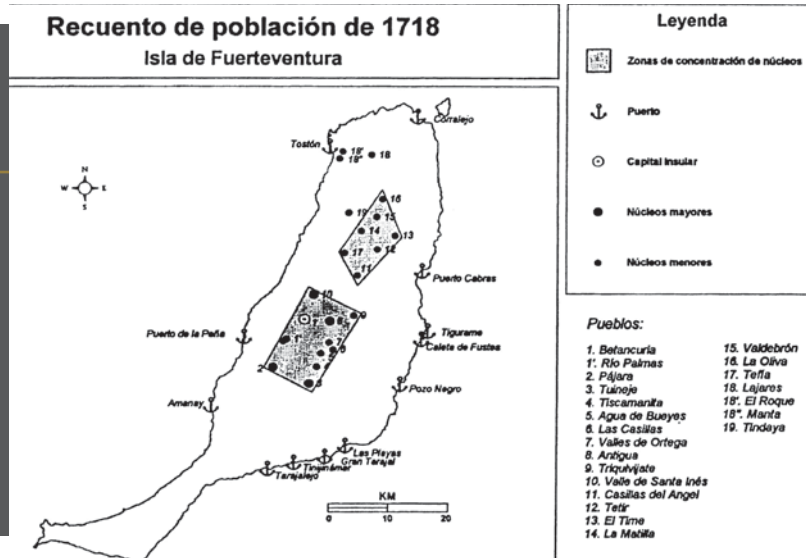
Hay que esperar hasta el siglo XX para ver el desarrollo de la zona sur mayorera, primero gracias al cultivo del tomate, y después por el efecto del turismo. Lo mismo se puede decir de la costa oriental, donde se asientan los principales núcleos de población actuales —Puerto del Rosario, Gran Tarajal y Corralejo—, cuyo crecimiento se origina a raíz del comercio del siglo XX y cuando no existe el peligro de ataques piratas (Roldán 1966, p. 19).



Lugares descritos por Viera y Clavijo.

Fuente: Índice de ilustraciones (10)

Para conocer el número de habitantes existente en Fuerteventura durante la primera mitad del siglo XVIII se cuenta con los documentos estudiados por Antonio Bruquetas de Castro (1996) que se hallan en el Archivo Histórico Nacional y que hacen referencia a una sesión abierta del Cabildo mayorero, celebrada el 14 de diciembre de 1718, en la cual participantes en la misma indican de qué localidad proceden y a cuántos vecinos representan. En total, son 1.215 los vecinos de la isla, "...distribuidos irregularmente por la geografía insular, y que vendrían a suponer unos 5.500 habitantes" (Bruquetas 1996, pp. 453-454).



Fuente:
Índice de ilustraciones (11)

En ese año, 1718, el 78,8% de la población se concentra en el espacio comprendido entre el Valle de Santa Inés, Triquivijate, Tuineje y Pájara, o lo que es lo mismo, circundando el Macizo de Betancuria. Un 19% de la misma se localiza entre Casillas del Ángel, Tefía, La Oliva y El Time, en la parte superior de la isla. Por el contrario, el resto de la isla está prácticamente deshabitada, a excepción de unas pocas localizaciones sin apenas relevancia en el norte (Bruquetas 1996, p. 454).

Respecto a la segunda mitad del siglo XVIII, Viera y Clavijo (1982a) cuenta en sus *Noticias de la Historia de Canarias* que:

En 1744 había en Fuerteventura 7.382 almas, según la visita del ilustrísimo obispo Guillén. En 1768 había 8.863, según la matrícula que existe en la secretaría de la presidencia de Castilla remitida por el vicario general del obispado. De suerte que en el espacio de 24 años tuvo la población 1.481 personas de aumento (p. 842).

Este incremento de 60 habitantes por año es característico de un "ciclo demográfico antiguo", causado por las altas cifras de natalidad y de mortalidad propias de esta época (Santana y Monzón 1987, p. 149).

Recuento de vecinos	de 1718	de 1772 (*)
La Villa y Río Palmas	90	75
Pájara y su distrito	200	79
Tuineje	107	82
Tiscamanita	80	62
Agua de Bueyes	30	18
Las Casillas	11	16
Valles de Ortega	9	7
Antigua	160	87
Triquivijate	60	32
Valle de Santa Inés	160	34
Casillas del Ángel	50	61
Tetir y El Sordo	60	59
El Time	40	26
La Matilla	20	18
Valdebrón	20	12
La Oliva	40	59
Tefía	20	22
Lajares, Roque y Manta	20	18
Tindaya	18	18
Total	1.215	805

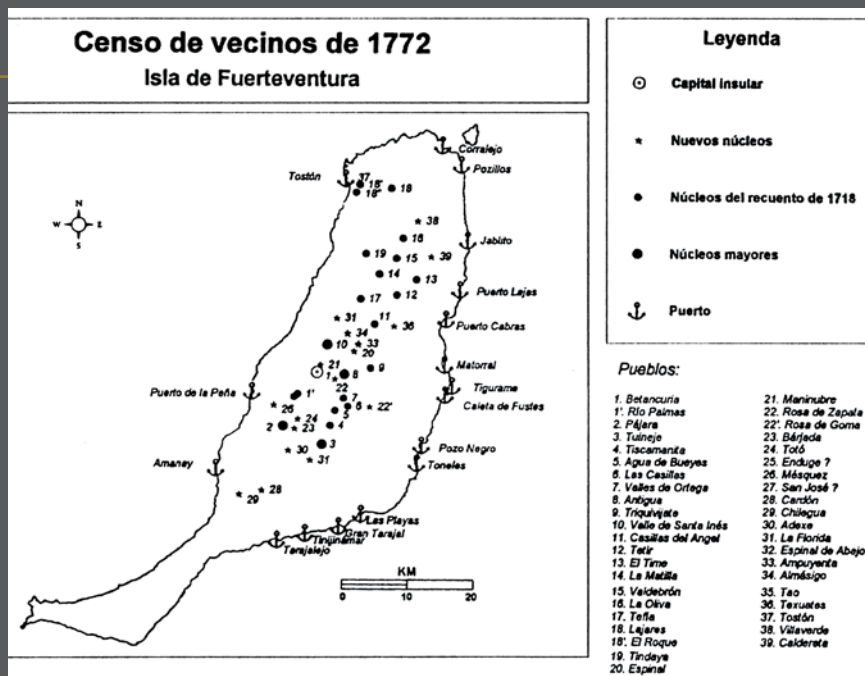
Fuente: Índice de ilustraciones (11)

Gracias a la realización de varios censos durante la segunda mitad de este siglo, es posible conocer la distribución aproximada de la población mayorera en esta época. Dos documentos engloban a los habitantes en tres distritos que incluyen al resto de aldeas y pueblos: Betancuria, La Oliva y Pájara. Esos textos son el "Compendio de las ciudades, villas, lugares, aldeas y otras poblaciones en la comprensión y distrito de la Real Cancillería de Granada, con distribución de los que tocan a las Reales Audiencias de Sevilla y Canaria y con expresión de sus vecinos, jurisdicciones eclesiásticas y seculares", de 1755, y el Censo de Aranda, de 1768. Los resultados de ambos revelan que la población de Fuerteventura aumenta en 370 personas durante esos trece años (Santana 1998, pp. 158-159).

POBLACION QUE APARECE EN LA DESCRIPCION DE FUERTEVENTURA EN 1772				POBLACION QUE APARECE EN LA DESCRIPCION DE FUERTEVENTURA EN 1772 (continuación)			
Lugares y pagos	Vecinos	Hombres de 12 a 59 años	Hombres de más de 60 años	Lugares y pagos	Vecinos	Hombres de 12 a 59 años	Hombres de más de 60 años
Betancuria	53	60	2	Llanos de Sta. Inés	18	21	2
Río Palmas	22	24	1	Valle de Sta. Inés	35	53	7
Espinal de Arriba	4	6	0	Florida de Tao	4	6	1
Triquijate	32	40	5	Tefía	22	28	4
Antigua	87	90	9	Casillas del Angel	61	70	7
Maninubre	4	9	0	Tejuacán	11	14	1
Agua de Bueyes	18	24	4	Time	26	29	4
Casillas de Morales	16	25	2	Tetir	59	73	8
Valle de Ortega	7	7	2	La Oliva	59	90	12
Rosa de Zapata y Goma	13	12	0	Villaverde	34	56	3
Pájara	79	99	7	Lajares	18	40	2
Barjada	10	19	1	Tostón	20	35	1
Toto	28	39	2	Tindaya	18	26	4
Endugue	4	4	1	Matilla	18	36	2
Mezque	4	5	0	Vallebrón	12	21	5
San José	31	49	3	Caldereta	13	22	2
Cardón	6	14	0	TOTAL	1.056	1.372	137
Chilegua	4	6	1				
Adejes	4	12	1				
La Florida	18	21	1				
Tiscamanita	62	58	12				
Tuineje	82	87	14				
Espinal de Abajo	4	7	1				
Ampuyenta	25	22	2				
Almácigo	12	13	1				

La población de Fuerteventura a fines del Antiguo Régimen

Fuente: Índice de ilustraciones (10)



Fuente: Índice de ilustraciones (11)

Finalmente, para cuantificar la población de Fuerteventura en 1787 se conocen dos fuentes. La primera es el Censo de Floridablanca, publicado por Jiménez de Gregorio, que arroja una cifra de 10.614 habitantes distribuidos en seis distritos pero que cuenta con varios fallos en los cálculos que invalidan dicho recuento. La segunda fuente es un documento referido al estado general de Canarias en 1787, perteneciente al Archivo de la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Tenerife, que arroja unas cifras de 11.838 habitantes para Fuerteventura (Santana 1998, pp. 171-173).

<i>Pueblos</i>	<i>Habitantes</i>
Sta. M. ^a de Betancuria	2.811
Pájara	2.602
La Oliva	2.544
La Antigua	1.593
Vega de Tetir	1.064
TOTAL	10.614

Fuente: Índice de ilustraciones (10)

<i>Pagos</i>	<i>Población</i>
Villa de Betancuria	1.454
Maninubre	315
Río Palmas	190
Llanos y Majadillas	681
Ampuyenta	383
Tefía, Tao y Bola Sorda	306
Casillas del Ángel	804
La Oliva	575
Villaverde	413
Roque	215
Lajares	150
Tindaya	282
Vallebrón	257
Matilla	147
Pájara	971
San José	382
Tiscamanita	529
Tetir	831
Time	285
Pueblo	782
Triquivijate	383
Pocetas	175
Casillas de Morales	310
Agua de Bueyes	198
TOTAL	11.838

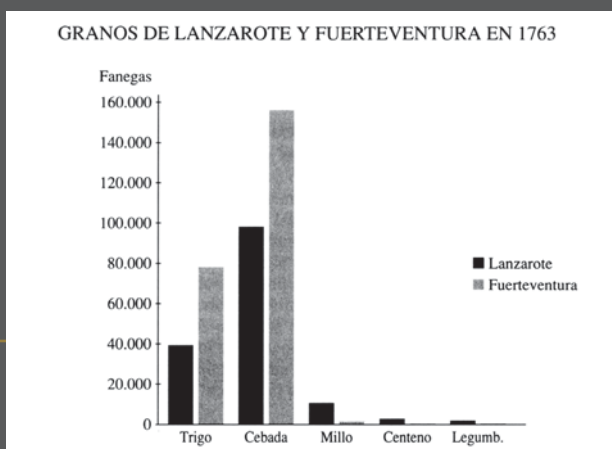
Fuente: Índice de ilustraciones (10)

1.4.3. ECONOMÍA

El panorama económico de Fuerteventura desde mitad del siglo XVII y durante todo el siglo XVIII está marcado por las hambrunas, causadas principalmente por la explotación de la ganadería y de la agricultura como únicos recursos económicos en un medio caracterizado por la escasez de lluvias. Además, los cultivos, limitados a los cereales de secano, se hallan muy perjudicados por las plagas de alhorra y de langosta. A esto hay que unir la insignificante actividad pesquera, reducida a escasos barcos que faenan mayormente en los puertos de Corralejo y de Amanay (Roldán y Delgado 1967, pp. 24-25).

1.4.3.1. Agricultura

Al igual que en las dos centurias precedentes, la agricultura mayorera en el siglo XVIII se basa en el cultivo de trigo y de cebada principalmente; a menor escala, también se producen millo, centeno y legumbres (Santana 1995, p. 151).



Fuente: Índice de ilustraciones (12)

Los múltiples «rompimientos» y la ampliación de las rayas o límites de las vegas que se realizan en este siglo, permiten que la producción de cereal aumente con respecto a la del siglo XVII. Aún así, continúan alternándose años productivos con periodos del todo baldíos, siendo estos últimos casos, desafortunadamente, los más frecuentes. Así lo recoge un documento del Cabildo de 1775, en el que se puede leer que, de los 35 años que pasan desde 1740 hasta ese momento, se contabilizan “17 totalmente estériles, 8 medianos y 10 buenos”. En los años “medianos” se recoge una cosecha de aproximadamente 80.000 fanegas –equivalente a 50 kilos de trigo y a 36 kilos de cebada–, mientras que en los años más provechosos esa cantidad se eleva hasta situarse cerca de las 200.000 fanegas. Los granos, una vez recolectados, son almacenados por los campesinos en pajeros para evitar que el calentamiento dé lugar a la aparición de gorgojos (Roldán y Delgado 1970, p. 35).

A mitad de siglo, empieza a cultivarse la barrilla en terrenos que hasta ese momento se utilizan para producir cebada. Entre ellos, los más apropiados para el nuevo producto son los que se encuentran en las zonas norte y occidental de la isla. Al finalizar la centuria, una vez que el cultivo de barrilla tiene éxito y se extiende, la Iglesia trata de aplicarle el diezmo, al igual que a otros cultivos, lo que origina, a principios del siglo XIX, un serio conflicto con los habitantes perjudicados por esta medida (Roldán y Delgado 1970, p. 36).

1.4.3.2. Ganadería

En el apartado 1.3. se ha comentado cómo a finales del siglo XVII la cabaña ganadera en Fuerteventura disminuye. Por este motivo, si en esa época, para ser un ganadero propiamente dicho es preciso disponer de más de cien cabras u ovejas, en el siglo XVIII, la cantidad media de ganado caprino u ovino se reduce a unos 20 o 30 ejemplares. El resto de los habitantes, según revelan los testamentos de la época, únicamente poseen “seis u ocho animales de esta clase [cabras u ovejas], prácticamente ninguna vaca y uno o dos camellos”. En cuanto a cifras totales, un censo elaborado en 1721 contabiliza, incluyendo asnos y camellos, un total de 3.450 animales de ganado mayor y 3.737 animales de ganado menor en Fuerteventura (Roldán y Delgado 1970, p. 37).

Número de cabezas de ganado en Fuerteventura según las estadísticas de Ruiz Cermeño (1771), Tabalosos (1776) y Escolar (1802)

Años	1771	1776	1802
Caballos	39	97	300
Camellos	1.573	2.052	2.216
Asnos/Burros	441	882	1.462
Vacas	1.585	3.438	5.443
Cabras	16.032	39.707	25.613
Ovejas	5.347	9.666	17.927
Cochinos	34	310	1.282
Mulos	—	7	—

Fuente: Índice de ilustraciones (13)

Durante los siglos XVII y XVIII, la ganadería tiene que enfrentarse al mismo problema que atenaza a la agricultura: la sequía, que poco a poco va dejando sin pastos a la isla mayorera. Esto hace que los animales se vean obligados a atravesar extensos territorios para poder encontrar abrevaderos y “pastos de aulaga y cardos, casi únicos en Fuerteventura”. Los dueños de los terrenos más fértiles destinan reducidas partes de éstos —denominadas «manchones»— a su uso como pastizales (Roldán y Delgado 1970, p. 37).

Los animales no están estabulados, por lo que cada año se realiza una apañada para poder reunirlos y que sus dueños los marquen con un herrete en la oreja (Roldán y Delgado 1970, p. 24). Este libre esparcimiento del ganado, típico de la isla desde la época prehistórica, supone un problema para la agricultura, pues el ganado destroza los terrenos reservados para el cultivo. Por este motivo, en 1744, el señor territorial, Francisco Bautista Benítez de Lugo Arias y Saavedra, establece el mandato de que (Roldán y Delgado 1970, p. 37)

...se retiren los ganados a las costas y caminos para evitar el daño que producen en las vegas, y que esto se realice desde que comiencen las sementeras hasta que estén totalmente recogidas las cosechas en las eras, incluso cuando los dueños de los ganados lo sean también de las sementeras, y lo mismo ocurra con los manchones, o tierras que dejan en medio de los sembrados (Roldán 1966, p. 69).

A pesar de las dificultades, la ganadería constituye, tras la agricultura, el sector económico más importante de Fuerteventura durante los siglos XVII y XVIII, que genera frecuentes ganancias gracias a la venta de quesos y, en menor medida, de reses vivas y de cueros (Roldán y Delgado 1970, p. 37).

1.4.3.3. Pesca

La importancia de este recurso económico es muy escasa en el siglo XVIII, al igual que en épocas anteriores. La zona más idónea para practicar la pesca, que es la costa oriental, aún no cuenta con asentamientos de población por entonces, en parte, por el miedo que existe a los ataques piratas. No es hasta un siglo después, en el XIX, cuando se crean los pueblos pesqueros de Corralejo, Gran Tarajal y Morro Jable. La mayor parte de los pequeños barcos de pesca que faenan en Fuerteventura proceden de Gran Canaria o de Tenerife, y dado que los pescadores de estas embarcaciones comercian con la captura posteriormente en otras islas, el Cabildo mayorero determina que, si se encuentran en Fuerteventura los viernes o las vigilias de la Cuaresma, están obligados a venderla en esta isla (Roldán y Delgado 1970, pp. 37-38).

Esta medida da una idea de lo exigua que es la pesca en Fuerteventura en este siglo. De hecho, cuenta Roberto Roldán Verdejo que “En las memorias testamentarias de la época, tan sólo en una hemos visto a un testador propietario de una barca pesquera con sus aparejos”. Esto mismo viene a decir el Acta del Cabildo de octubre de 1784 (Roldán y Delgado 1970, pp. 37-38) al indicar que “...solo hay un barco de pesca en esta isla que haga su trabajo en las costas de Berbería y su «aportación» es regularmente al Puerto de Caleta Fustes” (Roldán 1966, pp. 204-205).

El origen de esta falta de interés en la explotación de la pesca hay que buscarlo en “El carácter agrícola de los colonizadores normandos primero y de los andaluces después...”. A esto hay que añadir el temor a las invasiones extranjeras y a los ataques piratas, lo que hace que la costa oriental de Fuerteventura, la más propicia para la pesca, se encuentre prácticamente despoblada hasta el siglo XIX. Sin duda, si los habitantes de la isla hubiesen recurrido a los

recursos marinos en estas centurias, habrían tenido “de sobra con qué alimentarse en tantos años de hambre, dada la proximidad del rico banco sahariano y la misma abundancia ictiológica de las costas isleñas” (Roldán 1968, p. 27).

Las costas de Lanzarote y de Fuerteventura proporcionan pescado de varias especies y en abundancia, en particular una especie de bacalao que aquí llaman cherne, de mejor gusto que el bacalao de Terranova o del Mar del Norte. Se pesca también aquí otro pez de un gusto mejor aún, llamado mero: es tan largo como un bacalao, pero más grueso, y tiene largas barbillas o bigotes que le cuelgan de la boca (Glas 1976, p. 34).

1.4.4. INDUSTRIA

La industria existente en la Fuerteventura del siglo XVIII se dedica a la extracción de piedra de cal, que luego se exporta al resto del Archipiélago tanto en bruto como calcinada. Aunque ya existen en este periodo varios hornos de cal, éstos apenas son productivos (Roldán y Delgado 1970, p. 38). También existe una industria de la artesanía, que se concentra en el telar y en la cerámica; en esta última sobresalen los alfareros del Valle de Santa Inés (Roldán y Delgado 1970, p. 38).

Lo que no hay en la isla mayorera en este siglo son salinas. En 1681 se inicia la construcción de una de ellas en Gran Tarajal por orden de Fernando Mathías Arias y Saavedra; sin embargo, un informe remitido en 1789 a Madrid desde Canarias señala la no existencia de salinas en Fuerteventura, lo que lleva a pensar que la anterior no llega a terminarse (Roldán y Delgado 1970, p. 38).

1.4.5. COMERCIO

Al igual que en los siglos XVI y XVII, en este periodo Fuerteventura sigue suministrando a las islas realengas, especialmente a Tenerife, el cereal del que éstas son deficitarias, y a ellas va a parar, aproximadamente, la mitad de la cosecha que se recoge en Fuerteventura durante los años de lluvias, tal y como atestigua el visitante George Glas (1976) en 1764:

En Lanzarote y en Fuerteventura se producen varias clases de cereales, es decir, trigo, cebada, maíz, en tal abundancia que no sólo abastece a los habitantes, sino a los de Tenerife y La Palma, las cuales dependen muchísimo de aquellas islas para su sustento (p. 32).

André—Pierre Ledru (1982), otro viajero, en este caso francés, que visita Tenerife en 1796, cifra en 150.000 las fanegas de trigo y de cebada que Fuerteventura produce anualmente, de las que 70.000 se exportan a otras islas (p. 39). De hecho, es en esta época cuando Viera y Clavijo (1982a) no duda en denominar a Fuerteventura “el principal granero de todas las Canarias¹¹” (p. 838).

Además, la exportación de cereales de Fuerteventura a Tenerife aumenta en este siglo con respecto al anterior, debido al crecimiento de la población tinerfeña, lo que implica una mayor necesidad de alimento para abastecer a sus habitantes (Macías 1978, p. 25 y 36, citado en Santana 1995, p. 163).

Aunque el Cabildo de Fuerteventura prohíbe la salida de granos de la isla, por prevención, los vendedores consiguen llevar el cereal en camellos a los puertos de Tostón, La Peña y Caleta de Fuste, desde donde lo embarcan rumbo a las islas ya mencionadas. De esta manera, las familias más influyentes de Fuerteventura, como los Sánchez Umpiérrez y los Cabrera, logran reunir con este comercio interinsular un inmenso capital, como ocurre en el caso del coronel Agustín de Cabrera, una de las personas económicamente más poderosas de todo el Archipiélago Canario en el siglo XVIII (Roldán y Delgado 1970, pp. 39-40).

La función que convierte a Fuerteventura en granero de las islas centrales hace que el comercio con otros países sea inexistente en este siglo, al igual que en los anteriores. El comerciante inglés George Glas (1976) es testigo en 1764 de esta realidad:

¹¹Esta exportación de cereales desde Fuerteventura a otras islas del Archipiélago se ve interrumpida durante los años de sequía, pues cuando “...su suelo, privado de ríos y con sólo un pequeño número de fuentes, está demasiado seco, se vuelve de una esterilidad horrible”. En esos periodos, bastante abundantes en este siglo y en el anterior, la falta de cosechas no sólo impide este comercio interinsular, sino que deja sin alimento a los habitantes mayoreros y los obliga a emigrar a las islas centrales para evitar morir de hambre (Ledru 1982, p. 39), aunque su suerte no siempre mejora en el lugar de destino.

La exportación de grano está prohibida de forma muy poco política desde la isla a ningún lugar, excepto a las demás islas; lo que significa que en un año de abundancia baja a tan poco valor que apenas paga los gastos de cosecharlo (p. 57).

Esa imposibilidad de vender sus productos en otras regiones también es recíproca, pues “Ningún barco va directamente de Europa a estas islas, porque el consumo de artículos europeos en ellas es tan lento y de tan poca importancia, que no merecería la pena”. La consecuencia de esta situación es que “...los nativos no tienen relación con extranjeros; por tanto, no pueden distinguir un inglés de un holandés, danés o sueco;...” (Glas 1976, pp. 57-58).

Las familias adineradas de Fuerteventura tratan de establecer relaciones comerciales con la isla de Madeira y con América, pero en ambos casos fracasan. Desde finales del siglo XVI y hasta principios del XVII Fuerteventura mantiene negocios con Madeira, pero éstos cesan a partir de 1640, fecha en que Portugal se independiza de España. En 1777 el Cabildo mayorero solicita al comandante general de Canarias, el Marqués de Tabalosos, la concesión de licencia para comerciar con Madeira; sin embargo, aunque dicho permiso es concedido, ningún producto mayorero se destina a la isla portuguesa hasta el siglo XIX, cuando se empieza a exportar barrilla (Roldán y Delgado 1970, p. 40).

1.4.6. ALIMENTACIÓN

En su visita a Fuerteventura en 1764, el comerciante inglés George Glas (1976) observa que

...la alimentación de los campesinos consiste ordinariamente de lo que llaman gofio, que se compone de harina de trigo o cebada tostada; mezclan esa harina con un poco de agua, haciendo una masa, y así la comen. Esta sencilla dieta no exige ni cucharas, ni cuchillos, ni tenedores. A veces, sin embargo, aportan un refinamiento a esta comida, mojando cada puñado en miel o melaza. En invierno, cuando la hierba está mejor, disponen de abundante y rica leche, en la que mojan el gofio, comiéndolo así, usando conchas en vez de cucharas: para un hombre hambriento es ésta una comida excelente. Otro modo de preparar el gofio es echándolo en leche hirviendo, dando vueltas hasta que esté suficientemente hervida y espesa. Aunque la gente pobre, en ocasiones particulares tales como grandes fiestas, bodas, etc., comen carne y pescado, el gofio es su comida ordinaria [...] Apenas beben vino, y casi ninguna otra cosa que agua (pp. 37-38).

En los periodos de grandes hambrunas, en los que la sequía deja a la población sin cosecha de cereales y la cabaña ganadera se reduce considerablemente, los mayoreros recurren al cosco o a su variante el cofe, una planta herbácea con cuya semilla molida se elabora un alimento similar al gofio. La importancia de esta hierba para la supervivencia durante los años difíciles, hace que se dedique una especial atención a su conservación. Así, en julio de 1770—año en que Fuerteventura vive una de las peores hambrunas del siglo XVIII— el Cabildo prohíbe que se recoja cofe para quemarlo y vender las cenizas para hacer vidrio, pues los vecinos más pobres necesitan esta planta para alimentarse (Roldán 1966, pp. 18-19). En 1787, además de tomarse la misma medida, las camelladas son obligadas a retirarse a las zonas de costa para no dañar el cofe (Roldán 1966, p. 19) “a fin de que con dicha hierba «escapen las vidas», como ha sucedido en otros años de igual indigencia que en el presente...” (Roldán 1966, p. 225).

1.4.7. HAMBRE

Si algo caracteriza la vida en Fuerteventura durante los siglos XVII y XVIII, es el padecimiento de una hambre que, tal y como afirma Roberto Roldán Verdejo (1966), se puede calificar de “endémica, muy lógica en un país sin apenas lluvias, que vive exclusivamente de cereales cultivados en régimen de secano, ...”. A esta escasez y a los periodos de ausencia total de lluvias durante largo tiempo, hay que añadir los efectos sumamente nocivos de las continuas plagas de alhorra y de langosta (Roldán 1966, p. 17).

La sequía y la falta de cosechas se agravan por la ausencia de dinero moneda en la isla, lo que impide que se puedan comprar productos de fuera y obliga a recurrir al trueque. En este caso, los alimentos tienen dos tasaciones: una más barata si se paga con dinero, y otra más cara si se paga en especies. Así, cuando llegan a la isla mercaderes que traen vino, aceite y ropa, los habitantes tienen que entregarles grandes cantidades de productos de la tierra—trigo, cebada y queso—, pues a éstos se les asigna el precio más bajo posible (Roldán y Delgado 1970, p. 46).

En los años más nefastos, cuando no hay nada que comer, la falta de dinero que imposibilita la compra de granos de otras islas, obliga a muchos habitantes a emigrar, debiendo alimentarse, los que permanecen en Fuerteventura, a base de hierbas para sobrevivir (Roldán y Delgado, 1970, p. 17):

...pues si hubiera habido dinero con que comprarlos se hubiera hecho duplicada labranza, pues en muchas poblaciones de la isla no se sembró la tierra por falta de simientes y la misma escasez de dinero motiva que muchísimos carezcan de alimentos, estando a pasarse con hierbas solas, aun los más hacendados (Roldán 1966, p. 17).

Por si fuera poco, a todo esto hay que añadir el cobro del derecho de quintos, ya citado (Roldán y Delgado 1967, p. 12). Este impuesto proviene de la licencia que los Reyes Católicos otorgan al conquistador Diego García de Herrera en 1476 para establecer un gravamen sobre los productos que se extraen de Canarias y, con el dinero obtenido, construir fortalezas en las islas. Sin embargo, la recaudación de este impuesto no se utiliza para levantar ningún edificio defensivo, sino que acaba yendo a parar a las arcas personales de los señores territoriales (Roldán y Delgado 1967, p. 30).

El cobro del derecho de quintos es arrendado por los señores a varias personas, cuya ambición y rigidez hacen que las ganancias obtenidas con la recaudación vayan aumentando enormemente con el paso de los años. A tal extremo llega la codicia de los arrendatarios que lo que se obtiene por este gravamen en Fuerteventura acaba constituyendo "una cuarta parte del valor de los pocos granos, quesos, ganados y orchillas que la isla exportaba, con lo que a veces, pagados fletes, costos, quintos y diezmo de la Iglesia, apenas le quedaba al campesino exportador para pagar la simiente de la cosecha" (Roldán y Delgado 1967, p. 12).

Los cobradores de este impuesto son especialmente severos con Fuerteventura, pues en las islas realengas –Gran Canaria, Tenerife y La Palma– la recaudación del derecho de quintos es de un 6%, mientras que en la isla mayorera esta cantidad se eleva hasta alcanzar el 25%. No resulta extraño, por tanto, la desesperación de los habitantes mayoreros por verse libres de un impuesto que los ahoga. Para ello, en el siglo XVIII se inicia un proceso judicial que pretende acabar con el citado gravamen, algo que no sucederá hasta el siglo XIX (Roldán y Delgado 1967, p. 30).

1.4.8. ENSEÑANZA

El estado de la enseñanza en esta época no difiere del que caracterizaba a la anterior centuria, si bien en el siglo XVIII se percibe un intento por mejorar la situación. En julio de 1769, el Cabildo recibe una carta del Regente de la Real Audiencia, Pedro de Villegas, en la que se informa de "un proyecto de escuelas para evitar el total descuido en que se halla la aplicación de los niños a las Letra y Doctrina Christiana" (Roldán 1966, p. 148). Ante esta notificación, el Cabildo toma la decisión de dotar a cada pueblo mayorero con una escuela de primeras letras, para lo que se hace necesario el nombramiento de maestros y la colaboración de los vecinos para el pago a los mismos. Sin embargo, el acuerdo no parece llevarse a cabo, pues en 1793, el síndico personero, Manuel Cardona, confirma la total ausencia de maestros en Fuerteventura, hecho que obliga a los padres que se lo pueden permitir a enviar a sus hijos fuera de la isla para que reciban formación académica. Ante esta perspectiva, el Cabildo insiste en la conveniencia de que cada localidad de la isla costee la estancia de un maestro, y les insta a que indiquen la cantidad que pueden aportar para tal fin. No se vuelve a tener conocimiento de este acuerdo, por lo que se deduce que el digno propósito no pasa del intento (Roldán y Delgado 1970, p. 49).

El analfabetismo y la falta de instrucción de la población mayorera conllevan también su aislamiento y un desconocimiento absoluto de la realidad exterior. El pueblo llano apenas sabe nada de lo que acontece en el resto del país, tal y como demuestra la llegada a la isla en 1764 de George Glas (1976), quien describe: "Cuando llegamos allí, [...] se extendió por el pueblo la noticia de la llegada de un forastero, y todos los habitantes quisieron verme; me hicieron un montón de curiosas preguntas sobre Inglaterra y España, estando tan poco enterados acerca de la última como de la primera" (p. 39).

1.4.9. SANIDAD INSULAR Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

"Los ingleses y los demás extranjeros en las Islas Canarias se lamentan mucho de la falta de buenos médicos y cirujanos, y no sin motivo; pues ¿a qué otra razón se puede atribuir que los nativos estén tan invadidos por el prurito y las enfermedades venéreas, que podrían ser tan fácilmente erradicadas?"

George Glas

Descripción de las Islas Canarias, 1764

1.4.9.1. Remedios usados en Canarias

En este capítulo, conviene recurrir nuevamente al doctor Juan Bosch Millares (1967) para conocer los remedios contra ciertas enfermedades que se utilizan en el siglo XVIII, entre los que destacan las unturas.

Mal de orín. Poner lavativas de malva, hierba ratonera, miel de caña y bastante aceite. Si tenía dolor, bañarse con unguento altea, tomar aceite de almendras en el caldo y refrescos de agua de cebada blanca con azúcar rosado de la botica y, al final, un purgante de sen y maná.

Abscesos. Poner parches de diaquilón gomado y, si era preciso, sangría. Una vez abierto, lo curaban durante tres días con hilas de unguento amarillo y después con dos cuartos de unguento de Isíaco que tiene color de miel de caña. Para cicatrizarlos ponían una pasta de unguento blanco mezclado con el de Isíaco sobre una planchita de hilas.

Tiña. Untar una o dos veces, cada día, una onza de unguento rosado mezclado exactamente con un gramo de precipitado blanco, o con cicuta, y tomar de tiempo en tiempo un purgante.

Tos seca y remitente. Coger dos adarmes de espermas, dos onzas de aceite de almendras dulces, dos adarmes de manteca de cacao y unguento de malvaloca. Con todos estos ingredientes bien mezclados, se hacía una pomada que se ponía al paciente en el pecho mientras se acostaba y se le daba el lamedor antirreumático por las mañanas y tardes, seguido de algunos vasos de agua.

Sofocación o estérico. Daban este nombre al ataque de histerismo, que trataban tomando un baño de pies seguido de una taza de agua de toronjil y unas cataplasmas de mostacilla majada con vinagre y migajón de pan, que se aplicaban tibias a las plantas de los mismos. Si no se quitaba el ataque, recurrían a la sangría extrayendo la cantidad de cuatro onzas.

Dolor de costado. Practicar una sangría sin pérdida de tiempo, una cantárida y dos lavativas.

Retención de orina. Tomar un vaso de agua por la mañana y otro por la tarde, de almirones, a los que se les echaba un poquito de lamedor hecho con la misma planta.

Inflamación de garganta. Darse baños de mar.

Enfermedades venéreas. Echar un adarme de mercurio dulce en medio huevo de agua del tiempo y, después de estar bien revuelto, tocar con una pluma, tres o cuatro veces al día la parte enferma de los órganos genitales.

Hinchazón del pene. Coger un real de agua de Vegeto, añadirle unas gotas de aguardiente fuerte tibio y colocar alrededor del miembro unos paños de la mezcla, varias veces al día y de noche.

Insulto. Llamaban así a la hemorragia cerebral y, si era producida por una francachela, le daban el nombre de apoprético. Para tratarla aconsejaban tomar un vaso de agua de cebada con tres polvos de nitro, a las diez de la mañana, y una sangría a las cinco de la tarde.

Reumatismo. Al que adolecía de dolores reumáticos lo sangraban dos o tres veces con separación de un día entre ellas; la primera en la mano y la segunda en el pie, sacando ocho onzas en cada una. Lo purgaban, y a continuación durante seis días seguidos le ponían una lavativa y le daban dos refrescos de leche cuajada con un poco de azúcar. Al final de ellos, volvían a purgarlo. Al día siguiente, a las seis de la mañana, tomaba una pastilla antirreumática que se calentaba al fuego dentro de un chocolatero que no fuera de cobre, con la porción de agua necesaria para hacer una onza. Una vez deshecha, y antes de que hirviera, se tomaba tibia a modo de chocolate. Dos horas después, ingería una taza de caldo, y dos más tarde un vaso de agua. Pasados dos días se tomaba otra pastilla preparada de la misma forma, y una tercera, transcurrido dicho tiempo. Con este remedio y algunos refrescos de agua de cebada, cedían la inflamación y el dolor.

Dolor de piernas. Baños de vino y hierbabuena bendita.

Flemas y apostemas. Para quitar las flemas que descendían de la cabeza a los pechos y los apostemas, tomaban la simiente del cerezo y bien molida la echaban en dos huevos asados, en lugar de sal. A continuación cogían resina de pino, la disolvían en vino y se la bebían. Con ello desaparecía la tos del pecho, se abrían los caños y se maduraban los apostemas. También quitaban la tos envejecida con avellanas asadas.

Sarna. Para refrescar la sangre y evitar la sarna, cogían un cuartillo de avena, lo lavaban en agua tres veces, le añadían tres puños de almirones frescos con hojas y raíces, que no tuvieran corazón, y volvían a lavarlas otras tres veces. El todo lo ponían en una cazuela con diez cuartillos de agua, lo hervían durante tres cuartos de hora, y le echaban media taza de miel de abejas buena y media onza de nitro. Después de bien revuelto, volvían a hervirlo durante un cuarto de hora para, una vez frío, colocarlo en botellas de vidrio.

Obstrucciones del hígado y hipocondrios. Coger dos onzas de maná, media de sal de higuera, dos dracmas de crema de tártaro, una dracma de sen, media de salapo y deshacerlo todo en un vaso de agua. Colarlo hasta reducirlo a la cuarta parte y tomarlo tibio. Una vez que el enfermo empezaba a obrar, se le daba con frecuencia caldo de gallina o de vaca fresca y clara (pp. 265-268).

1.4.9.2. Prevención de epidemias en Fuerteventura

Al igual que sucede en el siglo XVII, durante todo el siglo XVIII el Cabildo majorero recibe continuas noticias de la autoridades canarias y de diversas Juntas de Sanidad referidas a epidemias existentes en otros países, así como indicaciones sobre las medidas preventivas que deben tomarse para evitar un posible contagio (Roldán 1966, p. 20), siendo las enfermedades infecciosas de las que se tiene noticia, por orden cronológico, las siguientes:

Berbería (1711): el Capitán General de las islas, Fernando Chacón Medina y Salazar, envía una carta al Cabildo majorero en la que

...da cuenta de la peste que hay en Berbería para que se esté con cuidado por si arribara alguna embarcación. Acuerdan que el Alcalde Mayor publique auto para que nadie hable con persona que desembarque en la isla de embarcaciones extrañas, sin que primero sean visitadas. El escribano demostrará luego esta carta al Coronel de la isla, D. Pedro Sánchez Umpiérrez, para que ponga cuidado en las atalayas; y a los Beneficiados y Guardián del Convento [se refiere al convento de San Buenaventura en Betancuria] para que invoquen la misericordia divina (Roldán y Delgado 1967, pp. 196-197).

Levante (1726): se tienen noticias de la existencia de peste en Levante, que al parecer entra por Liguria, gracias a una carta—orden del rey en la que se dan instrucciones para evitar el contagio. El Cabildo se encarga de que este hecho sea conocido “en los lugares de Oliva y Pájara [...] y también en la plaza pública de este Villa [Betancuria], para que ninguna persona de la isla sea osada a tratar ni contratar con ninguna embarcación extranjera que aportare a ésta ni que desembarquen personas de ella” (Roldán y Delgado 1967, p. 274).

Dalmacia (1784): el Cabildo de Fuerteventura “recibe carta del Comandante General y Gobernador de las islas, Marqués de Branciforte, sobre las medidas que se deben tomar en previsión de la peste que se dice haber en la Dalmacia e isla de Bracia, acordándose cumplir las instrucciones que en dicha carta se dan” (Roldán y Delgado 1967, p. 202).

Tánger (1784): ese mismo año el Marqués de Branciforte informa al Cabildo majorero de que, debido a los estragos que está causando la peste en varios países, es necesario tomar precauciones para que ésta no llegue a Fuerteventura. Por este motivo, y dado que se sospecha infección de peste en la tripulación de un navío procedente de Alejandría y de Marsella que arriba a Tánger, se impide la entrada en los puertos majoreros de cualquier embarcación que no sea conocida. Se establecen como puertos para desembarco de pasajeros únicamente los de Tarajalejo, El Pocillo y Caleta de Fustes, y bajo pena de cien ducados se ordena a los patrones de barcos conocidos que avisen a la Diputación de Sanidad del Cabildo cada vez que hay un desembarco de pasajeros (Roldán 1966, pp. 203-204).

Túnez (1785): el Marqués de Branciforte informa al Cabildo de Fuerteventura sobre nuevos casos de peste, esta vez en barcos procedentes de Túnez, y remite la orden de la Junta Suprema de Sanidad del Reino [de España] de no recibir en la isla navíos procedentes del citado país (Roldán 1966, p. 208).

Asimismo, en 1759, el Comandante General de Canarias envía al Cabildo de Fuerteventura un despacho de la Junta de Sanidad de Cádiz en el que se indica que, para evitar la extensión de posibles epidemias, ningún vecino de la isla debe tener trato con miembros de embarcaciones de otros países sin antes haber dado cuentas al Alcalde Mayor para que éste "...haga la visita de salud y vea si se puede o no admitir a comercio". Tanta importancia se da a la prevención de epidemias que, en el caso de que un navío extranjero llegue a la costa y la tripulación desembarque, el Cabildo impone pena de muerte a quien se atreva a hablar con los miembros de dicho barco. La misma sanción se aplica a los barcos de pesca de la isla que incumplen esta orden (Roldán 1966, p. 111).

El propio comerciante inglés George Glas (1766), en su visita a Canarias en 1764, es objeto de la aplicación de las citadas medidas de prevención, pues al llegar a Fuerteventura es retenido hasta que el Alcalde Mayor da su consentimiento para que pueda adentrarse en la isla, ya que "...no se permitía a ninguna persona que entrara en la isla sin la Autorización del Alcalde Mayor, cuya función era cuidar de que ninguna enfermedad infecciosa fuera traída a ella" (p. 44).

También se establecen acciones preventivas para evitar males que no se contagian desde otros lugares, sino que se deben a un mal uso de los productos de la tierra. Así, en agosto de 1782, el Cabildo de Fuerteventura decide prohibir (Roldán y Delgado, 1970, p. 20) "la venta de aguardiente, pasas ni higos de Lanzarote hasta el mes de noviembre por lo pernicioso que son estos efectos recién cogidos para la salud pública" (Roldán 1966, p. 198).

1.4.9.3. Epidemias en la isla

En 1701 llega a Canarias una epidemia de fiebre amarilla que afecta a todas las islas, incluida Fuerteventura (Bosch 1967, p. 262). Ya en la segunda mitad de siglo, la primera enfermedad a la que se alude en las Actas del Cabildo en el siglo XVIII aparece citada en marzo de 1767, cuando, del mismo modo que en los años 1655, 1669 y 1681, la población se ve afectada por una epidemia de «puntada» o pulmonía, cuya severidad hace que se le dedique un novenario a San Sebastián (Roldán 1966, p. 20).

Los *Acuerdos del Cabildo de Fuerteventura* revelan que en enero de 1768 tiene lugar una enfermedad, cuyo nombre no se especifica, que afecta a toda la isla y que impide que se celebre la sesión del Cabildo de ese mes por "hallarse también enfermos los capitulares" (Roldán 1966, p. 144). En 1790 vuelve a aparecer una enfermedad general en la isla cuya nombre tampoco se menciona en este caso. La presencia de esta dolencia, junto con la falta de agua y la plaga de "cigarro" (langosta) hace que el Cabildo acuerde llevar a la Virgen de La Peña desde la Vega de Río Palmas hasta la parroquia de Betancuría, a fin de hacerle novenario (Roldán 1966, p. 234).

Estas medidas del Cabildo, consistentes en rogar a los santos y a la Virgen por la curación de diversas dolencias, dan una idea del escaso desarrollo de la Medicina en el siglo XVIII, hecho que unido a la falta de médicos y de recursos en la isla hace que la población recurra a la religión como única vía para luchar contra las enfermedades. Así, Pedro Agustín del Castillo (1965) escribe en 1737 que gran cantidad de majoreros acuden a un pozo de agua construido por San Diego de Alcalá, cerca del convento franciscano de Betancuría, donde éste vivió, para que el santo alivie sus problemas de salud, algo que, en palabras del Alférez Mayor de Gran Canaria, "...consiguen muchísimos..." (pp. 1699-1702).

George Glas (1766) nos habla en su *Descripción de las Islas Canarias 1764* de una enfermedad al parecer frecuente en la isla que, si bien no es grave, sí es muy molesta y desagradable:

Por la noche, mi guía, que dormía en la misma cama que yo, me molestaba mucho rascándose, por el prurito o una especie de postillas, de lo cual padece mucho la gente de todas las Canarias. No conozco la causa de ello; pero es cierto que la gente que vive en países notables por la pureza del aire están más expuestos a esta enfermedad que los que viven en lugares donde el aire es húmedo y lluvioso (p. 40).

Para este mal, los lugareños poseen su propia medicina, igual o más desagradable que la misma enfermedad:

...algunos pescadores cogieron en la bahía una gran tortuga o tortuga marina, con un peso de unas quinientas libras, la cual llevaron a tierra, y la colocaron de espaldas encima de una piedra grande, después

le cortaron el cuello, del cual salió sangre en un flujo humeante. No disponiendo de ninguna vasija para recibirla, el Alcalde y el resto de su gente cogieron toda la que pudieron con sus manos y se la bebieron. Cuando se dieron cuenta de nuestro asco al contemplar una manera de comer tan bárbara y bestial, sacudieron las cabezas y nos dijeron que era un remedio excelente contra el prurito, y nos invitaron a participar; para incremento de nuestro asco, observamos sus manos llenas de costras y úlceras (Glas 1976, p. 47).

Además del prurito, cuenta Glas (1976) que

Las enfermedades que predominan aquí [refiriéndose a las Islas Canarias en general] son la «tabardilla» (tabardillo) o tífus pintado o exantemático, y los «flatos», una enfermedad flatulenta que afecta los intestinos, el estómago y la cabeza. Es frecuente aquí la parálisis, que ataca sobre todo a los ancianos (pp. 128-129).

En relación a la primera, cabe destacar la descripción que proporciona Manuel Hernández González (2004) en el primer volumen de su obra *Enfermedad y Muerte en Canarias en el Siglo XVIII*:

Su nombre deriva del exantema que produce, conocido como tabardillo o tabardete pintado. Se evidenciaba con erupciones en la piel y fuertes calenturas que llegaban a hacer desvariar a los enfermos, y se asociaba con disentería, avitaminosis y otras patologías. Es una *ricketista*, cuyo agente transmisor, el *periculus vestimenti*, conocido vulgarmente por piojo de la ropa, está ligado a una falta de higiene personal, insalubridad pública y falta de infraestructura sanitaria. El rascado inevitable que sigue a su picadura produce una minúscula erosión a través de la que penetra el agente infeccioso. Tras un período de incubación de dos o tres semanas se manifiesta con fiebre alta, cefalea y dolores articulares. Sus signos más característicos eran el abotargamiento con postración a que hace referencia el término tífus (estupor o aturdimiento) y el exantema generalizado. La única terapéutica sintomática que se utilizaba en la época era la aplicación de sanguijuelas y ventosas, sangrías con la lanceta y el uso de cáusticos y tisanas sudoríficas. Mas, estos métodos eran bien poco eficaces, pues se encaminaban a aliviar los síntomas, en especial la fiebre, pero no atacaban la infección en sí, por lo que al enfermo, en la mayor parte de las veces, no se le ofrecía otra salida que la muerte. Debemos de tener en cuenta que el descubrimiento del papel transmisor del piojo no tuvo lugar hasta 1910 y de su agente infeccioso hasta 1915 (Villena 1985, p. 30 y Carreras 1991, pp. 38-41, citados en Hernández M. 2004, p. 73).

En su viaje por Fuerteventura, Glas (1976) continúa enumerando las enfermedades que observa entre la población y escribe que

Unos pocos nativos padecen la lepra; como se considera incurable, hay un hospital en Gran Canaria, apartado, para recibir a los desgraciados que sufren esta enfermedad. En el momento en que un hombre se juzga como leproso, todo lo que posee es incautado para uso del hospital, sin que se deje parte alguna para el sustento de su familia (p. 129).

El centro benéfico grancanario al que se refiere Glas es el Hospital de San Lázaro, adonde se envía a todos los enfermos de lepra de las islas, dolencia que, en palabras del profesor Juan Manuel Santana (2005), es la más "...terrible y temida del siglo XVIII y primer tercio del XIX en el Archipiélago Canario—como en casi todo el Occidente—" (p. 93).

El Hospital de San Lázaro es erigido en el siglo XVI a las afueras de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, concretamente en los Arenales de Santa Catalina, y tras su destrucción en 1599 durante la invasión del pirata holandés Pieter van der Doez (Bosch y Bosch 1981, p. 14) se vuelve a construir en el siglo XVII cerca del Castillo de Casa Mata, hoy conocido como Castillo de Mata (Bosch 1967, p. 19).

Como bien señala Glas (1976) en su obra, este centro benéfico se mantiene con el dinero y demás bienes de los enfermos, así como con las donaciones voluntarias de la población, pues, tal y como refiere Bosch (1967) el Estado no lo financia (p. 19).

Del Hospital de San Lázaro cuenta Viera y Clavijo (1982b) que

...aunque dentro de los muros de la ciudad, está bastante separado de la población, por hallarse destinado para los enfermos elefantiacos, que llaman dañados o lazarinos, especie de lepra temible que se experimenta desde lo antiguo en el país. Enciérranse, pues, los infectos en aquella casa, la cual está bajo la protección del rey y a cuyo recinto se deben llevar de todas las islas, de donde no deben salir nunca (p. 697).

Tal y como se puede apreciar en la cita anterior, en esta época la lepra y la elefantiasis son “consideradas y tratadas médica y socialmente como de idéntico origen”. Como se sabe hoy en día, esta identificación, que dura hasta finales del siglo XIX (Cola 1996, pp. 55-56, citado en Hernández M. 2004, p. 97) es errónea, pues la elefantia o elefantiasis no guarda relación con la lepra, sino que es una enfermedad característica de países cálidos, causada principalmente por un parásito que se aloja en la dermis y que provoca un engrosamiento exagerado de las extremidades inferiores y de los órganos genitales externos, además del endurecimiento de la piel.

1.4.9.4. Demanda de médicos titulados en Fuerteventura

Durante la primera mitad del siglo XVIII, Fuerteventura no cuenta con ningún médico titulado ni con botica, por lo que la población tiene que recurrir a curanderos y a hechicerías. El Cabildo intenta evitar esta práctica, y en enero de 1759 accede a las peticiones de los vecinos de conceder licencia al Alférez Salvador de Alfaro (Roldán 1966, p. 20) “para que ejerza el oficio de la medicina por ser persona de buenas inclinaciones” a pesar de no contar con la titulación de Medicina. Asimismo, el Cabildo obliga a los habitantes a informar “de los demás que curaren sin permiso, para ponerle remedio” (Roldán 1966, p. 110). Se sabe que cinco años después, el alférez Salvador de Alfaro todavía sigue desempeñando la labor de médico, pues en agosto de 1764 el Cabildo mayorero le da permiso para que pueda sacar granos de la isla con los que obtener medicamentos para atender a los enfermos (Roldán 1966, p. 20).

Tres años más tarde, en 1767, el Coronel de Milicias de la isla informa al Cabildo de que un médico graduado de Tenerife le promete estar dispuesto a trasladarse a Fuerteventura si obtiene a cambio honorarios de los que vivir. Ante esta noticia, el Cabildo (Roldán 1966, p. 20), “hallando conveniente para el alivio de las dolencias de los moradores la existencia de tal botica y médico, de lo que la isla carece, por ser de tanto consuelo el alivio de la medicina”, decide convocar a los vecinos para decidir lo más conveniente al respecto. Así, el 15 de diciembre se celebra una reunión en régimen abierto —con la asistencia de los habitantes de los pueblos—, tras la cual el Cabildo “acuerda no gravar con renta alguna al vecindario, y en su consecuencia decidir que el médico venga a esta isla y experimente si el ejercicio de su profesión le da para vivir o no cómodamente” (Roldán 1966, pp. 142-143).

No se sabe si dicho facultativo llega a ejercer en Fuerteventura. De lo que sí hay constancia es de que una década después, en 1787, no existe ningún médico en la isla (Roldán 1966, p. 20), pues al recibirse ese año por parte del Marqués de Branciforte el libro *Disertación médico-histórica sobre la Elefantia y su Distinción de la Lepra, con Noticias acerca del Escorbuto, Fuego de S. Antonio, Peste y otras Dolencias*, se acuerda que éste sea depositado en el archivo del gobierno cabildicio “por no haber en esta isla quien ejerza la facultad médica” (Roldán 1966, p. 225).

Según George Glas (1976), la falta de médicos titulados en Fuerteventura en particular, y en Canarias en general, tiene mucho que ver con la existencia de las enfermedades anteriormente citadas, tal y como reflexiona el comerciante inglés en su *Descripción de las Islas Canarias 1764*:

Los ingleses y los demás extranjeros en las Islas Canarias se lamentan mucho de la falta de buenos médicos y cirujanos, y no sin motivo; pues ¿a qué otra razón se puede atribuir que los nativos estén tan invadidos por el prurito y las enfermedades venéreas, que podrían ser tan fácilmente erradicadas? (p. 128).

Tampoco existen en la isla hospicios ni hospitales, tal y como revela el Censo de Florida Blanca, realizado entre 1787 y 1788. Los únicos mayoreros que pueden recibir atención en un centro médico-benefico en este siglo son aquéllos que viajan a las islas centrales huyendo del hambre y de la miseria, pues en esta época gran parte de la asistencia sanitaria la lleva a cabo la Beneficencia. Sobre este asunto, Juan Manuel Santana Pérez y María Eugenia Monzón Perdomo (1990a) señalan cómo los mayoreros que llegan a Tenerife se encuentran abocados o bien a la indigencia o bien a los centros benéficos gestionados por el Estado o por la Iglesia (pp. 415-418), como el Real Hospicio de San Carlos o el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores y San Martín.

El Real Hospicio de San Carlos —nombrado así por el rey Carlos III—, se inaugura en Santa Cruz de Tenerife en 1785 y cuenta para su construcción con la colaboración del Cabildo de Fuerteventura, desde donde se envían, desde 1784, cal para construir el edificio, así como telas, trigo y cebada para vestir y alimentar a las personas sin recursos que han de residir en él (A.M.S./C.T.F. sig. 150, 11-XII-1784, fol. 1 recto, citado en Santana y Monzón 1990a, p. 429). El intercambio de correspondencia referida por Monzón Perdomo y Santana Pérez (1990a) en su trabajo *Fuerteventura y Tenerife: Exportación de Miseria (Segunda Mitad del Siglo XVIII)* pone de manifiesto que este hospicio de Tenerife recibe desde finales del siglo XVIII dinero y cereal procedente de Fuerteventura a cambio de acoger a indigentes —principalmente niñas huérfanas— de la isla mayorera (p. 431).

El Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, en la ciudad de La Laguna, es el centro benéfico más importante de Canarias en la segunda mitad del siglo XVIII y en él se encuentra la mayor parte de los pobres asistidos por la Beneficencia en el Archipiélago (Santana y Monzón 1990b, p. 437). En el cuadro de la página siguiente, que recoge el número de personas ingresadas en este hospital entre 1760 y 1790, se ve que acuden a él habitantes de las siete islas. Resulta llamativo el número de naturales de Fuerteventura, que iguala a la cantidad de internos de La Orotava, superado únicamente por La Laguna y Santa Cruz de Tenerife (Santana y Monzón 1990b, pp. 438-439). De los 110 internos de Fuerteventura, se conoce la edad de 30 de ellos —los que ingresaron entre 1775 y 1790—, y la media se sitúa en los 31 años, lo cual puede parecer extraño si se tiene en cuenta que el organismo de los adultos es más resistente a las enfermedades que el de los niños y los ancianos (Santana y Monzón 1990b, p. 447).

1.4.9.5. Asistencia sanitaria en Canarias

Una de las razones de que los inmigrantes majoreros y lanzaroteños sean reclusos en los establecimientos de la Beneficencia o bien enviados de vuelta a sus islas, tiene que ver con el hecho de evitar que los indigentes llegados de Fuerteventura o de Lanzarote —muchos de ellos enfermos por las condiciones de pobreza en las que se encuentran— contagien a la población de Tenerife o de Gran Canaria, pues “para los grupos rectores de la sociedad, pobreza y epidemia van parejas y conviene, por tanto, aislar a la primera, para así evitar los contagios.” (Hernández M. 2004, p. 75).

La relación entre hospitalización y beneficencia que se da en esta época obedece a que, durante la Edad Moderna, los hospitales no tienen como finalidad la asistencia sanitaria y la curación de enfermedades, tal y como sucede hoy en día, sino que éstos son mecanismos “...de ayuda a los necesitados y represión de sectores marginales de la población” (Santana 1989, p. 14). Este concepto de hospital, que surge a principios del Antiguo Régimen y que permanece vigente durante más de tres centurias, supone una solución al problema ocasionado por los indigentes sin recursos económicos que no tienen que comer ni dónde alojarse, y cuya presencia mendigando por los pueblos y las ciudades incomoda a la élite social. Además de para ocultar la mendicidad, la inclusión de los pobres en centros sanitarios o de otro tipo de beneficencia es una medida encaminada a evitar posibles revueltas sociales causadas por los grupos marginales que se hacían en las calles (Santana 1989, pp. 14-15).

Durante el Antiguo Régimen, las duras condiciones de vida que padece la mayoría de la población generan en ciertos periodos un elevado nivel de “conflictividad social”, hecho que impulsa una mayor actuación de las autoridades en materia de Beneficencia. De hecho, Juan Manuel Santana Pérez (1989) afirma que “Los hospitales y hospicios eran las instituciones más extendidas y más importantes del Antiguo Régimen en las Islas Canarias...” (p. 23).

Puesto que son varios los colectivos sociales que integran la marginalidad, también existe una gran diversidad de centros donde se les atiende. Así, Santana Pérez (1989) señala que

Había hospitales para cada uno de los dos sexos, o para ambos al mismo tiempo; bien enfermos o bien pobres, o las dos cosas; para comunidades regionales, para extranjeros; para enfermedades contagiosas, especialmente encaminados a combatir “las bubas”, afección de transmisión sexual; para enfermos incurables e impedidos; para locos; para leprosos; para convalecientes. Más aún, establecimientos que acogían a los niños expósitos o huérfanos; asilos para ancianos y viudas pobres; hospederías para viajeros y peregrinos; Casas de misericordia y Albergues para pobres, sin olvidarnos de los reformatorios para jóvenes de ambos sexos y las casas de reforma para mujeres “arrepentidas” (p. 16).

En el Archipiélago Canario, los diversos centros asistenciales desempeñan en su origen una o algunas tareas específicas de las mencionadas anteriormente. Sin embargo, con el tiempo se genera tal amalgama de funciones que, en el siglo XVIII, poco queda del objetivo original con el que se crean, a excepción del Hospital de San Lázaro de Las Palmas de Gran Canaria, la Casa de Mujeres Arrepentidas y las Cunas de Expósitos (Santana 1989, pp. 16-17).

De este modo, los hospitales de Canarias acaban convirtiéndose durante este siglo en “...una institución penal, asilo, taller y centro sanitario, confundiendo el resultado final tanto para nosotros como para su propia época” (Santana 1989, p. 17). Por este motivo, en ellos no sólo se atiende a enfermos, sino en general a “...el colectivo poblacional que no estaba integrado ni desde el punto de vista familiar ni profesional y que no contaba con medios materiales para ser atendidos a domicilio que era lo que hacían las personas pudientes” (Santana 1989, p. 17).

Ante estas circunstancias, y en "...un intento de poner orden en el caótico mundo de las instituciones benéficas, clasificándolas según las funciones que debían cumplir..." se establece que las casas de misericordia, albergues y hospicios deben destinarse a los pobres que se encuentren en situación de desamparo, mientras que los hospitales generales deben acoger a los pobres que estén enfermos (Santana 1989, pp. 21-22).

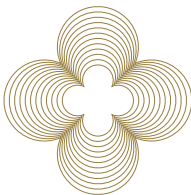


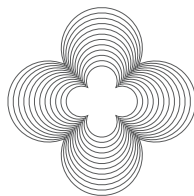
Hospital de Nuestra Señora de los Dolores de San Cristóbal de La Laguna. Fuente: Índice de ilustraciones (14)

PERSONAS PERTENECIENTES A CADA POBLACIÓN											
CODE	FREQ	ADJ	CUM	CODE	FREQ	ADJ	CUM	CODE	FREQ	ADJ	CUM
		PCT	PCT			PCT	PCT			PCT	PCT
1.	1	0	0	16.	9	0	17	31.	6	0	69
2.	11	0	0	17.	61	2	19	32.	17	1	70
3.	4	0	1	18.	7	0	19	33.	45	2	72
4.	23	1	1	19.	4	0	19	34.	9	0	72
5.	1	0	2	20.	73	3	22	35.	468	18	90
6.	6	0	2	21.	74	3	25	36.	33	1	91
7.	13	0	2	22.	3	0	25	37.	19	1	92
8.	39	1	4	23.	61	2	27	38.	95	4	96
9.	43	2	5	24.	1	0	27	39.	12	0	96
10.	21	1	6	25.	819	31	59	40.	34	1	98
11.	23	1	7	26.	61	2	61	41.	7	0	98
12.	110	4	11	27.	34	1	62	42.	2	0	98
13.	59	2	14	28.	20	1	63	43.	2	0	98
14.	18	1	14	29.	110	4	67	44.	19	1	99
15.	49	2	16	30.	47	2	69	45.	33	1	100

PERSONAS DE CADA LUGAR	
1.	*(1) ABONA
2.	** (11) ADEJE
3.	*(4) ARAFO
4.	** (23) ARICO
5.	*(1) BAJAMAR
6.	*(6) BUENAVISTA
7.	** (13) CANDELARIA
8.	*** (39) CHASNA
9.	*** (43) ESPAÑA
10.	** (21) ESPERANZA
11.	** (23) EXTRANJERO
12.	***** (110) FUERTEVENTURA
13.	***** (59) GARACHICO
14.	** (18) GENETO
15.	*** (49) GOMERA
16.	*(9) GRANADILLA
17.	***** (61) GRAN CANARIA
18.	*(7) GUAMASA
19.	*(4) GUANCHA
20.	***** (73) GUIMAR
21.	***** (74) HIERRO
22.	*(3) HORTIGAL
23.	***** (61) ICOD
24.	*(1) IGUESTE
25.	***** (819) LA LAGUNA
26.	**** (61) LANZAROTE
27.	*** (34) LA MATANZA
28.	** (20) MONTANAS
29.	***** (110) OROTAVA
30.	*** (47) LA PALMA
31.	*(6) PUNTA HIDALGO
32.	** (17) RAMBLA
33.	*** (45) REALEJO
34.	*(9) SAN ANDRÉS
35.	***** (468) SANTA CRUZ
36.	*** (33) SANTA ÚRSULA
37.	** (19) SAUZAL
38.	***** (95) TACORONTE
39.	** (12) TAGANANA
40.	*** (34) TEGUESTE
41.	*(7) TEJINA
42.	*(2) VALLE AFUR
43.	*(2) VALLE BUFADERO

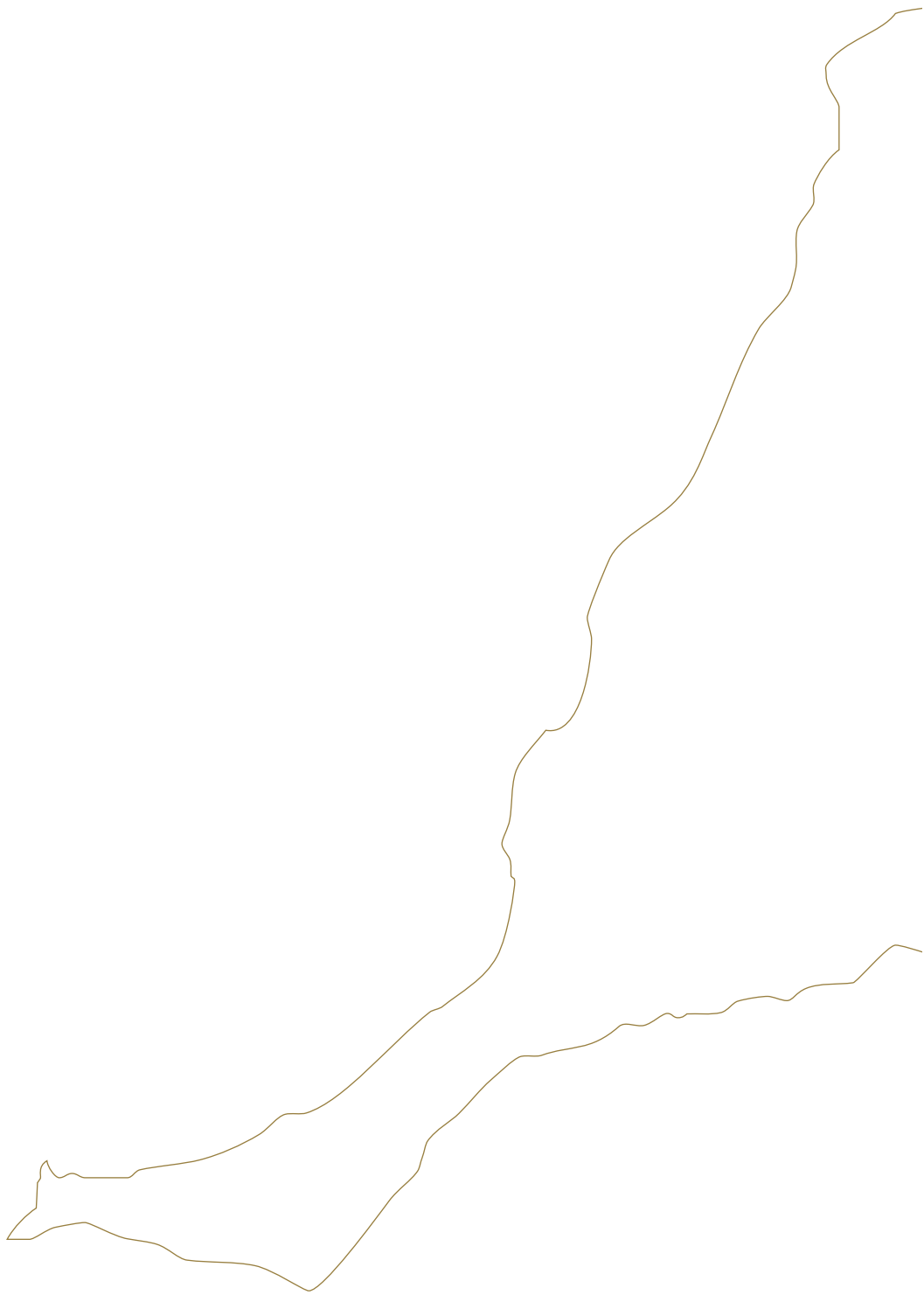
Datos de procedencia de ingresados en el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores. Fuente: Índice de ilustraciones (15)





PARTE 2

LA MEDICINA EN FUERTEVENTURA DESDE EL SIGLO XIX HASTA LA ACTUALIDAD



2.1. SIGLO XIX: DE LA MEDICINA POPULAR AL PRIMER MÉDICO MAJORERO

"Ayer como hoy
y mañana siempre igual
un cielo azul, un horizonte eterno
y andar, andar, andar"

Isaac Viera

Por Fuerteventura: Pueblos y Villorrios, 1904

2.1.1. MÉDICOS Y HOSPITALES EN CANARIAS

En 1831, fecha en la que el cónsul británico en Tenerife Francis Coleman Mac-Gregor publica su libro *Las Islas Canarias según su Estado Actual y con Especial Referencia a la Topografía, Industria, Comercio y Costumbres (1831)*, no existe ningún médico ejerciendo en Fuerteventura, como tampoco lo hay en La Gomera ni en El Hierro. En el resto de las islas, se contabilizan veinte médicos, además de algunos cirujanos, que se distribuyen de la siguiente manera: nueve de ellos residen en Tenerife, seis en Gran Canaria, dos en La Palma y tres en Lanzarote. Esta cantidad de facultativos viene determinada por el número de "cabezas de partido" existentes en cada isla, pues cada una de ellas cuenta con un médico —que también debe ser cirujano— al que se abonan sus servicios, que incluyen "... además del servicio sanitario general, la atención y tratamiento gratuitos de los enfermos pobres de su distrito" (Coleman 2005, pp. 258-259).

Además del escaso número de médicos, la falta de recursos económicos necesarios para abonar las consultas y la total ausencia de facultativos en las islas mencionadas, hacen que la mayoría de la población canaria no reciba la atención médica adecuada y que deba recurrir a curanderos y a las numerosas hierbas medicinales existentes en el Archipiélago para el tratamiento de sus dolencias. Por lo tanto, la asistencia sanitaria sigue siendo en este siglo, al igual que en los anteriores, un recurso que solamente está al alcance de una clase adinerada minoritaria (González 1998, p. 116).

Si veinte son los médicos titulados que ejercen en Canarias a principios del siglo XIX, el número de hospitales en las islas asciende a trece. De ellos, ocho se encuentran en Tenerife, tres en Gran Canaria, uno en La Palma y el último en Lanzarote. A su vez, de los ocho hospitales tinerfeños, tres se localizan en Santa Cruz de Tenerife —uno de ellos es el Real Hospital Militar—, dos en La Laguna, uno en La Orotava, otro en Icod y el último en Garachico. De los tres hospitales grancanarios, dos se encuentran en Las Palmas de Gran Canaria: el Hospital de San Martín, al que Coleman (2005) considera el mejor que existe en ese momento en el Archipiélago, por ser de reciente construcción y muy amplio, y el Hospital de San Lázaro, destinado únicamente a la atención de enfermos leprosos. El tercer centro grancanario es el Hospital de San Pedro Mártir o de Curación de la Ciudad de Telde, ubicado en esta misma localidad. Por último, el hospital palmero se encuentra en Santa Cruz de La Palma y el de Lanzarote, en Tegüise (pp. 259-260).

En cuanto a la actividad que desarrollan estos centros sanitarios, Coleman (2005) señala que la gran cantidad de habitantes de las islas afectados por enfermedades venéreas hace que, en esos momentos, varios de estos hospitales se dediquen únicamente al tratamiento y curación de este tipo de dolencias. Sin embargo, y en referencia al funcionamiento general de todos ellos, el cónsul británico lamenta el desinterés que muestran las instituciones públicas por conseguir que todos los enfermos reciban atención en dichos centros, pues la falta de financiación de los mismos hace que, a pesar de tener cabida suficiente para acoger a todos los enfermos que lo necesitan, "... apenas funcionan a la mitad de sus posibilidades" (pp. 259-260).

La causa de esta situación, añade Coleman (2005), tiene su origen en 1805, año en que se decide retirar la mayoría de los ingresos que reciben los hospitales para destinarlos a otras competencias del Estado. Como consecuencia de la orden, los centros hospitalarios canarios se ven obligados a mantenerse, principalmente, con donaciones voluntarias. En el caso del Hospital de San Lázaro, la difícil situación económica del centro y la dependencia de las aportaciones privadas llegan al extremo de que algunos leprosos sean enviados a la ciudad para pedir limosnas y

recaudar fondos con los que sufragar su mantenimiento, a pesar de que la normativa del propio hospital impide a los enfermos de lepra abandonar el edificio. Además de la penosa situación descrita, este autor señala que “No hay ni un solo establecimiento de caridad ni asilo para pobres en las Islas” (pp. 259-260).

2.1.2. ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN CANARIAS

Durante el siglo XIX, las Islas Canarias son visitadas por un considerable número de viajeros procedentes de otros países. La mayoría de ellos son británicos y, en menor medida, franceses, y aunque los motivos de su estancia en el Archipiélago son fundamentalmente científicos, algunos también se desplazan por cuestiones de salud. En esos viajes, además de investigar la flora, la fauna, la geografía o la prehistoria canaria, varios de los estudiosos extranjeros toman nota de otros aspectos de la realidad que contemplan en las islas, en relación, por ejemplo, a la sociedad, la educación, la religión, la economía o la salud. Este último apartado resulta de gran utilidad para el desarrollo de la temática de este libro, pues gracias a los testimonios de estos visitantes es posible conocer cuáles son las enfermedades que afectan a los majorereros, y en general a los canarios, durante el siglo XIX.

Una de las enumeraciones más completas de las patologías más frecuentes de la sociedad canaria del siglo XIX es la que realiza Coleman Mac-Gregor (2005) en su obra *Las Islas Canarias según su Estado Actual y con Especial Referencia a la Topografía, Industria, Comercio y Costumbres (1831)*. En este libro, el autor no aprecia grandes diferencias entre las enfermedades padecidas en Canarias y las existentes en el resto de España. En cambio, sí observa variaciones en el tipo de patología en función de las estaciones del año. Así, en invierno y primavera son frecuentes las fiebres inflamatorias, “...debidas a transpiración reprimida y a factores climáticos” Éstas no revisten gravedad, pues tienen fácil solución y no se prolongan debido a la suavidad y brevedad del invierno (p. 122).

En la época estival destacan las fiebres gástricas, las fiebres intermitentes y las fiebres remitentes. Las fiebres gástricas, que se manifiestan de distintas maneras, dependiendo de la temperatura ambiental y del estado del paciente, son tratadas por los curanderos con la misma técnica que se aplica a todos los males que cursan con dolor abdominal. Dicho procedimiento se conoce como “arrancar el bocado” o “llamar el pomo”, y consiste en frotar con los dedos pulgares el abdomen del paciente de una manera tan prolongada y tan vehemente “...que, a menudo, se les desprende la piel y la inflamación aumenta hasta el punto de producirles la muerte” (Coleman 2005, p. 122).

Con respecto a las fiebres remitentes, también típicas del verano, cuenta Coleman (2005) que “...se manifiestan en algunos enfermos como tercianas, en otros como cuartanas y, en muchos, como fiebres que duran sólo un día”. Para que este mal remita, los médicos utilizan plantas autóctonas como el *Cneorum pulverulentum*, y si éstas no producen el efecto deseado, recurren entonces a la «china», especialmente si estas fiebres pasan a ser malignas con la llegada del otoño. Este cambio, añade el cónsul británico, depende de “...la mayor o menor humedad de que está impregnado el aire de los valles...” y de “...las emanaciones que provocan los primeros chubascos” (pp. 122-123).

El otoño y el principio del invierno es la época en la que aparecen las fiebres biliares, las fiebres pútridas, las fiebres de las mucosas —estas tres patologías se manifiestan con diferentes formas y variedades—, la fiebre nerviosa progresiva y la hidropesía torácica y abdominal (Coleman 2005, p. 123).

Además de todas estas “enfermedades estacionales”, Coleman (2005) menciona ciertos males propios de determinadas zonas o islas. Algunos de estos son las apoplejías y las parálisis, “...propias, casi exclusivamente, de las zonas altas, probablemente como resultado de darse excesivamente a los placeres de la mesa, de dormir mucho y de moverse poco.” Con respecto a las enfermedades características de determinadas islas, Coleman señala que en Gran Canaria, en Fuerteventura y en Lanzarote se dan en ocasiones las oftalmías y otras inflamaciones de los ojos, causadas, en opinión de este autor, por la calima traída por el viento y que, en verano, genera remolinos de considerables dimensiones (p. 123).

Aparte de los citados males oculares, René Verneau (1996) habla en su obra de la catarata, enfermedad que atribuye a la intensidad de la luz solar en el Archipiélago y que no restringe a las islas orientales, a la que define como una dolencia frecuente en toda Canarias. Y si bien la catarata resulta del exceso de sol, la falta de éste provoca la anemia. Verneau cuenta sobre ella que la padecen mayormente las mujeres de las ciudades que permanecen durante todo el día en sus casas, sin salir, hasta que llega la tarde y que, además, siguen una dieta debilitante. Por el contrario, señala que las mujeres que trabajan al aire libre y bajo el sol apenas sufren anemia (p. 290).

También son frecuentes en el Archipiélago las adenopatías, el reumatismo, la difteria, las enfermedades renales, la pleurodinia. En ocasiones, se dan casos de varicela, de tos ferina, de escarlatina y de sarampión (Coleman 2005, p. 123). La incidencia de la viruela es menor y, de hecho, esta enfermedad no se manifiesta en las islas desde 1799 hasta 1827, fecha en la que un barco de guerra francés lleva la enfermedad a Tenerife, desde donde se propaga al resto de las islas, provocando muertes masivas de la población, puesto que la gran mayoría no está vacunada. Coleman (2005) atribuye esta falta de prevención a "...los prejuicios profundamente arraigados del pueblo llano...", los cuales dificultan la tarea de hacer comprender a la población la importancia de la vacuna contra esta enfermedad (p. 123).

Francis Coleman (2005) califica de endémicas las diversas enfermedades de la piel que observa en el Archipiélago, entre las que destacan la sarna, la tiña, los diferentes tipos de herpes y la lepra (p. 124). René Verneau (1996) también coincide con este autor en la gran incidencia que las enfermedades dérmicas presentan en la población canaria, y a las ya mencionadas por aquél, el antropólogo francés añade la elefantiasis, el eccema y la ictiosis, esta última muy desagradable, aunque no tan habitual como la lepra (p. 290). Asimismo, Coleman (2005) considera como las causas más probables de estas dolencias la total ausencia de higiene en cualquier ámbito, la alimentación inadecuada, y la ingesta de sal, de pimienta española y de bebidas alcohólicas (p. 124). Verneau (1996) también cree que el origen de estas enfermedades cutáneas se encuentra en la dieta, pero no en los alimentos mencionados por Coleman, sino en el gofío, en ocasiones elaborado con millo de mala calidad, y en el pescado salado, a menudo consumido en mal estado (p. 290).

Respecto a la sarna, existe la idea, bastante aceptada entre la población e incluso defendida por la élite social, de que curar esta dolencia es nocivo para la salud. Lógicamente, tal creencia hace que la sarna esté "...tan extendida, que no resulta extraño encontrar infectados con ella a personas de las principales familias". De hecho, en ciertos núcleos familiares, este desagradable mal llega a convertirse, en palabras de Coleman (2005), "...en una auténtica enfermedad hereditaria" (p. 124).

Lo mismo puede decirse de la lepra, enfermedad que cuenta con uno o varios enfermos en casi todos los pueblos del Archipiélago, y que en ocasiones afecta a familias enteras. Según un censo realizado por el Gobierno años antes de que Coleman escribiera su libro, en Canarias existían unas quinientas personas altamente afectadas por la lepra, de las cuales solamente una vigésima parte podían ser atendidas en el Hospital de San Lázaro, el único de Canarias habilitado para este tipo de enfermos (Coleman 2005, p. 124).

Coleman (2005) también habla en su obra de la sífilis, enfermedad que, desde que soldados españoles y prisioneros de guerra franceses la extienden durante la época de la Revolución Francesa, se puede decir que "...ha obtenido carta de ciudadanía en Canarias...". Aunque la sífilis comienza por propagarse entre el pueblo llano, con el paso del tiempo termina manifestándose en todos los estratos sociales, en todas sus variedades y en todos los niveles de gravedad. Este hecho se debe fundamentalmente a la ineficacia de los tratamientos utilizados por los médicos y al poco interés de la población por erradicarla. Como consecuencia de esto, "...la sífilis provoca los estragos más terribles entre el pueblo inculto y familias enteras resultan infectadas por ella de manera incurable". De entre todas las ciudades y pueblos del Archipiélago, Coleman señala que es Santa Cruz de Tenerife la que cuenta con un mayor número de afectados por esta dolencia, debido al elevado número de prostitutas que ejercen en esta localidad –profesión que no está sometida en Canarias a ningún control policial–, algunas infectadas ya desde los diez u once años de edad (pp. 124-125).

En los capítulos dedicados a los siglos XVII y XVIII se ha hablado de las medidas de prevención tomadas en Fuerteventura, y en Canarias en general, cada vez que la peste o cualquier otra enfermedad infecciosa arribaban a alguna de las islas. Ya en el siglo XIX, Coleman (2005) menciona en su obra la epidemia de fiebre amarilla que, en septiembre de 1810, llega a Tenerife a bordo de dos paquebotes españoles procedentes de Cádiz. En muy poco tiempo, esta enfermedad se extiende al resto del Archipiélago con unos efectos devastadores que perduran hasta enero de 1812, fecha en la que empieza a remitir. En Tenerife y en Gran Canaria, las islas más pobladas, se calcula que durante este tiempo fallecen alrededor de tres mil personas (p. 125).

Este tipo de experiencias hace que la población canaria se vuelva extremadamente cautelosa ante la posibilidad de contagio en el Archipiélago de epidemias procedentes de otras regiones. Esto explica que René Verneau (1996), científico francés que visita Canarias a finales del siglo XIX, escriba lo siguiente sobre la situación sanitaria de las islas:

Las enfermedades pestilenciales, tales como la fiebre amarilla y el cólera, no son nunca endémicas en Canarias. Fueron importadas en varios períodos por navíos que venían de regiones contaminadas y ejercieron estragos espantosos. Pero hoy este peligro casi ha desaparecido. Los habitantes temen, con razón, esas terribles plagas y exigen del servicio sanitario visitas rigurosas desde que tienen la menor sospecha. Esta gente, de ordinario tan pacífica, se sublevaría antes que admitir en sus puertos un navío en tiempo de epidemia (p. 289).

Respecto a las dolencias femeninas, Francis Coleman (2005) señala que, además de menstruaciones abundantes, debido a las altas temperaturas, son frecuentes las hemorragias y, a determinadas edades, también el *fluor albus* o leucorrea, esta última especialmente presente en mujeres no casadas. También observa que las mujeres canarias tienen tendencia a padecer cáncer, enfermedad cuya incidencia aumenta "...debido al tratamiento irracional de numerosos chapuceros, que acostumbran a aplicar, indiscriminadamente, solimán a cualquier tumoración que se muestre en la piel". En cuanto a los partos, señala que, por lo general, éstos no presentan complicaciones y que no suelen darse casos de abortos, aunque sí son habituales los prolapso uterinos. Las mujeres dan a luz, indica, y se incorporan a su actividad cotidiana tres días después del parto e incluso antes si las parturientas viven en el campo (p. 123).

El procedimiento empleado para dar a luz es descrito por Coleman (2005) de la siguiente manera:

Hay una bárbara costumbre que está generalizada, en las Islas, para tales ocasiones. Apenas tienen lugar los primeros dolores de parto, se sienta a la parturienta en el suelo, entre dos sillas, en cuyos asientos tiene que apoyar los brazos. Luego se le brinda un vaso lleno de coñac para que cobre ánimos; también la partera y las comadres allí presentes vacían cada una el suyo. Normalmente la naturaleza actúa sola; pero si se presenta algún problema, se hace venir un par de hombres, para que mantengan estiradas las piernas de la paciente, mientras la partera realiza su trabajo (p. 123).

A pesar de las severas dolencias que padecen, de las condiciones de pobreza y de la falta de una infraestructura sanitaria adecuada, el cónsul británico Francis Coleman (2005) no duda en calificar a los canarios de "sanos y fuertes", si bien reconoce que la esperanza de vida en el Archipiélago no es tan alta como en países donde las temperaturas son más bajas. Este autor asocia tal circunstancia al hecho de que, en Canarias, la pubertad tiene lugar a edades más bien tempranas: entre los catorce y los quince años en el caso de los hombres, y entre los once y los doce años en el caso de las mujeres. Únicamente se dan excepciones a este rasgo en las regiones montañosas, habitadas mayormente por pastores, entre los cuales hay algunos de ellos que alcanzan e incluso sobrepasan los cien años de edad (pp. 125-126).

Tanto Francis Coleman (2005) como René Verneau (1996) aluden en sus respectivos libros a un aspecto del Archipiélago Canario sobre el que ambos coinciden: el clima, al que el primero califica de "...benéfico para la salud y la vida" (p. 122). Verneau relata su propia experiencia y explica cómo, a pesar de las agotadoras jornadas de caminatas y de la frugalidad de las comidas durante sus viajes por el Archipiélago, logra recuperar su maltrecha salud gracias al ambiente de las islas, en su opinión uno de los más suaves y estables del planeta (pp. 290-292).

El antropólogo francés va más allá e incluso recomienda a todos aquellos que quieran viajar a otros países para mejorar su salud que visiten Canarias, cuyo clima

...se caracteriza por la poca frecuencia de las lluvias, por una temperatura media que no ofrece sino diferencias insignificantes entre el invierno y el verano, por un estado higrométrico suficiente para no tener ninguna sensación penosa respirando, y finalmente, por una notable fijeza de la presión atmosférica (Verneau 1996, p. 292).

Estas características, continúa Verneau (1996), resultan ideales para la curación de un gran número de enfermedades, especialmente las respiratorias, las artríticas y las nerviosas, estas últimas estimuladas por los cambios bruscos de presión (p. 292).

Tales cualidades del clima canario, descritas por Verneau, son apreciadas en primer lugar por los británicos, quienes a finales del siglo XIX empiezan a sustituir Madeira por Canarias como lugar de destino habitual para restablecerse de sus dolencias. La importancia que llega a adquirir esta clase de visitantes en las islas hace que en 1884 se construyan en Tenerife el Orotava Grand Hotel y el Sanatorium del Puerto de la Cruz —actualmente Hotel Martiánez— con el propósito de acoger a turistas y a enfermos extranjeros (Verneau 2005, p. 292).

2.1.3. LA LEPRO EN CANARIAS

Ya desde la época bíblica la lepra es tratada por el pueblo hebreo como un mal altamente contagioso, si bien más que una enfermedad ésta es considerada un castigo divino por algún delito o pecado cometido por el afectado, lo que lleva a la sociedad del momento a rechazar y recluir a los leprosos en zonas apartadas a las afueras de las ciudades o pueblos. En la Edad Media, la lepra llega a constituir en el continente europeo una auténtica pandemia, especialmente tras las primeras Cruzadas, debido al contacto que éstas generaron con Oriente, donde esta enfermedad era del todo común. Desde muy pronto, se dictamina que los leprosos sólo pueden aparecer ante los demás habitantes vistiendo un traje negro y largo, con las mangas cosidas al pecho para no mostrar las manos, y un sombrero de ala ancha que ocultara el rostro, debiendo hacer sonar una campanilla que anunciara su presencia al transitar por zonas públicas (Quintana 2000, pp. 418-419).

Llegada al Archipiélago poco después de la conquista castellana, según la teoría más aceptada entre los estudiosos de esta enfermedad, la lepra se extiende rápidamente por todas las islas. "A partir de este primer momento se mantuvo siempre presente en el ámbito canario hasta bien entrado el siglo XIX" (Santana 2005, p. 71).

Durante el Antiguo Régimen, la lepra no constituye la enfermedad más común en Canarias pero sí es la que tiene una mayor repercusión social debido al temor que inspira y a las creencias sobre la misma. En esta época, la lepra continúa arrastrando las connotaciones negativas anteriormente mencionadas, pues, tal y como señala Juan Manuel Santana Pérez, "...no olvidemos que una de las formas de entender el deterioro físico y la muerte era por su relación con el pecado, pensaban que a medida que iban llenando su vida de pecados se iban muriendo". Además, hay que tener en cuenta que, cuanto más nos acercamos a la época moderna, la apariencia física va cobrando cada vez más importancia en la sociedad, y la lepra se caracteriza, entre otras cosas, por su antiestético aspecto y las secuelas externas que produce (Santana 2005, pp. 69-70).

A lo largo de todo este periodo de tiempo, las medidas más utilizadas por los organismos gubernamentales de las islas para luchar contra la lepra son el encierro y el aislamiento de los enfermos. De este modo se intenta ocultar el problema a la población, tal y como se hace con todas las plagas sociales. Sin embargo, las altas cifras de afectados superan con creces los cálculos de las autoridades, quienes no logran encontrar un recinto idóneo donde poder albergar a todos los leprosos de las islas (Santana 2005, p. 84).

El único hospital existente en Canarias para acoger a los enfermos de lepra, tal y como se ha comentado en el capítulo anterior, es el Hospital de San Lázaro, situado en Las Palmas de Gran Canaria. Este centro tiene como objetivo curar a los afectados por este mal y cuando esto no es posible, mantenerlos apartados del resto de la población para evitar que la enfermedad se extienda (Santana 2005, p. 86). A él llegan pacientes desde todas las islas que, o bien ingresan voluntariamente para intentar curarse, o bien son llevados por la fuerza. Este hecho explica que Gran Canaria acoja una mayor proporción de leprosos que otras islas (Santana 2005 p. 72).

La lepra recibe también otros nombres en esta época en función de sus características concretas, aunque el tratamiento a aplicar es finalmente el mismo si los síntomas genéricos coinciden. Juan Manuel Santana Pérez señala que, según algunos tratados de Medicina, no se distingue claramente la sarna de la lepra, a la que Covarrubias define como "sarna que cubre el cuerpo". Por su parte el término "gafo" es empleado para referirse a quien "es un enfermo de cierto género de lepra muy malo, el cual entra en el cuerpo royendo el cuerpo y las carnes, encoge las manos y pies; y particularmente los llamamos gafos a los tales enfermos por encorváseles los dedos de las manos, como a aves de rapiña" (Santana 2005, pp. 70-71).

Finalmente, se consideran tipos de lepra la tiña y la elefancia o elefantiasis (Santana 2005, p. 71). De estas enfermedades, catalogadas erróneamente como variedades de la lepra, la elefancia es la más común en Canarias durante el Antiguo Régimen, y "...se caracterizaba por tener los enfermos las piernas y los pies entumecidos y monstruosos —rara vez se enfermaban los dos—, con costras, pustulaciones, varices y úlceras...". Esta identificación de la elefancia con la lepra perdura todo el siglo XVIII y principios del siglo XIX, hasta que posteriormente se descubre que estas enfermedades no guardan relación entre sí, ya que la lepra se contrae a través de un bacilo, mientras que la elefantiasis hace lo propio mediante las larvas de la filaria (Quintana 2000, pp. 422-425).

Estas dos dolencias manifiestan una notable presencia durante toda la Edad Moderna en Canarias, donde, al igual que en el resto del mundo, se ignora cuál es su vía de propagación y, sobre todo, no se guardan unas normas básicas de higiene individuales ni colectivas:

La suciedad de las calles [...], su empedrado o recogida de los desperdicios, la falta de agua potable, la carencia de una higiene personal mínima, etc., fueron el caldo de cultivo de ambas enfermedades, propagadas con cierta asiduidad entre una población, habitualmente pobre, hacinada en casas o cuevas con mala ventilación, reducido espacio y escasa posibilidad de alimentarse de forma adecuada (Quintana 2000, pp. 428-429).

Los datos del siglo XVIII resultan altamente significativos en cuanto al impacto de esta enfermedad en el Archipiélago Canario. Según Juan Bosch Millares, en 1775 hay en Gran Canaria, además de treinta internos en el Hospital de San Lázaro, unos doscientos leprosos diseminados por toda la isla, cifra que se duplica en las últimas décadas de ese siglo (Bosch 1949, p. 69). Este número tan elevado de afectados hace imposible su aislamiento del resto de la sociedad, debido a la imposibilidad del Hospital de San Lázaro de acogerlos a todos. A su vez, este contacto inevitable entre población enferma y sana contribuye a la expansión de la lepra, tal y como acreditan los documentos del hospital estudiados por Juan Manuel Santana Pérez:

Las Islas adolecen mucho del mal de elefancia [sic] y por carecer esta piadosa fundación de los medios suficientes para recoger en ella a todos los enfermos que habitan en las poblaciones no se puede evitar el perjuicio que ocasionan a la salud pública... (A.C.I.G.C. 1775, expediente 78, folio 1 vuelto, citado en Santana 2005, p. 72).

Quienes procedentes de Gran Canaria o de otras islas no pueden ser albergados en el Hospital de San Lázaro por falta de espacio, permanecen en las inmediaciones del centro esperando a que se les asigne una plaza y subsistiendo, en la mayoría de los casos, a base de limosnas (Santana 2005, pp. 72-73). En el año 1778, de los veinte internos que se encuentran en el centro benéfico, once son naturales de Tenerife, cuatro de Gran Canaria, tres de La Palma, uno es majorero y, otro último, de Lanzarote (Santana 2005, p. 101).

Una de las instituciones más volcadas en el análisis del impacto de la lepra en Canarias es la Real Sociedad Económica de Amigos del País. En sus documentos, estudiados por Juan Manuel Santana Pérez, se recogen múltiples quejas relativas a la situación de la enfermedad en Canarias, la cual afecta especialmente a los estratos más bajos de la sociedad debido a las pésimas condiciones de higiene y salubridad en que viven. Muchos de los lacerados se encuentran sumidos en un absoluto estado de pobreza —hasta el punto de causar en algunos casos la muerte por inanición— y vagando sin ninguna restricción por los diferentes pueblos y ciudades del Archipiélago (Archivo de la Real Sociedad Económica de Amigos del País 1778, folio 19 vuelto, en Santana 2005, p. 73). Este último hecho era el que más preocupaba a la organización, debido a las consecuencias que tal circunstancia acarrearía para la sanidad pública al contribuir a la expansión de la enfermedad (Santana 2005, p. 73).

Y es que a la limitada capacidad de asistencia sanitaria del Hospital de San Lázaro, se sumaba el hecho de que muchos afectados de lepra se negaban a abandonar sus casas y sus actividades cotidianas para ingresar en el citado centro, lo que da lugar a una propagación aún mayor de la enfermedad por el Archipiélago. Por este motivo, aunque los documentos de la Real Sociedad Económica de Amigos del País recogen datos sobre el número exacto de personas afectadas por la lepra, hay que pensar que la cantidad real era mayor, pues muchas de ellas ocultaban su estado para no ser internadas en el centro grancanario (Santana 2005, pp. 70-74).

Es muy probable que en este hecho influyera, además, el deplorable estado en que se encuentra el hospital. De las trece habitaciones con las que cuenta inicialmente —ocho en la parte baja y cinco en el piso superior—, muchas de ellas soportan un alto grado de humedad en las paredes y su ventilación era casi nula, lo que hace la estancia en ellas prácticamente insoportable. De hecho, dos de las celdas bajas tienen que ser clausuradas, pues la elevada humedad las hace completamente inhabitables (Bosch 1967a, p. 323). Por este motivo, no es de extrañar que los administradores del recinto hospitalario lo consideren más una

...casa de tormento que un seguro en que pudiera aliviarse la desgraciada suerte de unos seres que se hallan en el miserable estado de servir de horror a sus semejantes por la asquerosidad de sus llagas, la completa disolución que les hace exalar un olor pestífero y el horrible aspecto que reciben sus formas naturales a impulsos del mal, de suerte que lejos de recibir alivio en su enfermedad empeoran en esta triste mansión y pronto acaban sus días (A.C.C.D.C., 1833, en Quintana 2000, p. 454).

Los lacerados que no se encuentran en el Hospital de San Lázaro, y cuya presencia predomina en Tenerife, La Palma, Lanzarote y Gran Canaria sobre las islas restantes,

...seguían estando en contacto con los sanos y acudían a aquellos lugares frecuentados por el resto de la población y en los cuales podían transmitir la enfermedad con bastante facilidad. Este es el caso de los lugares donde había fuentes o aguas públicas a las cuales acudían a beber todos los pobladores del lugar, conviviendo sanos con enfermos, sin tener el menor cuidado de separar las aguas de unos y otros,...

(Santana 2005, pp. 74-75).

La ausencia de toda medida preventiva destinada a evitar la propagación lleva a varias instituciones —como la R.S.E.A.P.— y a distintas personalidades a denunciar esta situación (Santana 2005, p. 75). Durante el siglo XVIII, varias son las entidades que intentan solucionar el problema de la lepra en Canarias mediante el aislamiento de los afectados, aunque su intento resulta en vano, pues en el siglo XIX el alcance de la enfermedad en las islas no sólo no desciende sino que, incluso, parece aumentar, tal y como se desprende del siguiente documento de 1806, perteneciente al Archivo Histórico Provincial de Las Palmas:

...en esas islas, donde tanto abunda el mal de la lepra, siendo crecido el número de lazarinis actualmente y dispersos por todas ellas, habitando en cuevas o cavernas, con que se aumenta y propaga cada día más esta enfermedad tan contagiosa... (A.H.P.L.P. 1806, en Santana 2005, p. 75).

A pesar de su desagradable visión, la afección leprosa llega a normalizarse en la sociedad, esto es, los habitantes sanos terminan viendo la enfermedad a su alrededor como algo natural y se relacionan de manera cotidiana con los lacerados, quienes continúan con sus actividades habituales en la mayoría de los casos y no toman ninguna medida para evitar el contagio de su dolencia a sus familiares y personas de su alrededor, conviviendo de esta forma enfermos y sanos (Santana 2005, p. 76).

A principios del siglo XIX no existe un tratamiento específico para la lepra en Canarias, por lo que se siguen empleando los antiguos métodos tradicionales. Éstos incluyen tanto recursos higiénicos como medicinales. Entre los primeros están que los bebés de madres leprosas sean amamantados por mujeres sanas; ingerir alimentos tónicos y fácilmente digeribles como carne de ave, verduras frescas y antiescorbúticas y frutas en buen estado; tomar baños con frecuencia; llevar siempre ropa limpia y realizar ejercicio físico moderado, “así como se cuidase la parte moral de los enfermos”. Con respecto a los segundos, se prescribían hierbas aromáticas, depurativas, amargas y sudoríficas, como por ejemplo la dulcamara, el guayaco, la coclearia, el dafnemezareum, la raíz de china y la zarzaparrilla. También empleaban purgantes como el calomelanos (Bosch 1967a, p. 344).

Por su parte, las manchas de la piel eran tratadas con nitrato de plata, nitrato de ácido de mercurio, pomada amoniacal de Goudrel, hierro candente y vejigatorios, y para los tubérculos se empleaban chorros de vapor de azufre y pomadas resolativas como las de brea o las de hidrolato de potasa. Finalmente, para las úlceras que pudieran aparecer se utilizaba tintura de mirra (Bosch 1967a, p. 344).

En cuanto a las cifras de afectados por la lepra, un informe elaborado por Nicolás Bethencourt —médico del Hospital de San Lázaro— y José Rodríguez —cirujano del Hospital de San Martín— en 1833, muestra un aumento notable desde finales del siglo XVIII hasta el primer tercio del XIX pues, mientras que en el recuento de 1788 existen 94 afectados en Tenerife, 36 en La Palma y 7 en Fuerteventura, en el censo de 1831, las cifras se incrementan a 144 personas en Tenerife, 66 en La Palma y 15 en Fuerteventura (A.C.C.D.C. 1833, en Quintana 2000, pp. 456-457).

Este notable incremento en el número de leprosos y elefanciacos en las islas es calificado por los autores del censo anteriormente citado de “lamentable”, pues mientras en Canarias los afectados se multiplican, en otros países disminuyen, e incluso en algunas regiones de Europa la elefancia llega a erradicarse (Quintana 2000, pp. 456-457).

Dos son los motivos que exponen los encargados del Hospital de San Lázaro para explicar el aumento de la lepra en Canarias frente al descenso que la enfermedad experimenta en el resto de Europa. Por un lado, se encuentran la ineptitud de las autoridades sanitarias de las islas para frenar la expansión y también la de los propios afectados, que no ponen medios para evitar el contagio a personas sanas. Por otro lado, influye la nula implicación de la policía al respecto, pues no existe ningún control sobre los habitantes para que cumplan las normas higiénicas básicas que eviten la propagación de enfermedades (Santana 2005, pp. 81-82).

Testigo extranjero de esta realidad es el cónsul británico en Tenerife Francis Coleman Mac-Gregor, quien durante su estancia en Canarias en el siglo XIX comenta sobre la cantidad de enfermos de lepra que:

...este número se ha incrementado más que disminuido desde entonces, pues las autoridades, con su acostumbrada indolencia, no han intentado impedir que tales individuos se casen, con lo cual, lógicamente, la enfermedad se ha propagado, en vez de ser erradicada, como ha sido el caso en muchos otros países, donde se han utilizado instituciones adecuadas a este fin (Coleman 2005, pp. 124-125).

En este punto hay que tener en cuenta que, si bien en los casos de epidemias graves se concierne a la población de las islas acerca de la necesidad de seguir unas normas higiénicas básicas para evitar el contagio y la posterior muerte, esto no sucede con la lepra. El motivo radica en que esta enfermedad no produce altas tasas de mortalidad en un corto periodo de tiempo, como sucede con otras enfermedades contagiosas como la peste, sino que los fallecimientos llegan de manera lenta y progresiva.

En el informe elaborado por Nicolás Bethencourt y José Rodríguez, además de aducir las causas expuestas anteriormente para explicar la multiplicación de la lepra, se proponen las siguientes medidas para frenar su expansión por las islas: mantener a los enfermos apartados del resto de la sociedad; prohibir el matrimonio y las relaciones sexuales entre afectados; ampliar el Hospital de San Lázaro para recluir en él a todos los afectados de las islas con separación total entre sexos; prohibir la tala de árboles para evitar el calentamiento del clima —se piensa que el calor favorece la aparición de la enfermedad—; establecer que las autoridades sanitarias vigilen el estado del pescado salado que se vende en los mercados, asegurándose igualmente de que éste se encuentra siempre en zonas protegidas del calor para evitar su deterioro; obligar a los leprosos y elefanciacos a seguir unas reglas básicas de higiene y de alimentación y, por último, adoptar medidas punitivas estrictas por parte del Gobierno en caso de incumplimiento de alguna de las normas anteriores (Quintana 2000, pp. 459-460).

Tres años antes de la elaboración del expediente anteriormente citado, la preocupante situación lleva a diferentes instituciones de las islas a poner en marcha diversas medidas para intentar eliminar la lepra en Canarias o, al menos, impedir su propagación. Así, en septiembre de 1830, el oidor decano y juez conservador del Hospital de San Lázaro, Francisco Mier y Terán, pide a los obispos de las Diócesis Canariense y Nivariense la elaboración —por medio de los párrocos de las diferentes localidades— de un informe con información detallada sobre los enfermos de lepra de las islas o sospechosos de serlo: número de afectados por isla, sexo, edad, estado civil, y lugar de residencia, al objeto de conocer el número total de lacerados del Archipiélago, condición necesaria para construir un nuevo edificio con capacidad para albergarlos a todos, ya que el Hospital de San Lázaro resulta a todas luces insuficiente (Quintana 2000, p. 468).

Los datos aportados por los párrocos de las diferentes localidades del Archipiélago, y que éstos remiten a sus respectivas diócesis para la realización de este informe, arrojan una cantidad de quince lacerados en Fuerteventura, veintiséis en Lanzarote, sesenta y cinco en Gran Canaria —a los que hay que añadir los quince internos del hospital—, ciento cuarenta y cuatro en Tenerife, sesenta y seis en La Palma y cincuenta entre La Gomera y El Hierro (Quintana 2000, pp. 467-468).

Desgraciadamente, y a pesar del interés de algunos organismos por intentar paliar esta enfermedad en Canarias, la construcción del nuevo centro hospitalario nunca llega a realizarse por falta de apoyo necesario (Santana 2005, p. 83). No obstante, parece que en la segunda mitad del siglo XIX la lepra en Canarias comienza a remitir, al menos en Fuerteventura, a juzgar por los datos del Diccionario Estadístico-Administrativo de las Islas Canarias, de Pedro Olive, donde se registra que, en 1863, existen seis lacerados en Fuerteventura —uno de ellos se encuentra ingresado en el Hospital de San Lázaro—, lo que supone una disminución de más del cincuenta por ciento con respecto al censo de 1830 (De Olive 1865, p. 366 en Díaz A. 1989, p. 108).

2.1.4. MEDICINA POPULAR EN FUERTEVENTURA

Durante la primera mitad del siglo XIX, Fuerteventura no dispone de médicos que atiendan las enfermedades de sus habitantes. Hay que esperar a la segunda mitad de esta centuria para ver a Tomás Mena y Mesa —primer médico de esta isla, nacido en La Ampuyenta en 1802 y formado en Cuba— ejercer en su tierra. Por tal motivo, la población continúa recurriendo a curanderos y a la medicina popular, transmitida oralmente, para tratar de poner remedio a sus padecimientos.

Gracias a la labor de Ramón Fernández Castañeyra, comerciante y alcalde de Puerto de Cabras entre 1875 y 1904 —salvo el intervalo de 1896 a 1898—, quien completa un cuestionario sobre las costumbres populares de Fuerteventura a petición de Juan Bethencourt Alfonso, se pueden conocer muchas de las referidas tradiciones existentes

en Fuerteventura en el siglo XIX. El documento, editado por Francisco Navarro Artilles en 1991, contiene prácticas que en su mayoría están ya en desuso a finales del siglo XIX, época en que Fernández Castañeyra lo manuscibe, pues gran parte de la información se la proporcionan los mayores de la isla (pp. 17-19).

2.1.4.1. Embarazo y parto

La costumbre en el embarazo es, por entonces, hacer sangrar el pie a los cinco meses y de nuevo a los siete meses¹². En el caso de existir peligro de aborto, la embarazada tomaba bebida de alhucema —espliego—, tierra obtenida en el cruce de dos caminos y polvos de piedra hornera¹³ disueltos en vino (Fernández R. 1991, p. 31). Los abortos no son habituales, y para inducirlos se utilizan greña de aulaga¹⁴ y raíz de servilleta (Fernández R. 1991, p. 31), esta última planta oriunda de Fuerteventura, de la que sólo quedan unas pocas en Jandía (Fernández R. 1991, p. 113).

Cuando el parto presenta dificultades, se frota el vientre con manteca de ganado; se esparcen sobre él hojas de cebollas y de ajos, se colocan encima hojas de tártago y enemas de malva y la mujer bebe chocolate disuelto en agua de cebolla o de azafrán. Una vez que da a luz, si la placenta no puede ser expulsada de inmediato, la parturienta bebe orina del marido y aceite de oliva; sopla fuertemente una botella y aprieta el pelo con sus dientes. También se le pellizca el ombligo, se rezan avemarías y se coloca en el vientre un rodete hecho con un pañuelo sobre el que una mujer coloca la cabeza haciendo presión mientras reza. Tras la expulsión de la placenta —a la que llaman *par* en Fuerteventura—, la mujer es alimentada durante tres días con aguardiente, manteca de ganado, miel de abeja, vino, cominos, azufre y agua de culantrillo. Al recién nacido se le alimenta con miel de abeja, manteca batida y yemas de huevo, también batidas (Fernández R. 1991, p. 31).

Por último, para aliviar los entuertos o dolores abdominales post-parto se emplea rama de zarza tostada, molida y disuelta en vino (Fernández R. 1991, p. 31).

2.1.4.2. Poderes curativos de los santos

Al igual que en siglos anteriores, la población majorera sigue recurriendo a diversos santos para lograr, entre otras cosas, que llueva, que las plagas no afecten a las cosechas o que se curen sus enfermedades. Con respecto a este último caso, cada dolencia tiene un patrón asignado. De este modo, a San Roque se le pide que no lleguen enfermedades contagiosas; a San Ramón acuden las mujeres embarazadas; a Santa María de la Cabeza, quienes sufren dolor de cabeza; a San Blas, quienes tienen tos; a Santa Lucía, los que padecen enfermedades oculares; a San Sebastián, los enfermos de pulmonía y, por último, a la Virgen de la Peña se le reza en caso de cualquier enfermedad (Fernández R. 1991, p. 34). Sobre los problemas de la vista, Ramón Fernández Castañeyra (1991) también cuenta que, además de rezar a Santa Lucía, estos enfermos utilizan tierra de la Cueva de San Diego (p. 44).

2.1.4.3. Enfermedades y remedios más usuales

1. **Pulmonía.** Para la pulmonía se aplican sangrías en los brazos; se frota la zona dolorida con beleño; se beben infusiones hechas con agua de ortiga, yerba clin, borraja y violeta, y se realizan ventosas escarificadas (Fernández R. 1991, p. 40).

¹² Cuando Castañeyra escribe el cuestionario, esta práctica hace unos 15 ó 20 años que ya ha dejado de practicarse (Fernández R. 1991, p. 31).

¹³ La piedra hornera es la piedra volcánica que recubre el interior de la bóveda del horno y que cuando éste está muy caliente cae en forma de polvo (Fernández R. 1991, p. 113).

¹⁴ La aulaga no tiene greñas o filamentos. En realidad se refiere a la *Cuscuta aproximata*, una planta algodonosa que parasita a la aulaga y que se asemeja a “una maraña de pelos” (Fernández R. 1991, p. 113).

2. **Biliosas.** Anteriormente, se usan purgantes de cohombro, pero cuando este autor recoge las costumbres de su época, los remedios habituales utilizados para estos casos son sal de higuera; purgantes hechos con la raíz de la planta jalapa o con hojas secas de sen; maná¹⁵; aceite de castor; lavativa hecha de malva, azúcar y aceite; cataplasma de harina de cebada o de linaza aplicada en el vientre y, por último, dieta (Fernández R. 1991, p. 40).
3. **Perlesía.** Este término hace referencia a la “debilidad muscular acompañada de temblores” (Fernández R. 1991, p. 125). Para tratarla se emplean sangrías, frotamientos con un cepillo y bebida hecha con hojas de cerraja (Fernández R. 1991, p. 40).
4. **Romadizos.** Esta palabra de uso popular designa el “catarro de nariz” (Fernández R. 1991, p. 125), y a quien lo padece se le aconseja que sude, que beba infusión hecha con hojas y flores de borraja¹⁶ o de hierba clin, y que ingiera ron y azúcar quemado (Fernández R. 1991, p. 40).
5. **Pujos.** Para los pujos se toma agua de arroz o de pan quemado; naranjadas; lavativas de malva; horchatas de almendras; agua cocinada con los filamentos de la corteza del coco y agua de guayabo (Fernández R. 1991, p. 40).
6. **Diarrea.** La diarrea se trata con agua de cebada, de arroz o de avena; caldos; corteza del pan y también vino tinto (Fernández R. 1991, p. 41).
7. **Mal de ojos.** Por mal de ojos Fernández Castañeyra (1991) se refiere a las dolencias de los ojos y no al maleficio creado con la mirada, comúnmente llamado de esta forma. Para la salud de los ojos se emplea agua de albahaca serenada, consistente en una “infusión de hojas de albahaca puestas al sereno durante la noche anterior”, vitriolo y agua de rosas. Esta última bebida no es una infusión; se elabora depositando pétalos de rosas en agua natural, sin hervir (p. 41).
8. **Dolor de cabeza.** Para aliviar el dolor de cabeza se aplican sobre las sienas rodajas de papas o parches de incienso y aguardiente. También se utilizan vendas de vinagre o de almidón, sahumerios de alhucema y romero, y baños de pies (Fernández R. 1991, p. 41).
9. **Erisipela.** Este enfermedad se trata aplicando fomentos de cosco maduro hervido en vino o bien una tela fina impregnada de sangre de conejo vivo (Fernández R. 1991, p. 41).
10. **Uñeros.** Para esta afección se emplea levadura mezclada con vinagre, lejía y bilis de cerdo (Fernández R. 1991, p. 41).
11. **Reumatismo.** Las personas aquejadas de reumatismo utilizan grasa de gato o aceite alcanforado sobre la zona y la cubren con una bayeta (Fernández R. 1991, p. 41).
12. **Carbunclos.** En el libro de Fernández Castañeyra (1991) aparece la palabra «carbunco» para referirse al carbunco, enfermedad que, a su vez, recibe el nombre de ántrax cuando afecta a los seres humanos, y que se trata quemando las pústulas con un hierro candente, tomando vinos y caldos, cubriéndose con mantas de lana y sudando mucho (p. 41).
13. **Callos.** En estos casos se aplican hojas de barrilla verde, yerba puntera y tomates verdes (Fernández R. 1991, p. 41).
14. **Diviesos.** Para los diviesos o forúnculos se emplea leche de aulaga, cataplasmas de cebolla y manteca de cerdo, o bien de leche, azafrán y miga, además de cataplasmas de linaza. Otro remedio consiste en aplicar un ungüento elaborado con jabón amarillo y azúcar moreno (Fernández R. 1991, p. 41).
15. **Malditas.** Las malditas son tumores pequeños o llagas persistentes, y se tratan con cerato, una masa elaborada con cera y aceite, cataplasmas de gofio de mijo y sopas de vinagre (Fernández R. 1991, p. 41).
16. **Quemaduras.** Sobre las quemaduras se aplican heces de vaca, tinta negra, aceite batido con agua, agua de cal —muy utilizada en Medicina como sedante—, balsamina e infusión de llantén (Fernández R. 1991, p. 41).

¹⁵El sen es una planta de efectos purgantes cuyas hojas se importan en esta época para elaborar infusiones; el maná también se emplea como purgante y llega a la isla, ya preparado como medicamento, procedente de Italia, principalmente de las regiones de Sicilia y de Calabria (Fernández R. 1991, p. 125).

¹⁶A esta hierba también se le denomina *oreja de gato* en Fuerteventura (Fernández R. 1991, p. 160).

17. **Empeines.** Para curarlos se emplean tomate verde, aceite de papel, cataplasmas de flor de azufre y manteca de cerdo libre de sal, así como saliva extraída en ayunas. (Fernández R. 1991, p. 41).
18. **Ronquera.** Las personas aquejadas de ronquera recurren bien a huevos y polvos de azufre, bien a vino y azufre y, también, a agua tibia y esperma, designando este último término a una materia grasa que se obtiene del cráneo del cachalote, empleada para fabricar velas y medicamentos (Fernández R. 1991, p. 42).
19. **Dolor de muelas.** El dolor de muelas se alivia con aceite de almendras, leche de mujer que ha parido, leche de duraznos y tripas de cucarachas (Fernández R. 1991, p. 42).
20. **Falta de vista de noche.** En este tipo de casos se pasan por los ojos entrañas asadas de gato negro o entrañas de pescado, que después se comen (Fernández R. 1991, p. 42).
21. **Dañados.** Con este término se designa en Canarias a los enfermos de lepra. Esta dolencia, para la que también se emplea en esta época el término “elefancia”, se trata con sangre de tortuga caliente y sangre de quelme¹⁷ (Fernández R. 1991, p. 42).
22. **Pomo.** El procedimiento para tratar el mal de pomo es el siguiente: el enfermo se acuesta boca arriba con el vientre descubierto. El curandero le coloca dos dedos sobre el ombligo y observa la posición del pomo: si está en su sitio es que el paciente padece otra dolencia, y si el pomo no está donde le corresponde, se pone encima de su ombligo un vaso de agua tibia. La cantidad de espuma que forma el agua indica la gravedad del caso, y para curarlo se realizan sobamientos y se rezan oraciones; acto seguido, se aplica una masa elaborada con incienso, aguardiente y pez griega o colofonia, esta última resina conocida en Fuerteventura como *pedriega* (Fernández R. 1991, p. 42).
23. **Mal de ojo.** En este caso, Fernández Castañeyra (1991) se refiere al maleficio que se hace a otra persona, especialmente a niños, con la mirada. El remedio consiste en un “santiguado”, que se realiza de la siguiente manera: se acuesta al niño boca arriba con el vientre descubierto y la curandera reza las siguientes oraciones mientras va deshaciendo unas hierbas verdes y las va tirando al suelo.

Dios Padre, Dios Hijo, Dios Espiritu Santo: te corto la opilación [obstrucción]; que no haga mal ni a ti, ni a mi [sic], ni a ningún fiel cristiano. Te llamo con las palabras de Dios Padre que vengas a tu puesto como Jesucristo vino al Huerto.

Después, la curandera reza el Credo y recita: “Ven a tu puesto como Jesucristo vino al altar con las palabras de Dios Padre y de Dios Hijo”. Reza nuevamente el Credo y el niño queda santiguado. Otra forma de santiguar consiste en rezar un Credo haciendo cruces para, a continuación, pronunciar las siguientes palabras:

<i>Si lo tienes en la cabeza,</i>	<i>¿Dónde vas, mal?</i>
<i>te lo quite San Juan;</i>	<i>A botarte</i>
<i>San Vicente, de la frente;</i>	<i>al fondo del mar,</i>
<i>Santa Lucía, de los ojos;</i>	<i>donde ni a mi [sic],</i>
<i>Santa Beatriz, de la nariz;</i>	<i>ni a criatura ninguna</i>
<i>Santa Polonia, de la boca;</i>	<i>hagas mal.</i>
<i>Santa Bárbara, de la barba;</i>	
<i>San Blas, de la garganta;</i>	
<i>San Gregorio, del corazón;</i>	
<i>San Amaro, de las piernas y de los brazos</i>	
<i>Santa María, de la barriga</i>	
<i>y de todo tu cuerpo ... Amén.</i>	

Esta oración se repite tres veces mientras se deshace y se tira al suelo un ramo de hierbas verdes y se hacen cruces (Fernández R. 1991, pp. 42-43).

¹⁷Francisco Navarro Artilles, editor del manuscrito de Ramón Fernández Castañeyra (1991), cree que el término «sangre de quelme» es erróneo, pues su utilización para tratar la lepra no se registra en la tradición oral viva. Asimismo, añade que lo más probable es que el remedio que en realidad se empleara en estos casos fuera aceite de quelme, conocido por sus propiedades reconstituyentes (p. 128).

24. *Quebraduras*. Para curar a los niños quebrados –aquéllos que padecen una hernia ventral– se realiza un ritual el día de San Juan, antes del amanecer. Consiste en lo siguiente: un hombre, llamado Juan, abre una rama de mimbre sin cortarla del árbol mientras que una mujer, llamada María, hace un cordón con algo de lino. Juan amasa barro, introduce al niño por la abertura del mimbre y se lo da a María diciéndole:

*“Toma, María
este niño quebrado:
San Juan y la Virgen
lo devuelvan sano”*

Este ritual se realiza tres veces, tras las cuales se cubre la rama con un lienzo, se ata con el cordón hecho por María y se cubre de barro. Si la hendidura se sella, el mal se cura; si la vara se seca, el niño no se recupera (Fernández R. 1991, pp. 43-44).

2.1.5. TOMÁS MENA Y MESA: EL PRIMER MÉDICO MAJORERO

LA AMPUYENTA

Ya diviso la aldegüela
cuna de ilustre Galeno,
obeso, alto, moreno
como color de canela.
[...]

Isaac Viera, 1904

Por Fuerteventura: Pueblos y Villorrios



Dr. D. Tomás Mena y Mesa.

Fuente: Índice de ilustraciones (16)

2.1.5.1. Nacimiento y primeros años

El doctor Mena, primer médico oriundo de Fuerteventura y, por lo tanto, médico ilustre de esta isla, nace el 20 de febrero de 1802 en el sitio de Buen Lugar, en el pago de La Ampuyenta, perteneciente entonces al municipio de Casillas del Ángel. Es precisamente en esta localidad, en la Iglesia Parroquial de Santa Ana, donde Mena es bautizado el 12 de marzo del mismo año con los nombres de Tomás Antonio de San Pedro Mena y Mesa.

CERTIFICACIÓN DE PARTIDA DE BAUTISMO

Don Juan Antonio De los Jácobs
 Párroco de N. Sr. de Sta Ana
 de Casillas del Ángel (P. E. E. E. E.)

CERTIFICADO. Que según consta en el acta reseñada al margen, Tomás Mena
de S. Pedro

Le bautizado/a el día 12 de Mayo de 1902, y nació el día
20 de Febrero de 1902, en la calle o pago en
este núm. — a la — hora.

Padres: Don José León Mena
 Doña M^{ra} de S. Diego Mesa
 naturales de Ampuyenta

Casados en —

Abuelos Paternos: Don Conrado Manuel Mena
 Doña Bernarda Medina
 naturales de Ampuyenta

Abuelos Maternos: Don Gaspar Mesa
 Doña Bárbara Carrión
 naturales de Ampuyenta

Padrinos: Don José Medina Guillama, presbítero
 y Doña —

Ministro: Rvdo. Don José Ramón Velázquez

En Casillas del Ángel a 4 de Julio 19 96

Firma
P.O. [Signature]

Fuente: Índice de ilustraciones (16)

Sus padres son José León Mena Medina y María de San Diego Mesa y Carrión, ambos naturales de Casillas del Ángel, al igual que lo es su padrino y primo de su padre, el presbítero José Medina Guillama. Tiene dos hermanos: Conrado, futuro sacerdote y llamado así en honor a su abuelo paterno, y Rosalía, quien fallece muy joven, dejando dos hijas. Su madre, María Mesa, es viuda de un primer matrimonio, pero de esa unión no hay descendencia (Bosch 1965, p. 116).

La casa donde nace y crece el doctor Mena es muy humilde y sencilla, como la mayoría de las existentes en Fuerteventura, y está construida con piedra del propio lugar. Consta de dos habitaciones a dos aguas, una cocina en ángulo, una gañanía con su pajar y dos corrales. Se trata de la única vivienda en varios kilómetros a la redonda, por lo que la soledad y el silencio sobrecogedor conforman el ambiente en el que se cría el futuro médico (Barroso 1997, p. 20).



Ruinas de la casa donde nació Tomás Mena y Mesa. Fuente: Índice de ilustraciones (16)

Aquí vive Tomás Mena y Mesa hasta 1811, ayudando a sus padres en las tareas del campo (Barroso 1997, p. 61). De vez en cuando, José Medina acude a la casa a lomos de un asno para visitar a la familia e instruir a su ahijado, Tomás, a quien muy pronto enseña a leer, algo inusual en la Fuerteventura de la época, y a quien logra inculcar el amor por el conocimiento y el saber, algo que en el futuro va a resultar decisivo en la carrera profesional de Mena (Barroso 1997, p. 20).

Es su mismo padrino quien, unos años más tarde, lo anima a seguir la carrera sacerdotal y continuar los pasos de su hermano Conrado. Es, asimismo, Medina Guillama quien convence a su primo, el padre de Tomás, para que envíe a su hijo a Gran Canaria al objeto de que se prepare para el ingreso en el Seminario (Barroso 1997, p. 21).

2.1.5.2. Formación en el Seminario Conciliar de Las Palmas

En 1811, a la edad de nueve años, los padres de Tomás Mena deciden su traslado a Las Palmas de Gran Canaria para que curse los estudios primarios oficiales (Barroso 1997, p. 61) y reciba así educación escolar. Sus padres son tan pobres que para poder costear los gastos del viaje y de su estancia en la isla vecina, se ven obligados a vender diez fanegas de cebada (Bosch 1965, p. 116), equivalentes a la cosecha de todo un año (Barroso 1997, p. 25).

Una vez finalizados los estudios primarios, Tomás Mena inicia su formación en el Seminario Conciliar de Las Palmas, entonces perteneciente a la Universidad de Sevilla (Bosch 1965, p. 117). En opinión de Barroso Alfaro (1997), en ese momento no se puede esperar una respuesta firme por parte del niño, dada su corta edad, ni una decisión determinante sobre la idea de prepararse para ser sacerdote (p. 25), si bien debe tenerse en cuenta que

...cuando alguien nacido en la isla de Fuerteventura quería cultivarse y superarse, en lo primero que se pensaba era en el estado sacerdotal, por las ventajas y hasta las oportunidades que encontraban los que decidían entregarse a la carrera eclesiástica. Siempre hubo posibilidades de superación máxima dentro de la Iglesia, aun viniendo de humilde cuna. Conrado, el hermano de Tomás Mena, no es una excepción, como tampoco lo es el que el padrino del pequeño Tomás, el Presbítero Medina Guillama, aconsejara a su ahijado que abrazase el estado sacerdotal (Barroso 1997, p. 23).

El Seminario Tridentino de Canarias, situado entonces a cien metros de la Catedral de Santa Ana, en el barrio de Vegueta, es un colegio Jesuita hasta que el rey Carlos III expulsa a esta orden religiosa de España, apenas treinta años antes.

En “esta amplísima casona, de cuatro grandes patios, llena de corredizos, balcones y pasillos, de abundante madera tallada y de elegantes balaustas”, pasa Tomás Mena siete años de su vida —entre 1813 y 1819— dedicados al estudio y a la preparación para el sacerdocio (Barroso 1997, p. 26).



Fachada del Seminario Conciliar de Las Palmas de Gran Canaria. Fuente: Índice de ilustraciones (17)

Las materias que cursa en el Seminario Conciliar de Las Palmas son las siguientes (Bosch 1965, p. 117):

- Gramática y Principios de Humanidad: desde el 4 de octubre de 1813 al 18 de octubre de 1814.
- Lógica y Metafísica: desde el 19 de octubre de 1814 al 30 de julio de 1815.
- Física y Química: desde el 19 de octubre de 1815 al 30 de julio de 1816.
- Ética: desde el 19 de octubre de 1816 al 30 de julio de 1817.
- Lugares teológicos: desde enero de 1817 a enero de 1818.
- Gracia y Matemáticas: desde julio de 1818 al 30 de julio de 1819.

En esta institución adquiere, además, una refinada educación humanística y un completo dominio del Latín, que tanto le sirven posteriormente en sus estudios de Medicina, así como para el conocimiento de la lengua francesa, que acaba dominando a la perfección (Barroso 1997, p. 26).

El 19 de febrero de 1820, a la edad de 19 años, Mena oposita a las dos cátedras de Filosofía que ofrece el Seminario, y obtiene en ambas la calificación de sobresaliente. Finalmente, le es otorgada una de las dos; sin embargo, una decisiva llamada de su hermano Conrado desde Cuba origina un inesperado giro en el curso de su vida (Bosch 1965, p. 117).

2.1.5.3. Estudios de Medicina en La Habana

En 1820, Conrado Mena, que con anterioridad es ordenado presbítero en el mismo seminario en el que estudia su hermano Tomás, le hace a éste una invitación desde Cuba, donde se encuentra ejerciendo en calidad de párroco, para que se traslade a La Habana en busca de nuevas perspectivas (Barroso 1997, p. 62). En ese momento, Tomás Mena debe tomar una decisión trascendental que determina su trayectoria vital: proseguir con su formación sacerdotal o aceptar la propuesta de su hermano y viajar al país centroamericano (Barroso 1997, p. 29).

Las posibilidades que ofrece la capital cubana tanto para cursar estudios universitarios como para continuar con la carrera eclesiástica, hace que se decida a cruzar el Atlántico, puesto que en Gran Canaria la primera de las opciones resulta inviable. De esta forma, tras ocho años de estancia en el Seminario Conciliar de Las Palmas y faltando muy poco para ser ordenado sacerdote, Tomás Mena acepta la propuesta de su hermano y se dispone a viajar a Cuba. Antes, regresa a Fuerteventura para despedirse de su familia y amigos (Barroso 1997, pp. 29/62). En 1821 llega a La Habana, llevando como único equipaje, además de lo puesto, una camisa y un pañuelo. En ese momento, el presbítero Conrado Mena posee ya cierta fortuna, y consciente de lo despierto e inteligente que es su hermano, le sugiere que estudie Medicina, consejo que éste acepta de inmediato (Bosch 1965, p. 117).

En aquellos tiempos, la legislación vigente establece que para iniciar estudios universitarios es necesario hallarse en posesión del título de Bachiller en Filosofía. Habiendo demostrado un amplia suficiencia en esta materia a lo largo de los estudios realizados en Gran Canaria, Tomás Mena presenta la equivalencia de su título de Bachiller en Filosofía (Bosch 1965, p. 117), que supera el 1 de abril de 1822 ante un exigente tribunal formado por los doctores Antonio Viera, Ambrosio Herrera y Manuel González del Valle —sustituido este último por José Antonio Casó, una de los más destacados intelectuales cubanos del siglo XIX— (Bosch 1965, p.117).

Para que finalmente le sea expedido el título de Bachiller en Filosofía, debe, además, aportar un "Expediente de Sangre", a fin de demostrar que no posee "mezcla ni raza de moros, judíos, herejes ni penitenciarios". Con este fin, y para dar fe de su naturaleza, el futuro médico presenta como testigos a Francisco Bueno y José Sicilia, naturales de Fuerteventura, que declaran que es "hijo de José León Mena y María de San Diego Mesa, naturales de Casillas del Ángel" (Bosch 1965, p. 117).

Una vez probada su legitimidad, Tomás Mena inicia los estudios de Medicina en la Universidad de La Habana en octubre de 1822 (Barroso 1997, p. 63). Sus profesores son "los doctores: Antonio Viera, en Prima; Agustín Encinosa de Abreu, en Patología; Gaspar Zaferino de los Reyes, en Prima y Fisiología; Bernardo Riesgo, en Anatomía, y Francisco Sandoval, en Método". Posteriormente, y tras superar los ejercicios de Reválida el 27 de marzo de 1825, obtiene el título de Bachiller en Medicina y Licenciado en Cirugía Latina. Pero no satisfecho con ello, decide prepararse para obtener el grado de Doctor en Cirugía. Para ello asiste a los cursos que dirige el doctor Francisco Alonso Fernández en el Hospital Militar de San Ambrosio. El tema elegido es "Grandes operaciones de Cirugía, Anatomía y Disección, teórica y práctica y Medicina Operatoria o Cirugía" (Bosch 1965, p.118).

Encontrándose a tan solo un trimestre de finalizar los dos años de prácticas exigidos por los estatutos, solicita ante el Protomedicato la realización del examen de Doctorado y la exención de los tres meses que aún le quedan por cumplir. El motivo es su intención de trasladarse a San Carlos de Matanzas para desarrollar en esta localidad su profesión, puesto que en ella tan sólo ejerce el facultativo Juan Michelena. Sin embargo, el Protomedicato le deniega la dispensa del periodo restante, por lo que Mena continúa realizando las prácticas con el doctor Francisco Alonso hasta completar los dos años estipulados. Así, el 24 de noviembre de 1826 recibe el título de Doctor en Cirugía y obtiene la aprobación necesaria para el solicitado traslado. Inmediatamente, se instala en la ciudad de San Carlos de Matanzas, donde, mediante el ejercicio de su profesión, logra reunir con el paso del tiempo una pequeña fortuna (Bosch 1965, p. 118).

En 1830 (Barroso 1997, p. 64), durante la visita de un buque de guerra francés que navega por aguas de la isla cubana, tiene la oportunidad de conversar y discutir sobre temas médicos de su especialidad con los científicos franceses que viajan a bordo. A raíz de este encuentro, el doctor Mena reflexiona sobre lo mucho que aún le queda por aprender en el campo de la Medicina, razón que le impulsa a abandonar La Habana y viajar hasta París con la intención de ampliar sus conocimientos médicos en la ciudad europea (Bosch 1965, p. 118).

2.1.5.4. Formación en París

En 1831, Tomás Mena se traslada a Francia. No se sabe qué rumbo toma el barco que zarpa de La Habana, pero Barroso Alfaro (1997) sostiene que "Es muy seguro que hiciera escala en la ciudad de Cádiz, de lo contrario no se explica las estrechas vinculaciones que tuvo Mena con esta ciudad y con su universidad" (p. 45). Este autor y biógrafo del médico majorrero prosigue en sus conjeturas:

Queremos pensar que Mena se detuvo en la «Tacita de Plata» y que tuvo algunos contactos de carácter científico, especialmente con su Universidad y concretamente con su Facultad de Medicina. Es casi seguro que algunos de los profesores que había tenido en la Universidad de La Habana provinieran de la ciudad gaditana y que le recomendaran pasar por allí y entrar en contacto con científicos y personalidades para quienes sin duda llevaría alguna carta de recomendación, tal como se estilaba entonces. De todas maneras esto es simple especulación, pero posible, dado [...] los vínculos de toda índole que tuvo Mena con la ciudad de Cádiz, incluso hasta su misma muerte. No debe olvidarse que la Facultad de Medicina de la Universidad gaditana honró a Mena nombrándolo académico de su seno el 1.º de julio de 1846 (Barroso 1997, pp. 45-46).

Por tanto, Barroso concluye que:

Mena estaba infinitamente vinculado a la ciudad de Cádiz y para hacerse conocer allí en épocas tan lejanas y tener amistades de confianza como las que menciona debió pasar por allí en algún momento, antes, claro está, de que la Universidad le hiciera Académico de su seno. Ello, suponemos, debió suceder a mediados de 1831, antes de dirigirse a París. Es hasta posible pensar que Mena pudo haber hecho el viaje de Cádiz a París a través de diligencias (carros de tracción de sangre) cosa normal y fácil en aquellos tiempos (Barroso 1997, p. 46).

Tomás Mena se instala en París, donde permanece un total de seis años y se especializa en Medicina Tropical (Barroso 1997, p. 46). Para ello, asiste a clases, visita hospitales y dedica su todo su tiempo a leer los libros de mayor prestigio dentro de su profesión (Bosch 1965, p. 118). Su estancia en la capital francesa le permite situarse al nivel médico deseado, fomentar su espíritu crítico y desarrollar "el suficiente juicio diagnóstico para resolver los problemas que solían presentar los enfermos". Por otra parte, París despierta también su interés por el arte, la vida social y el respeto a las ideas y opiniones de los demás (Bosch 1965, pp. 118-119).

Tras este tiempo, rebosante de nuevos conocimientos médicos y con un dominio total de la lengua gala (Barroso 1997, p. 49), el doctor Mena decide regresar nuevamente a La Habana para poner en práctica todo aquello que ha aprendido hasta el momento (Barroso 1997, p. 47).

2.1.5.5. Regreso a Cuba y desarrollo profesional

En 1837, Mena llega por segunda vez a La Habana, donde es recibido con cariño y con orgullo por su hermano Conrado (Barroso 1997, p. 49). Allí abre su consulta y es requerido por las autoridades para curar epidemias de fiebre amarilla, cólera y otras enfermedades tropicales frecuentes en la isla. Pronto adquiere una gran clientela

y fortuna, circunstancias que lo acreditan como “gran clínico y hábil cirujano” (Bosch 1965, p. 119). Su fama se extiende rápidamente por todo el país y alcanza, incluso, los Estados Unidos (Barroso 1997, p. 49). De hecho, entre 1838 y 1840, realiza frecuentes viajes de estudio a este país, donde la Medicina tiene “gran influencia y ascendencia sobre las de las demás repúblicas americanas” (Bosch 1965, p. 119). De este modo, entra en contacto con los intelectuales médicos y científicos de Nueva York, donde asiste a conferencias y congresos sobre enfermedades tropicales para mantenerse al día en los últimos avances, y se convierte en defensor de la hidroterapia y la balneoterapia (Barroso 1997, p. 64).

Hasta 1846 Tomás Mena continúa ejerciendo su profesión de médico en La Habana y en otras ciudades cubanas (Barroso 1997, p. 65). Ese mismo año, concretamente el día 1 de julio, es nombrado Académico de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Cádiz (Bosch 1965, p. 119). Al igual que sucede tras la llamada de su hermano Conrado en 1820, cuando abandona la carrera sacerdotal y opta por hacerse médico, este hecho cambia nuevamente su trayectoria vital.

En ese momento, Tomás Mena, que cuenta cuarenta y cuatro años, lleva veinticinco de ellos fuera de Fuerteventura, además de los transcurridos con anterioridad en el Seminario Conciliar de Las Palmas (Barroso 1997, p. 50). Soltero, con una madre ya anciana y “sin más alicientes que la satisfacción del deber cumplido y de verse considerado y atendido por el pueblo cubano”, se da cuenta de que para ser feliz le falta el calor de su tierra natal y el cariño de su gente. Advierte que está solo y pronto se siente “dominado por ese complejo misterioso que ejercen sobre el alma, la familia, el paisaje y los días soleados y azules de la Isla que le vio nacer” (Bosch 1965, p. 119). Así pues, toma la determinación de viajar a Cádiz para recibir el homenaje de su universidad y, desde allí, emprender su regreso a Canarias, su tierra, de la que ya no volverá a marcharse (Barroso 1997, p. 50).

2.1.5.6. De vuelta a Fuerteventura

Tomás Mena y Mesa regresa a La Ampuyenta en 1847, acompañado de su criado mulato, con la intención de pasar los años que le quedan junto a su madre, que vuelve a enviudar y que sigue viviendo en su aldea natal (Bosch 1965, p. 119). En ese momento, La Ampuyenta cuenta con sesenta habitantes (Barroso 1997, p. 51).

El silencio del ambiente, la bondad de sus paisanos, el atraso intelectual en que se desenvolvían, tenían cierto encanto que no llegaba a descifrar. Quería vivir con ellos alejado del mundanal ruido de las grandes capitales y entregarse al reposo corporal y anímico para consagrarse a la observación de la Naturaleza (Bosch 1965, p. 119).

Poseedor de una inmensa fortuna, durante los años siguientes se hace con un importante número de propiedades, tanto en Fuerteventura como en Tenerife (Barroso 1997, p. 53), isla donde reside durante largos periodos de tiempo. En Tenerife adquiere “una casa de verano en Los Rodeos, a pocos kilómetros de La Laguna, una finca rústica en [...] Guamasa y otra en Tornero, perteneciente al municipio de Tegueste”. También visita con frecuencia Santa Cruz de Tenerife, donde cuenta con numerosas amistades entre las autoridades y personas importantes de la ciudad (Bosch 1965, pp. 121-122).



Casa de veraneo del Dr. Mena en Guamasa (Tenerife). Fuente: Índice de ilustraciones (16)

En cuanto a Fuerteventura, acumula propiedades en "Casillas del Ángel, pagos de Tefía, Los Llanos y Ampuyenta, villa de Betancuría, pago del Valle de San Ginés, La Antigua, Vega de Tetir, Valle de Jaifas en La Oliva, Costa de Los Lajares y Puerto de Cabras" (Bosch 1965, p. 122).

Además, en 1850 construye en el sitio de Buen Lugar, junto a la casa donde nació, una vivienda aislada, de dos plantas, donde pasa las semanas cuando regresa de Santa Cruz de Tenerife, rodeado de sus libros editados en francés. En esta casa, situada muy cerca del Barranco de Los Molinos (Bosch 1965, p. 122), establece gran parte de sus bienes y su biblioteca de temas generales, pues sus libros de temática médica y su instrumental de cirugía los deja en Cádiz antes de partir hacia Canarias (Barroso 2002, p. 12).



Casa de Buen Lugar, contigua al lugar de nacimiento del Dr. Mena. Fuente: Índice de ilustraciones (16)

En Fuerteventura, isla donde reside la mayor parte del tiempo tras su regreso de Cuba, escoge para vivir de entre todas las casas que posee, además de la anterior, la de sus padres y abuelos en La Ampuyenta, y que aún hoy se puede contemplar (Barroso 1997, p. 53). De este modo, se dedica "al reposo y a la contemplación; al estudio en su biblioteca, a la adquisición de bienes y a la administración de sus extensas fincas que posee tanto en Fuerteventura como en Tenerife..." (Barroso 1997, p. 65).



Casa de Tomás Mena y, frente a ella, el Hospital de La Ampuyenta, construido con su herencia. Fuente: Índice de ilustraciones (16)

Aunque Mena regresa con la única intención de descansar y de permanecer junto a su madre, al ser el único médico existente en la isla no puede evitar el ser requerido por sus paisanos para aliviar sus dolencias. Se siente, por lo tanto, en la obligación moral de asistir a cuantas personas solicitan sus servicios, si bien establece la única condición de hacerlo en el despacho de su casa, pues su obesidad no le permite realizar largas caminatas (Bosch 1965, p. 119). De esta forma, a partir de 1850 ejerce como médico, sin cobrar jamás, atendiendo tanto a personalidades importantes de la isla como a la gente humilde que lo necesita. Entre los primeros se encuentran los coroneles de La Oliva, de los que es gran amigo y con quienes departe en su casa de verano de La Ampuyenta (Barroso 1997, p. 66).

En opinión de Juan Bosch Millares (1965), el principal elogio que se le puede hacer a Tomás Mena y Mesa, en cuanto que hombre caritativo, tiene que ver con su negativa a revelar a los enfermos incurables la gravedad de sus dolencias, pues, en casos extremos, suele aducir la falta de recursos que sufre en La Ampuyenta para curarlos, y les aconseja el traslado a hospitales de Gran Canaria o de Tenerife. Cuando esto sucede, los vecinos y allegados ya saben que éstos no regresarán a la aldea (p. 121).

El doctor Mena es considerado uno de los facultativos más prestigiosos entre los médicos canarios de la época, con los que se reúne a menudo. Para sus compañeros de Tenerife es el maestro de la Medicina y, de hecho, cada vez que visita esta isla, amigos, familiares y pacientes, al tener conocimiento de su llegada, acuden a recibirlo al Puerto de Santa Cruz. También es sabido que, durante la epidemia de cólera que se declara en Gran Canaria en 1851, las autoridades de la isla recurren a él, conocedoras de su amplia experiencia en el tratamiento de este tipo de enfermedades (Bosch 1965, p. 124). Al año siguiente, en 1852 (Barroso 1997, p. 66), Mena es el primer profesional que utiliza en Canarias la balneoterapia fría contra la fiebre (Bosch 1965, p. 124).



Personal del Hospital de coléricos de Santa Cruz de Tenerife. Grabado de Rodríguez y Núñez. Fuente: Índice de ilustraciones (23)

Tomás Mena exhibe con orgullo sus conocimientos médicos, entre los que se incluyen las propiedades medicinales de ciertas plantas. En Tenerife desarrolla la costumbre de pasear con algunos de sus allegados en la isla, con quienes suele debatir sobre temas de Historia Natural, discusiones en las que casi siempre prevalece el criterio del médico mayorero. A este respecto, cuenta Bosch Millares (1965) una anécdota que tiene lugar durante uno de estos paseos cuando, una tarde, mientras se dedica a recoger las hojas de una planta que crece en los bordes de un camino, se percata de que ninguno de sus acompañantes la conoce. Entonces les propone olfatearla; acto seguido y completamente atónitos, uno a uno comienzan a sangrar por la nariz. A continuación, Mena les acerca otra planta y, al olerla, comprueban nuevamente sorprendidos que la hemorragia cesa de inmediato. Como es de esperar, esta experiencia no hace más que aumentar la admiración y el respeto que inspira el médico entre sus conocidos (pp. 122-123).

Entre viajes a la isla de Tenerife y su quehacer diario en Fuerteventura, el médico mayorero pasa el resto de su tiempo dedicado, principalmente, "a la agricultura y a la medicina curativa". Sus días transcurren entre el recuerdo de sus años de profesión en Cuba y dando rienda suelta a su carácter "áspero y despótico cuando se deja llevar por la pasión política..." (Bosch 1965, p. 123).

2.1.5.7. Una fuerte personalidad

Bosch Millares (1965) describe al doctor Mena como un hombre "Grueso, casi obeso, moreno, alto de estatura, pelo frondoso y pistoleras formando cuerpo con su cabellera,..." . Hombre de conversación "agradable y amena", su generosidad al atender a todo el que se lo pide, sin cobrar nunca por ello, le hace disfrutar del cariño y la estima de sus amigos y sus pacientes. Pero es precisamente esta circunstancia la que le lleva a enojarse en extremo cuando no se siente justamente correspondido. Así, si tras solicitar a algún vecino el préstamo de un camello, un burro o un apero de labranza para atender a sus pacientes o para trabajar sus tierras, la respuesta recibida era una excusa o una negativa, se deshace en insultos y reproches. Su fuerte carácter lo lleva a enfrentarse en numerosas ocasiones con amigos y conocidos. Al ser, por lo general, muy respetado y apreciado por sus paisanos, no oculta su indignación al sentirse desairado (p. 120).

Cuando Mena regresa a Fuerteventura, a mediados del siglo XIX, en Canarias las disputas políticas se encuentran, al igual que en las demás provincias españolas, en un estado de máxima tensión, y esta situación convierte a los pueblos en "escenarios de escándalos y atropellos" (Viera I. 1999, p. 46). Tomás Mena, aunque vuelve con la intención de no involucrarse en estas pugnas estériles, pronto se deja llevar por la pasión, como consecuencia de ese carácter enérgico al que ya se ha hecho mención (Bosch 1965, p. 120) y que queda de manifiesto en la anécdota que se relata a continuación.

El doctor Mena y Francisco Rugama, un opulento propietario de Casillas del Ángel, eran enemigos "acérrimos é irreconciliables" (Viera I. 1999, p. 47). Un día, el señor Rugama amanece gravemente enfermo y, como no existe otro médico en la isla, llama a un amigo y le dice:

"—«Me estoy muriendo, vete y dile a Mena si quiere venir a recetarme»."

El amigo, conocedor de la lucha declarada entre los dos adversarios, recorre decidido, al tiempo que temeroso, los 3 kilómetros que separan las casas de uno y de otro. Tras tocar en la puerta, aparece el médico:

"—«¿Qué ocurre?» —pregunta el doctor Mena—, "«acariciando sus pistoleras y cara con gran fruición al reconocer al enviado de su adversario»".

—«Que don Francisco está muy malo y desea vaya usted a verlo»"

(Bosch 1965, pp. 120 -121).

Enseguida manda ensillar el camello que utiliza para sus viajes —pues la obesidad le impide montar a caballo— y se pone en marcha en compañía del mensajero. Cuando se halla ante el enfermo, su sentido del deber y el deseo de evitar posibles "comentarios de amigos y enemigos", hacen que el médico, dejando a un lado toda rivalidad, ponga su absoluto empeño en curar al nuevo paciente (Bosch 1965, p. 121). Tanto interés pone en la tarea que, tras unos pocos días de tomar pócimas y purgantes diversos, Francisco Rugama se levanta de la cama completamente restablecido (Viera I. 1999, p. 49).

Nada más recuperarse, lo primero que hace el rico hacendado es dirigirse a la casa de Mena y preguntarle que cuánto le debe:

“—«No tiene usted que agradecerme nada, ni que abonarme nada» —repuso altanero el doctor Mena—. «No he hecho otra cosa que cumplir con mi deber. Es más» —añadió— «no puede Vd. imaginarse la satisfacción que he experimentado en curarle, porque me hubiera llevado un disgusto si hubiera muerto de muerte natural, ya que mi deseo estriba en matarle a rabetas y malos ratos” (Bosch 1965, p. 121).

Al terminar la última palabra, Mena da un sonoro portazo y deja a Rugama con la puerta en las narices. Este último llega a su casa “echando espumarajos de ira por la boca al darse cuenta del desaire de que había sido víctima” y jurando vengarse de su enemigo. Ni que decir tiene que “la guerra entre esos dos personajes continuó con más ardor que antes, disparándose ambos con bala rasa” (Viera I. 1999, p. 49).

En lo que a su forma de vestir se refiere, el doctor Mena no presta atención alguna a su atuendo. Poseedor de trajes de calidad, confeccionados en las sastrerías de París y La Habana, en Canarias usa únicamente ropa tejida en la isla con lana de camello y zapatos de cordobán. Su familia lo regaña por descuidar su indumentaria, pero él “respondía sin titubeos que, conociéndole todo el mundo en Fuerteventura, no necesitaba cambiar su traje para ocultar su personalidad”. Lo mismo sucede cuando viaja a Tenerife, si bien en este caso la respuesta consiste en que “no precisaba ponerse otra para descubrirla, toda vez que muchos de sus habitantes no le conocían” (Bosch 1965, p. 122).

Sus familiares, que no se dan por satisfechos con tales argumentos, pues saben que en la isla tinerfeña cuenta con numerosos amigos, le insisten diciéndole:

“—«Póngase otra ropa, pues no está bien que vaya con ese traje a Santa Cruz».

—«No sean Vds. tontos» —respondía—. «¿Acaso soy yo tan bobo como los muchachos?»”.

Los muchachos a los que se refiere el médico no son otros que los coroneles de La Oliva, quienes acostumbraban a vestir de rigurosa etiqueta dentro, incluso, de su propia casa (Bosch 1965, p. 122).

2.1.5.8. Últimos años de vida

Además de la Medicina, cuenta Bosch Millares (1965) que la mayor pasión del doctor Mena es la que siente por su madre (p. 124). Se trata de una mujer de complexión “raquítica, enclenque y enfermiza” (Viera I. 1999, p. 50), a la que su hijo cuida con devoción, proporcionándole una alimentación especial que incluye el consumo de bacilos búlgaros y lácticos, recomendados por Mechnikof para aumentar la esperanza de vida, gracias a su actividad en el intestino humano. Con este mismo propósito recurre también Mena al uso frecuente del suero de leche, con tan buen resultado que consigue que su madre viva hasta los 94 años (Bosch 1965, p. 124).

En este tiempo, el médico debe prestar atención, también, a su propia salud. Así pues, para tratar su preocupante obesidad, decide recorrer cada día, a la misma hora, los 3 kilómetros que separan su casa de la cima de la montaña conocida como El Pasito. Se trata de una elevación sobre la cual se halla clavada una cruz y que marca el límite entre La Ampuyenta y Casillas del Ángel. Tal constancia y voluntad dedica a su caminata diaria, en la que le acompaña su fiel criado, que pronto adelgaza varios kilos.



Cruz de madera de la Montaña de El Pasito hasta donde caminaba cada día el Dr. Mena.
Fuente: Índice de ilustraciones (16)

A pesar de ello, comienza a padecer del corazón en 1862, dos años después de la muerte de su madre. La necesidad que tiene entonces de sentirse atendido, lo lleva a trasladarse a Tenerife, donde reside Antonia Rodríguez Núñez, prima de ésta, quien lo cuida a partir de ese momento (Bosch 1965, p. 124). Por este motivo y por haberse ocupado también de su madre durante su larga estancia en las ciudades de La Habana y París, el médico la nombra heredera universal de todos sus bienes (Barroso 1997, p. 83).

Tomás Mena y Mesa no permanece en Tenerife de forma definitiva, pues si bien se sabe que dicta su testamento en Santa Cruz de Tenerife en 1864 –concretamente, el 25 de junio de dicho año–, el codicilo en el que Antonia Rodríguez Núñez es designada heredera universal es redactado en La Ampuyenta el 14 de junio de 1868, por lo que Mena se encuentra entonces en Fuerteventura, aunque muy debilitado de salud (Barroso 1997, pp. 66-67).

De hecho, el 20 de junio de 1868 (Barroso 1997, p. 67), el médico, que ya no puede caminar, es trasladado a hombros de sus vecinos en un catre de viento desde La Ampuyenta al Puerto de Pozo Negro, situado a 25 kilómetros de distancia. Su intención es tomar un buque de vela que lo lleve a Santa Cruz de Tenerife y “seguir en vapor, si su estado se lo permitía, a París”. El doctor Mena llega a Tenerife; sin embargo, no consigue salir de la isla, pues su estado se va agravando progresivamente hasta que, finalmente, fallece el 10 de julio de 1868, a los sesenta y seis años de edad (Bosch 1965, pp. 124-125).



Vivienda donde fallece, el 10 de julio de 1868, el Dr. Mena, sita en la calle Juan Padrón, 6, de Santa Cruz de Tenerife (antes Callejón de La Gloria).

Fuente: Índice de ilustraciones (16)

Aunque en su testamento establece que, en el caso de morir fuera de su tierra desea que sus albaceas dispongan el traslado de su cadáver al cementerio de Casillas del Ángel para ser enterrado bajo la misma lápida que su madre, esta voluntad nunca es cumplida. Hoy, sus restos mortales descansan en un mausoleo del Cementerio de San Rafael y San Roque de Santa Cruz de Tenerife, donde se puede leer “Juan P. Alonso, herederos de don Tomás Mena” (Bosch 1965, p. 125).

2.1.5.9. Creencias religiosas y disposición testamentaria

En el nombre de Dios Todopoderoso. Notorio sea a los que el presente testamento vieren, como yo, Don Tomás Antonio Mena y Mesa, natural y vecino de Las Casillas del Ángel, en el pago de La Ampuyenta de la Isla de Fuerteventura, de edad de sesenta y dos años, de estado soltero, doctor en medicina y cirugía, hijo legítimo del legítimo matrimonio de Don José Antonio Mena Rodríguez Medina y de Doña María de San Diego Mesa Carrión, naturales y vecinos que fueron del mismo pueblo y pago, difuntos, hallándome en buena salud y en mi entero y cabal juicio, creyendo y confesando el alto e inefable misterio de la Santísima Trinidad y los demás misterios y sacramentos que nos predica y enseña nuestra Santa Madre Iglesia Católica, Apostólica, Romana, en cuya verdadera fe y creencia he vivido, vivo y prometo vivir y morir, ordeno mi testamento y última voluntad en la forma siguiente:

- Primeramente encomiendo mi alma a Dios Nuestro Señor, y ordeno que mi funeral se haga sin pompa ni lujo y sí, con decencia.
- Quiero que mi cuerpo cadáver sea amortajado con mi propia ropa y sepultado en el cementerio del pueblo de mi naturaleza, en la misma sepultura en que yacen los restos de mi querida madre, cubriéndose con la misma losa. Para que así tenga efecto, ordeno que si mi fallecimiento acaeciera en cualquiera de los pueblos de Fuerteventura, sea trasladado mi cadáver al de mi naturaleza y, si en alguna de las Islas de esta provincia o de la península Española, se hará mi funeral en el pueblo en que sucediera, trasladándome en su día mis huesos al citado pueblo de mi naturaleza, para que sean confundidos con los de mi citada madre en la misma sepultura que éstos descansan.
- Quiero que se apliquen en misas, en sufragio de mi alma y la de mis padres, la cantidad de quinientos reales vellón.
- Señalo la cantidad de ocho mil reales vellón para que se repartan entre los pobres más necesitados de Ampuyenta, pago de mi nacimiento, a juicio del venerable Párroco que es o fuere del pueblo de Las Casillas del Ángel de acuerdo con mis albaceas y doña Antonia Rodríguez Núñez de quien después haré mención. (Barroso 1997, pp. 73-74).

Se cuenta que el doctor Mena, “volteriano é iconoclasta”, jamás manifiesta sus ideas sobre religión ante su madre, una mujer profundamente católica, y que “Su espíritu progresista y reformador, nutrido al calor de avanzados ideales” (Viera I. 1999, p. 50) es incompatible con los dogmas de la Iglesia Cristiana. En cambio, nada de esto parece ser cierto, tal y como puede apreciarse en la lectura de su testamento, en el que existen numerosas “manifestaciones de profunda fe” en varias de sus disposiciones. De esta forma, tras hacer constar su educación dentro de la Iglesia Católica, dispone que se celebre el funeral en el lugar donde ocurra su fallecimiento y que el párroco de Casillas del Ángel reparta la limosna destinada a los más pobres de La Ampuyenta (Bosch 1965, p. 123).

Asimismo, también determina que la mayor parte de su fortuna, legada a Antonia Rodríguez Núñez por los motivos mencionados anteriormente, pase al sobrino de ésta, Melchor Alfaro Rodríguez, siempre que sea ordenado sacerdote y resida en La Ampuyenta, de modo que ningún vecino de esta localidad quede sin recibir auxilios espirituales en el momento de su partida. Para asegurar el cumplimiento de esta última voluntad, añade que si este familiar no sigue la carrera eclesiástica, la herencia pase a manos de su hermano, Manuel Alfaro Rodríguez, y que si éste tampoco lo hace, entonces sea repartida entre sus herederos (Bosch 1965, p. 123).

Ni Melchor ni Manuel Alfaro Rodríguez optan por la carrera eclesiástica, por lo que la herencia pasa a los descendientes de este último. Por tal motivo, la casa que el doctor Mena lega a Antonia Rodríguez Núñez en el sitio de La Cuesta, en La Ampuyenta, y que aún hoy permanece en pie, es conocida como *Casa de los Alfaro*, ya que son los descendientes de Manuel Alfaro Rodríguez, sobrinos de la anterior, quienes acaban heredando esta propiedad del doctor Mena y Mesa (Barroso 1997, p. 85).

Aunque Melchor Alfaro Rodríguez no sigue la condición impuesta por el doctor Mena para recibir su herencia —ordenarse sacerdote—, en cambio sí lo secunda en su vocación, hecho que lo convierte en el segundo médico majorero, al menos del que se tiene noticia. Melchor Alfaro nace en La Ampuyenta, entonces perteneciente al municipio de Casillas del Ángel, en 1858, y es hijo de Agustín Alfaro y Mesa y de María Rodríguez Núñez (Barroso 1997, pp. 84/89).

Gracias a las investigaciones realizadas por Pedro Bonoso González Pérez y Félix Pintado Pico, expuestas en su artículo “Fuerteventura en los Orígenes y Evolución de la Segunda Enseñanza en Canarias”, sabemos que, en el curso 1875/76, Melchor Alfaro Rodríguez se matricula junto con su hermano Manuel en el Instituto de Canarias de La Laguna, en la modalidad de Enseñanza Doméstica, y que, al año siguiente, pasa a ingresar, también con su hermano, en el Establecimiento de Santa Cruz de Tenerife, donde ambos concluyen sus estudios secundarios en el curso 1879/80 (González y Pintado 1996, p. 280). Posteriormente, Melchor Alfaro estudia la carrera de Medicina en la Universidad Central de Madrid, y más tarde realiza la especialidad en París (Barroso 1997, p. 89).

Desafortunadamente, el doctor Alfaro no puede desarrollar una larga trayectoria profesional como médico, pues el nueve de abril de 1893, a los treinta y cinco años de edad, soltero y sin hijos, fallece de tuberculosis en Santa Cruz de Tenerife, según consta en su acta de defunción. Curiosamente, Alfaro Rodríguez muere en la casa número 10 del Callejón de La Gloria —actual calle Juan Padrón—, muy próxima a la residencia donde se produce el óbito del doctor Mena, en el número 6. Ambos médicos, los primeros de Fuerteventura, están enterrados en el cementerio de San Rafael y San Roque de Santa Cruz de Tenerife.

2.1.5.10. El legado del doctor Mena: el Hospital de La Ampuyenta

Quiero y es mi voluntad que se instale en el pueblo de mi naturaleza, La Ampuyenta, un Hospital, para lo que señalo la cantidad de cien mil reales vellón. Al efecto se practicarán las diligencias oportunas por el Sr. Gobernador Civil de la Provincia en unión de mis albaceas, y con acuerdo de la persona en quien recaiga mi herencia. Y en el interin no se realice e instale dicho Hospital, mando que se deposite la expresada suma, en el Banco Español de San Fernando en Madrid, conservándose en él con los intereses que deven-que, que se irán acumulando al capital hasta que se realice la creación de ese establecimiento piadoso. Dicho establecimiento llevará el nombre de Hospital de Caridad de San Conrado y San Gaspar en memoria de mis dos abuelos y de mi hermano el Presbítero Don Juan Conrado (Barroso 1997, p. 74).

Tal y como se lee en el párrafo anterior, en su testamento de 26 de julio de 1864, realizado cuatro años antes de su muerte, Tomás Mena dona cien mil reales vellón para que se construya un hospital en La Ampuyenta, frente a la casa donde ha vivido. Pero esta suma, que se deposita en el Banco Español de San Fernando de Madrid con el fin de que los intereses vayan añadiéndose al capital, permanece intacta a la espera de que alguien se encargue de llevar a cabo esta última voluntad (Bosch 1965, p. 125).

En cuanto a su biblioteca e instrumental médicos, éstos son legados por Mena tras su muerte a su compañero y amigo Bernardo Espinoza, residente en Santa Cruz de Tenerife, tal y como se puede leer en el testamento del médico majorero:

Lego al doctor Don Bernardo Espinoza vecino de esta ciudad, en prueba de mi fina amistad y reconocimiento de sus atenciones para conmigo, mis libros de medicina e instrumentos de cirugía, que fuere cual fuere el estado en que se encontrasen por haber estado muchos años encerrados en un almacén de Cádiz, estoy seguro que apreciará esta muestra de amistad. Y si no me sobreviviese el expresado doctor Espinoza [sic], en tal evento conservarán mis albaceas los expresados libros e instrumentos para su entrega al Hospital de que se ha hecho mención a quien le lego definitivamente en el caso propuesto, por la utilidad que de ellos pueda resultar a aquel establecimiento piadoso (Barroso 1997, p. 76).

Sobre el destino final de este legado cultural, Manuel Barroso Alfaro (2002) señala que "...desconocemos si el Dr. Espinoza sobrevivió a Mena y qué sucedió en cualquiera de las hipótesis. Lo cierto es que ningún rastro de aquella biblioteca que debió ser magnífica, se tiene al presente" (p. 23).

2.1.5.10.1. Situación jurídica

A pesar de tratarse de una donación de carácter privado, el futuro hospital de La Ampuyenta no puede legislarse por el apartado dedicado a la Beneficencia particular, pues el artículo 4 del Real Decreto e Instrucción de 14 de marzo de 1899 establece que en tal apartado sólo tienen cabida las instituciones benéficas "...creadas y dotadas con bienes particulares y cuyo patronazgo y administración fueran reglamentados por los respectivos fundadores, o en nombre de éstos, y confiados en igual forma a Corporaciones, autoridades o personas determinadas". A su vez, el siguiente artículo del mismo Real Decreto aclara que las instituciones particulares no dejan de pertenecer a esa categoría aunque sean subvencionadas por el Estado, la provincia o el municipio en que se encuentren; sin embargo, esa subvención debe ser (Darias 1990, p. 255) "...voluntaria y no indispensable para la subsistencia de la fundación" (Martínez 1914, p. 636, en Darias 1990, p. 256).

El doctor Mena no nombra a ninguna institución para llevar la gestión y el cuidado de la obra, ni establece ninguna normativa por la que ésta deba regirse, pero, lo más importante, no prevé una fuente de ingresos para el mantenimiento del edificio una vez que se haya concluido. Por todos estos motivos, la administración del proyectado hospital corresponde al Estado y debe, o bien regirse por los dictámenes del artículo 11 del mencionado Real Decreto, o bien pasar el protectorado al Gobierno, que lo debe confiar al Ministro de la Gobernación. A su vez, este último puede asumir la administración del edificio —algo realmente inusual— o delegar esta tarea en la Dirección General correspondiente o en los gobernadores de la provincia. El caso del Hospital de La Ampuyenta se enmarca en este último supuesto, con el añadido de que el Gobernador de La Provincia a su vez transfirió el caso, como es habitual, a la Junta Provincial de Beneficencia (Martínez 1914, p. 636, citado en Darias 1990, p. 256).

2.1.5.10.2. Primeros trámites

Dado que ni el albacea designado por Tomás Mena, Miguel Martín, ni su heredera universal, Antonia Rodríguez Núñez, dan muestras de interés en la construcción del hospital, en 1872 el Alcalde de Casillas del Ángel visita al Gobernador Civil de la Provincia para que lleve a cabo la voluntad expresada por el médico (Darias 1990, p. 256). Es esta autoridad la que, según hace constar el doctor Mena en su testamento, «...ha de tener una intervención directa en la creación del establecimiento piadoso». Puesto que la Beneficencia depende de la Diputación Provincial, esta última decide implicarse en el caso e intervenir en el conflicto (A.M.I.C.P.S.C.T., citado en Darias 1990, p. 256).

El 17 de abril de 1875 el diputado provincial Francisco Marrero Cabrera solicita a la Diputación se instruya el consiguiente expediente. Según él, el futuro centro sería transformado, pasando de las seis camas originalmente proyectadas, a doce con la intención de que, como hijuela de la institución rectora, dependieran de él las islas de Lanzarote y Fuerteventura (Darias 1990, p. 257).

También se solicita al Gobernador Civil toda la documentación relacionada con el caso, especialmente el testamento (A.M.I.C.P.S.C.T., citado en Darias 1990, p. 257). Pero la situación se va complicando cada vez más. En 1879, Miguel Martín Fernández, el único de los tres albaceas designados por el doctor Mena que sigue vivo, asegura "...que la mayor suma de bienes que forman la testamentaría consisten en papel de renta al 3% de interés, cuyos valores no había negociado a causa de la baja que en los mismos se había experimentado", y se ofrece a realizar esa negociación en un corto plazo de tiempo junto con la heredera del médico, Antonia Rodríguez Núñez (Darias 1990, p. 257).

Sin embargo, resulta muy difícil establecer los valores de esos bienes, puesto que entre la documentación que posee el Gobernador Civil no figura ningún inventario general de las pertenencias del médico, ni tampoco se puede esclarecer esta cuestión por vía judicial puesto que así lo establece Tomás Mena en su testamento (Darias 1990, p. 257): "Prohibo de que por mi muerte se haga inventario de mis bienes ni haya intervención alguna judicial" (Barroso 1997, p. 77). Lo único que se sabe al respecto es que, además del papel de deuda existente en España, resta otra cantidad de dinero en Nueva York, cuyo valor se desconoce. Puesto que no hay voluntad por parte del albacea ni de la heredera de que el proyecto siga adelante, se hace necesario recuperar la cantidad estipulada por el doctor Mena para poder llevar a cabo la construcción del edificio (A.M.I.C.P.S.C.T., citado en Darias 1990, p. 257).

Cuatro años antes, en 1875, la Diputación Provincial, con el fin de "justificar su intervención en el asunto", solicita a los directores de los establecimientos benéficos de Santa Cruz de Tenerife y de Las Palmas de Gran Canaria un informe sobre el número de enfermos procedentes del municipio de Casillas de Ángel ingresados en sus respectivos centros en los dos últimos años. El resultado es el siguiente: durante esos dos años –1873 y 1874–, ningún enfermo de Casillas del Ángel ingresa en los hospitales de Santa Cruz de Tenerife, pero los de Las Palmas sí acogen a catorce vecinos del municipio mayorero. Este último dato demuestra lo importante y necesaria que resulta la creación de este hospital en La Ampuyenta. Gracias a esta información, el 5 de noviembre de 1879 se ratifica de forma oficial la construcción del edificio bajo el patrocinio de la Diputación (A.M.I.C.P.S.C.T., citado en Darias 1990, p. 257).

Dos años después, concretamente el 25 de noviembre de 1881, el albacea deposita una cantidad correspondiente a 10.000 pesetas, de las 25.000 destinadas a este proyecto, en la caja de la Delegación de Hacienda de Santa Cruz de Tenerife. El 10 de julio de 1888, el Gobernador Civil le ordena que ingrese el resto del dinero. Pero el desinterés de Miguel Martín hace que el Gobierno Civil reitere dicha orden el 30 de noviembre del mismo año y que, incluso, inicie los trámites para llevar a los tribunales al albacea bajo la acusación de estafa. No se sabe si estas gestiones llegan a prosperar, pero hay constancia de que, en abril de 1890, las 25.000 pesetas obran ya en su totalidad en poder de la Delegación de Hacienda (A.M.I.C.P.S.C.T., citado en Darias 1990, pp. 257-258).

Desafortunadamente, la negligencia del albacea hace que se pierdan los intereses esperables de la suma original durante más de dos décadas, tal y como era el deseo de Tomás Mena (A.M.I.C.P.S.C.T., citado en Darias 1990, p. 258). A pesar de que ya se encuentra disponible todo el dinero donado por el médico, la situación permanece invariable durante los siete años siguientes, entre 1890 y 1897, pues el Archivo de la Mancomunidad Interinsular de Cabildos de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife únicamente da constancia en esos años de que una parte de los intereses devengados por la cantidad depositada son empleados en "...gastos de personal y material de Secretaría" de la Junta de Beneficencia (Darias 1990, p. 258).

En el mes de julio de 1897, se produce un avance: una nota, fechada el día 30, establece la cantidad que se debe pagar al arquitecto que ha de llevar a cabo la obra. Esta persona es Antonio Pintor, técnico encargado que, en ese momento, ejerce de arquitecto provincial y que establece sus honorarios en 1.058,78 pesetas, de las hay que descontar 400 pesetas. Finalmente, en el acta de 28 de agosto se acuerda “la aprobación del proyecto y la exposición en el Boletín Oficial de la Provincia de la subasta de las obras, con un presupuesto de 22.549,29 pesetas y depósito provincial de 5% (1.127,40 pesetas), a celebrar el 5 de octubre de ese año”. Pintor tiene que esperar hasta el 7 de febrero del siguiente año para recibir el dinero estipulado (Darias 1990, p. 258).

2.1.5.10.3. Ejecución de la obra

El lugar elegido para la edificación del hospital es la plaza de La Ampuyenta, sobre unos terrenos cedidos por don Luis González Carrión. Isidoro Vega y Castro es el encargado de la adjudicación, mientras que la inspección de los trabajos corresponde al señor Herrera, ayudante de Obras Públicas, residente en Fuerteventura (Darias 1990, p. 258).

Según las actas de 1 de junio, 29 de agosto y 15 de septiembre de 1898, y el acta de 9 de noviembre de 1899, los certificados expedidos demuestran que las tareas de construcción siguen el plan previsto y que los gastos hasta ese momento ascienden a 10.520,32 pesetas, lo que supone casi la mitad del presupuesto total. El 30 de diciembre de 1899, el ayudante de Obras Públicas certifica que a día 14 de octubre de ese año ya se han “rematado los muros de mampostería y sus enlucidos, así como la armadura encargada de sostener el maderamen del techo” (Darias 1990, p. 258).

Un año después, el 19 de diciembre de 1900, se pagan 8.821,97 pesetas más del presupuesto. Según parece entonces, con las obras marchando a buen ritmo, en poco tiempo puede estar concluido el hospital. Eso mismo opina el ayudante de Obras Públicas, quien en febrero de 1901 informa a la Diputación de que la finalización de las obras está próxima,

... pues sólo faltaba la cubierta de teja de una de las salas de enfermos, la tablazón y teja del pasillo y de los excusados, los tabiques divisorios interiores, los cielos rasos, parte de los pavimentos y algunos detalles de poca importancia. Las puertas, ventanas y vidrieras aunque no colocadas se hallaban construidas en su mayor parte y depositadas en el pabellón central (Darias 1990, pp. 258-259).

Lamentablemente, una serie de obstáculos impiden que el edificio termine de ver la luz. En julio de 1901, el alcalde de Casillas del Ángel comunica a la Diputación que desde hace unos meses las obras están suspendidas por el contratista. En el pleno celebrado el 4 de octubre de ese año, la Junta de Beneficencia solicita al ayudante de Obras Públicas un nuevo informe sobre el estado del hospital, pero éste contesta el día 20 de diciembre que no hay inspección de las obras “...por haber cesado en su destino” (Darias 1990, p. 259).

Tras el nuevo incidente, pasan dos años sin que se sepa nada de la construcción del edificio. El 12 de diciembre de 1903, el ingeniero de Obras Públicas comunica a la Junta de Beneficencia que no puede designar a un nuevo ayudante para inspeccionar las obras, tal y como la Junta solicita unos días antes, porque no dispone de personal para ello (Darias 1990, p. 259).

Mientras esto sucede, el contratista considera que las tareas de construcción están lo suficientemente avanzadas como para que la entrega del hospital pueda tener lugar en enero de 1904, ya que los retrasos acaecidos hasta ese momento son (Darias 1990, p. 259) “por falta de agua dulce para el amasado y preparación de los materiales” (Bosch 1965, p. 126). Sin embargo, la realidad indica que el hospital está lejos de poder ser finalizado, pues el 2 de mayo, cuatro meses después de la fecha prevista por el contratista, aún faltan por terminar “...los pisos de las letrinas, colocación de la escalinata de entrada y cielo raso del pabellón del centro” (Darias 1990, p. 259).

La ausencia de noticias de la contrata obliga a que el 17 de febrero de 1908 se le exija la presentación de un informe sobre el estado de la obra. Al no existir respuesta, el 17 de junio se acuerda comunicar al ingeniero de Obras Públicas que el nuevo ayudante-inspector, el señor Castro Martínez, debe emitir un certificado en el que consten los avances realizados tras el último informe recibido—enviado en febrero de 1901— (Darias 1990, p. 259).

Si bien se desconocen cuáles son las tareas de construcción realizadas en ese periodo, sí hay constancia de que el 10 de julio se establece su coste en 2.005,81 pesetas, y que las obras continúan paradas. Esta dejadez lleva a que el inspector proponga la rescisión del contrato a Isidoro Vega, según dispone el artículo 20 del pliego de condiciones, y a la realización de una nueva subasta para concluir la construcción del hospital (Darias 1990, p. 259).

A todos los inconvenientes ya citados, hay que sumar el interés del Ayuntamiento de Puerto de Cabras –hoy Puerto del Rosario– de que el edificio sea construido en su demarcación y pueda así atender a sus habitantes. También cabe destacar la irresponsabilidad con la que actúa la Diputación Provincial, pues no prevé el mantenimiento del edificio –tampoco determinado en el testamento–, ni emplea las 25.000 pesetas legadas por el doctor Mena, ni gestiona los intereses generados, que se pierden o se diluyen en “...gastos del personal y material de Secretaría”. En definitiva, la conclusión es que el legado es empleado por la Diputación Provincial, no para construir el hospital deseado por el doctor Mena sino para resolver los problemas económicos de la Junta de Beneficencia, organismo dependiente del primero (Darias 1990, pp. 259-260).

Una vez que, finalmente, las obras son concluidas, la falta de mantenimiento y protección hacen que el edificio se deteriore hasta tal punto que, en 1923, la construcción se encuentra desprovista de techo. Ante esta situación, la Junta Provincial de Beneficencia designa el 26 de mayo de 1923 una comisión “...de personas prestigiosas de dicha isla”, compuesta por los señores Miguel Curbelo, Marcial Velázquez, el alcalde pedáneo de Casillas del Ángel y el párroco de dicha localidad, cuya misión es la de elaborar un informe que recoja el estado en que se halla el edificio y el coste al que asciende su rehabilitación (Darias 1990, p. 260).

En febrero de 1924, la Junta aún no ha recibido el informe solicitado. Mientras, el inmueble continúa deteriorándose (Darias 1990, p. 260). Bosch Millares (1965) describe de esta forma la situación: “Ello dio lugar a que el hospital, sin techo y sin cuidados, sufriera los efectos del aire y del agua y fuera poco a poco convirtiéndose en un difuminado recuerdo del benefactor” (p. 127).

Las últimas noticias oficiales que se tienen sobre la construcción del edificio datan del 10 de agosto de 1926. Éstas provienen de las palabras que el presidente de la Junta de Beneficencia dirige al presidente de la Mancomunidad Interinsular de Cabildos de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife: “Privada la Junta Provincial de elementos para el buen funcionamiento y administración del benéfico establecimiento citado, acordó en sesión de 24 de mayo último invitar a ese organismo a hacerse cargo del Hospital de Ampuyenta y de la administración del capital importante del legado instituido por dicho señor Mena y Mesa en la seguridad de que con su gestión (se obtendrá) el resultado apetecido, cumpliéndose así acertadamente la voluntad del testador” (Darias 1990, p. 260).

En este punto, el Cabildo Insular de Fuerteventura, siguiendo el Decreto de creación de Cabildos, aprobado en 1912, decide hacerse cargo de la cantidad de 14.649,70 pesetas, en poder del Gobierno Civil de Canarias, para reconstruir y conservar el edificio (Bosch 1965, p. 127).

En 1927, la división de la hasta entonces única provincia canaria, trae consigo “el trasiego de expedientes, papeles, legajos y documentaciones pertinentes, entre las dos creadas”. Esto hace que el Cabildo de Fuerteventura se dirija al Gobierno Civil de Las Palmas para solicitar que la Junta Provincial de Beneficencia le remita el expediente correspondiente al hospital, que se encuentra en las dependencias del extinto Gobierno Civil de Canarias. Por fin, en julio de 1929, dicha petición es satisfecha, lo que hace renacer las esperanzas de que el edificio se concluya en breve y que pronto pueda funcionar (Bosch 1965, pp. 127-128).

Antes de dictarse esta resolución y de poder hacerse cargo del Hospital de La Ampuyenta, el ingeniero de Caminos y director de Vías y Obras del Cabildo de Fuerteventura, Luis García Mauriño, realiza un informe sobre el estado en que se encuentran los muros de carga, los muros de la fachada y los muros de otros departamentos, pues se sabe que unos están destrozados, otros “en desplome” y unos pocos con grietas. Tras realizar la inspección, Luis García concluye que es necesario realizar “una urgentísima reparación de toda la obra” para poder aprovechar la parte que se conserva bien, ya que hay que eliminar la cubierta y muros en mal estado, así como apuntalar los que están socavados (Bosch 1965, p. 128).

Para llevar a cabo esta reforma, se destina un presupuesto de 16.061,25 pesetas y se acuerda sacar las obras a subasta para su finalización en febrero de 1931. Una vez que éstas concluyen y que el Hospital de La Ampuyenta se encuentra en manos del Cabildo de Fuerteventura, surge el problema de su mantenimiento y de su puesta en funcionamiento, pues la corporación insular apenas tiene recursos para hacerse cargo de tales cuestiones (Bosch 1965, p. 128).

Ante esta difícil situación, el Ayuntamiento de Puerto de Cabras, con jurisdicción sobre Casillas del Ángel y Vega de Tetir, aprovechando la circunstancia de que el local está desocupado, acuerda establecer en él la Escuela Nacional de Asistencia Pública, de carácter mixto, pues no existe ningún otro espacio en La Ampuyenta adecuado para este fin.

...el edificio, por culpa de los albaceas y de la Diputación Provincial, no se encontraba en condiciones de cumplir la voluntad del testador, pues si bien administradas las rentas hubieran permitido la estancia del médico y de las hermanas de la Caridad, la indiferencia y el poco patriotismo de los llamados a velar por su existencia, contribuyeron a su desaparición como tal hospital (Bosch 1965, p. 128).

Todo esto hace que la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales y la Junta Provincial de Beneficencia de Las Palmas, como Patronato de la Fundación "Hospital de San Conrado y San Gaspar", decidan en 1965, en cumplimiento del R.D. de 29 de agosto de 1923, proceder con los correspondientes trámites para que el inmueble sea "enajenado y vendido en pública subasta, mediante el hilo de 17.280 ptas". Tras la subasta celebrada el 5 de octubre de 1965, el local es adjudicado a la Junta de Párrocos de Fuerteventura por la cantidad de 18.000 pesetas (Bosch 1965, pp. 128-129).

La conclusión final es que el anhelado edificio, que ocupa una superficie de 320 metros cuadrados, "nunca cumplió su cometido. Sirvió de escuela, casa particular y hoy en día de centro religioso. El objetivo benéfico del legado se diluyó sin aportar el servicio esperado por el testador". Asimismo, Juan Bosch Millares (1965) afirma que:

...otra cosa hubiera sucedido si su fundador no hubiera muerto, pues todas las incidencias que tuvieron lugar durante su inacabada construcción, se hubieran evitado dado su carácter decidido y enérgico, máxime cuando se contaba con el dinero suficiente para verlo terminado (p. 127).

2.1.5.10.4. Principales aportaciones arquitectónicas

Desde el punto de vista arquitectónico, destacan dos aspectos novedosos que caracterizan al Hospital de La Ampuyenta: la renovación de materiales y el cambio tipológico (Darias 1990, p. 260).

En Fuerteventura, como en las demás islas de señorío —Lanzarote, La Gomera y El Hierro—, hasta ese momento se conservan intactos los elementos básicos de la "arquitectura tradicional: tapiales de piedra y barro, armazones mudejáricos, cubrimiento de teja árabe, pavimentación de losa o encabullonado, etc.". Antonio Pintor decide no seguir esa tradición y, por ello, en el pliego de condiciones, se incluye la utilización de nuevas técnicas de construcción, desconocidas hasta ese momento en la isla mayorera, pero que desde mediados del siglo XIX se utilizan en las islas de realengo —Gran Canaria, Tenerife y La Palma—, donde son comunes "gracias a la labor de las Sociedades Constructoras" (Daria y Purriños 1998, citado en Darias 1990, pp. 260-261).

La primera novedad es la sustitución del barro, empleado como aglutinante hasta ese momento, por el mortero —también conocido como forja o argamasa—. El mortero, consistente en la mezcla de cal y arena en una proporción de "dos volúmenes de cal apagada en polvo y cinco de arena", proporciona al muro de carga una solidez muy superior a la del barro, ya que al desaparecer el revoque de los viejos tapiales, los agentes erosivos actúan fácilmente sobre la mezcla primitiva, lo que hace que ésta se destruya rápidamente. El uso de este nuevo material permite que el edificio se mantenga en pie todos los años que permanece sin finalizar (Darias 1990, p. 261).

En segundo lugar, para los tabicones y tabiques se emplea el ladrillo fabricado con barro arcilloso. Este material se introduce en Canarias a comienzos de la Conquista, pero se va perdiendo paulatinamente su uso, que se restringe a las casas de calidad pertenecientes a las primeras ciudades construidas en el Archipiélago. Además, no es frecuente que se tengan en cuenta las medidas precisas que este material requiere: 14 cm de espesor y recubrimiento de mortero para los tabicones; y para los tabiques, hasta 7 cm de espesor y recubrimiento de yeso (Lobo 1981, citado en Darias 1990, p. 261).

Otro material tradicional que no aparece en el Hospital de La Ampuyenta es la teja árabe, que es sustituida por la teja plana —conocida como teja francesa en el Archipiélago Canario—. Esta última permite "una mejor imbricación a causa del sistema de engatillamiento". Además, el modelo de pasta de vidrio proporciona luz cenital sin que se haga necesario recurrir a elementos más caros y frágiles, como las claraboyas. Otra ventaja de la teja plana es que se sujeta con alambres de hierro galvanizado, atados a los listones de la armadura, mientras que el uso de la teja árabe hace necesario añadir peso sobre el tejado para evitar que las piezas se desplacen. Por último, se utilizan baldosines catalanes para recubrir pisos y zócalos, lo que proporciona una correcta horizontalidad al conjunto de las piezas, gracias a su diseño regular (Darias 1990, p. 261).

A pesar de la importancia de esta sustitución de materiales, la aportación más relevante del Hospital de La Ampuyenta a la arquitectura canaria tiene que ver con su nueva propuesta tipológica. Hasta ese momento, el esquema

tradicional es la planta importada de Italia, que consiste en “la ubicación de una planta cuadrilonga subdividida normalmente por una o más crujías que conformaban dos o cuatro patios interiores”. Éste es el patrón que siguen los grandes hospitales del Renacimiento, y también el que utiliza Manuel de Oraá en la ampliación del Hospital de los Desamparados de Santa Cruz de Tenerife y en el Hospital Militar de la misma ciudad, proyectos realizados en la segunda mitad del siglo XIX (Darias 1990, p. 261).

Antonio Pintor, por el contrario, rechaza este modelo y opta por el nuevo esquema anglosajón, consistente en una serie de pabellones vinculados al núcleo central por corredores. En 1897, Kuhn define esta tipología “...la forma perfecta de arquitectura para los hospitales” (Pevsner 1979, p. 185, citado en Darias 1990, p. 262). En el caso del Hospital de La Ampuyenta, al tratarse de un centro de reducidas dimensiones, este esquema es mínimo. Concretamente, el edificio está constituido por “...un edificio central que contiene piezas para todos los servicios del establecimiento y alojamiento para los enfermos o hermanas de la Caridad y dos salas de enfermos, capaces cada una para ocho camas, unidas al edificio central por medio de galerías” (B.O.P. 1987, nº 107, citado en Darias 1990, p. 262).



Vista actual del Hospital de la Ampuyenta, legado del Dr. Mena. Fuente: Índice de ilustraciones (24)

Con respecto a la planta, ésta “presenta una axialidad absolutamente diáfana. El esquema se basa en dos ejes que se cruzan octogonalmente, hacia los que confluye toda la actividad”. El Hospital de La Ampuyenta no es el primer centro sanitario de Canarias que presenta esta disposición, pues Antonio Pintor comienza esta renovación tipológica cuatro años antes, con la proyección del manicomio de Santa Cruz de Tenerife, la cual finaliza con la edificación del citado edificio mayorero (Darias 1985, citado en Darias 1990, p. 262). En ambos casos, el esquema seguido es muy similar y comparten elementos como “perfil a dos aguas, el alargamiento de la proporción en los huecos, el cubrimiento con el mismo material, etc.” (Darias 1990, p. 262).

Ambos edificios se diferencian básicamente en dos aspectos: por un lado, en el manicomio santacrucero las dependencias están vinculadas al pabellón central, lo que resulta más práctico; por otro lado, y en relación con las características geográficas de cada isla, el uso de la madera, presente en el centro de Tenerife, no es posible en Fuerteventura, dada su escasa vegetación, razón que lleva a Pintor a recurrir a la piedra tosca roja como elemento ornamental del Hospital de La Ampuyenta, lo que hace “con excelentes resultados” (Darias 1990, p. 262).

Como curiosidad, cabe destacar que “cuando en la década de los veinte Pisaca trace el nunca realizado Hospital de La Laguna, el modelo a seguir será no el del psiquiátrico sino el de La Ampuyenta” (Darias 1985, p. 262).

Darias Príncipe (1990) concluye en su estudio sobre el Hospital de La Ampuyenta que

Afortunadamente, la fábrica se conserva hoy en toda su primitiva elegancia sin apenas sufrir reformas. No podemos decir lo mismo del entorno, desfigurado por un malentendido [sic] pragmatismo, al clausurar uno de los espacios más bellos de la comarca, la plaza, que era enmarcada a un lado por el hospital y al otro por la espléndida ermita de La Ampuyenta (p. 262).

2.1.6. ASISTENCIA SANITARIA EN FUERTEVENTURA A FINALES DEL SIGLO XIX

A finales del siglo XIX, prácticamente los únicos facultativos existentes en Fuerteventura son médicos pertenecientes al estamento militar, de quienes las autoridades requieren su atención a la población civil por carecer ésta de cualquier tipo de asistencia, más allá de la procurada por curanderos y sanadores. De esta forma, los médicos militares desempeñan en muchas ocasiones la labor de médicos municipales, cargo que les es remunerado por el ayuntamiento y que incluye la atención a los enfermos pobres de la Beneficencia (Cerdeña 2008, p. 73).

Gracias a las actas del ayuntamiento capitalino, tenemos noticia de la existencia de dos médicos ejercientes en Puerto de Cabras a finales del siglo XIX. En 1875 se produce un intento de dotar a la isla de un facultativo al proponer el Subgobernador Civil de distrito al consistorio la consignación de parte de su presupuesto a la provisión de este servicio, algo que en ese momento resulta inviable por falta de fondos del ayuntamiento (Cerdeña 2008, p. 140).

Doce años después, en 1887, la Ley de Presupuestos del Estado aprobada ese año permite la creación de la Dirección de Sanidad Marítima de cuarta clase, inaugurada el 23 de diciembre, y para la que se nombra director al licenciado en Medicina Salustiano Estévez Martín. A este respecto cabe destacar la congratulación del ayuntamiento por el hecho "de que el Gobierno de SM. haya atendido a una mejora tan necesaria en este puerto como lo es la citada Dirección de Sanidad...". En 1891, el consistorio acuerda, a propuesta del alcalde Ramón Fernández Castañeyra, designar al doctor Estévez Martín médico municipal de Puerto de Cabras, cargo que éste acepta y que decide desempeñar gratuitamente (Cerdeña 2008, pp. 315-365).

En 1894, Salustiano Estévez Martín ya no ejerce como facultativo de Puerto de Cabras, según el acta de la sesión de 26 de agosto de ese año, donde consta que se acuerda pagar ochenta pesetas a César Augusto Samper para que preste asistencia sanitaria a los pobres del distrito durante el mes de septiembre "Por no haber médico municipal" (Cerdeña 2008, p. 396).

A finales de ese mismo año se constituye la Comisión en Fuerteventura de Cruz Roja, organización no gubernamental presente en Canarias desde 1874. Dicha Comisión, establecida mediante una junta celebrada el tres de noviembre en la sociedad El Porvenir, designa al médico César Augusto Samper como uno de sus dos vicepresidentes, mientras que el cargo de presidente recae en el comerciante y alcalde de Puerto de Cabras, Ramón Fernández Castañeyra (Lahuerta 2004, p. 87). Al año siguiente, en 1895, se hace pública la convocatoria para proveer al municipio de médico titular, y César Augusto Samper, que ejerce como facultativo de la Cruz Roja, es designado médico interino mientras que la plaza continúa vacante (Cerdeña 2008, p. 409).

Este facultativo no permanece mucho tiempo en la isla, pues en diciembre de 1896, el Ayuntamiento de Puerto de Cabras tiene noticia de que el doctor Samper se desplaza a Gran Canaria sin autorización, donde ejerce como médico militar. Este hecho provoca que el consistorio mayorero decida darle de baja como médico del municipio y hacer pública la convocatoria de esta plaza (Cerdeña 2008, p. 427). En 1897, el puesto de médico titular continúa vacante, pues en la sesión de 18 de abril de ese año se deja constancia de que "no se cubren otros cargos previstos en la instrucción de referencia por no haber cura párroco, comandante de puesto de guardia civil, médico, farmacéutico, maestro de instrucción primaria, ni perito agrónomo" (Cerdeña 2008, p. 432).

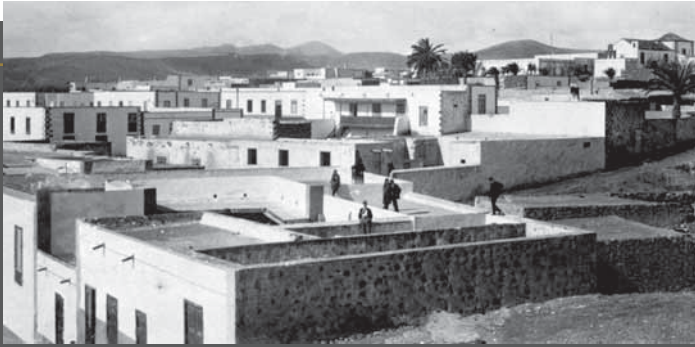
En los tres años restantes del siglo XIX, no se vuelve a mencionar la presencia de médicos en las actas de plenos del ayuntamiento capitalino. Únicamente sabemos que, en 1899, se nombra un practicante municipal de Puerto de Cabras, llamado Francisco Hernández Barrera, a quien se le asigna un sueldo anual de ciento veinte pesetas (Cerdeña 2008, p. 457).

Las actas del Ayuntamiento de Puerto de Cabras de las últimas tres décadas del siglo XIX revelan que, durante este periodo de tiempo, el consistorio capitalino elabora, junto con los ayuntamientos de los restantes municipios de la isla, una relación de enfermos pobres que permite que las personas sin recursos económicos puedan recibir asistencia sanitaria en Las Palmas de Gran Canaria o en Santa Cruz de Tenerife. Asimismo, los médicos titulares atienden a estos enfermos gratuitamente, pues el ayuntamiento corre con los gastos derivados de su asistencia (Cerdeña 2008, p. 67).

2.2. LA MEDICINA DE PRINCIPIOS DEL SIGLO XX A LOS AÑOS CUARENTA

Fuerteventura está enferma; es innegable, y lo está de los disgustos y perjuicios que le ha causado y le causa la indiferencia de sus representantes, que, como la ven sin valimiento, reservan su interés para las cabezas de distrito electoral, porque son mayores, porque pueden más y porque tienen más votos; pero desde el momento en que se la tienda una mano protectora, esa enferma, esa paralítica, recobrará la salud y empezará a andar. Esa paralítica, esa enferma, probará que no está tísica, que sus pulmones están bien y que ninguna de las demás islas responden mejor que ella a las excitaciones del progreso.

Artículo del diario «La Aurora», transcrito en el periódico «Las Canarias» el 26 de mayo de 1904 (Cabrera y Hernández 1989, p. 191).



Vista panorámica de Puerto de Cabras, actual Puerto del Rosario, desde la calle Ramón Franco, 1928. Fuente: Índice de ilustraciones (18)

2.2.1. EDIFICIOS SANITARIOS

En su recorrido por Fuerteventura a principios del siglo XX, y que plasma en su libro *Por Fuerteventura: Pueblos y Villorrios*, publicado en 1904, el periodista lanzaroteño Isaac Viera comenta sobre la capital de la isla que

Cuenta Puerto de Cabras con un hospitalito debido á los generosos esfuerzos de la Cruz Roja establecida en aquella localidad.

En el punto más higiénico del pueblo está situado el edificio, que es de planta baja. Allí se hallan instaladas en salas espaciosas, limpias y llenas de luz, varias camas de hierro con colchones, mantas y sábanas de superior calidad. Hay un excelente servicio de loza, juego de cubiertos y abundantes ropas. Todos esos muebles y enseres han sido comprados con el producto de la suscripción iniciada en estas islas por el miembro de aquel instituto don Ramón F. Castañeyra (Viera l. 1999, p. 13).

De este establecimiento, que en realidad se trata de una Casa de Socorro para enfermos pobres, construida en 1903 por la Subcomisión de Cruz Roja (De Armas et al. 2000, p. 21), no se tienen más noticias aparte de este fragmento del libro de Isaac Viera. Ya a mediados de los años treinta, en 1934, se menciona en las actas de plenos del Cabildo Insular la instalación, por parte de esta institución, de una Casa de Beneficencia Hospitalaria Insular en la calle General Linares –actual Primero de Mayo– de Puerto de Cabras para atender a los enfermos pobres de la isla. Además, el Cabildo mayorero se encarga de habilitar dependencias de estas características en distintas localidades de la isla para que toda la población de la misma pueda ser atendida en ellas por los médicos de la Beneficencia insular.

2.2.2. LA BENEFICIENCIA

La Beneficencia Insular es un organismo creado por el Cabildo de Fuerteventura para poder prestar asistencia sanitaria a los habitantes más pobres de la isla. Para poder tener derecho a este servicio, los habitantes debían cumplir el requisito de ser pobres de solemnidad y estar inscritos en el Padrón de Beneficencia del municipio al

que pertenecían. Durante los primeros años de existencia del Cabildo, cuando solamente hay un médico ejerciendo en todo el territorio insular —el titular de Puerto de Cabras—, la corporación insular lo contrata para que, además de tratar a los habitantes de su distrito municipal como Médico Titular de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), atienda a los pobres de toda la isla en la Casa de Beneficencia de la capital, se desplace semanalmente al resto de municipios y asista a los pobres de los demás pueblos de manera gratuita.

Ya en la década de los treinta, cuando la isla cuenta con un facultativo más —el titular de Tuineje, que ejerce en Gran Tarajal—, éste es propuesto como Médico de la Beneficencia del distrito sur de Fuerteventura, que comprende, junto con Tuineje, los municipios de Antigua, Betancuría y Pájara, adonde debe desplazarse cada semana. Por su parte, el facultativo de Puerto de Cabras ocupa el cargo de Médico de la Beneficencia del norte de la isla, que engloba, además de Puerto de Cabras, La Oliva, Tetir y Casillas del Ángel, municipios que debe visitar cada semana para atender a los enfermos pobres de estas localidades. Los dos últimos municipios mencionados son incluidos en el de Puerto de Cabras en 1925 y en 1926 respectivamente, tal y como se ha comentado anteriormente.

El acta del pleno del Cabildo de 6 de mayo de 1938 muestra claramente cómo está dispuesta la Beneficencia Insular, pues en el tercer punto de la sesión celebrada ese día se acuerda lo siguiente:

3º Aprobar el Servicio médico–benefico insular, reorganizado por la Presidencia el que quedó reglamentado en la siguiente forma:

- A) Que el médico encargado en su visita ordinaria á los distritos de Casillas del Angel, Tetir y pueblo de Oliva, los días fijados al efecto permanecerá en cada sitio en media hora de espera por lo menos, y caso de que por causa de fuerza mayor no pudiere llegar á la hora señalada, avisará oportunamente por teléfono la hora en que la difiere.
 - B) La estancia del médico en el pueblo, será en local que deberá habilitarse en sitio céntrico, provista del menaje necesario que deberán facilitar los vecinos pudientes de la localidad.
 - C) Que el servicio es totalmente gratis, sin que tengan que abonar un solo céntimo las familias pobres y que en ningún caso dejen de acudir al médico y requerir sus servicios porque no dispongan de recursos para abonar la consulta o para la visita domiciliaria.
 - D) Y por último habrá consulta diaria y gratuita para pobres y débiles economicamente, en la Casa de Beneficencia hospitalaria de Pto. de Cabras, de 10 á 12 horas excepto los miercoles y jueves de la semana, por ser los señalados para la visita á los pueblos citados anteriormente.
- 4º Dirigir atento oficio al Ayuntamiento de Tuineje manifestandole que este Cabildo publicará del nuevo el concurso para proveer la plaza de medico de la Beneficencia del Distrito Sur de esta isla con el haber de tres mil pesetas consignadas en el vigente presupuesto y rogarle en su virtud publique á su vez en el Ayuntamiento la de médico de asistencia pública del municipio, que por la compatibilidad del cargo, puede interesar á los concursantes solicitar las dos plazas, lo que este Cabildo harái constar en el Anuncio que habría de redactar al efecto para su publicación en los periódicos oficiales (Acta del Pleno del Cabildo de seis de mayo de 1938).



Campeño de Fuerteventura arando la tierra. Fuente: Índice de ilustraciones (25)

2.2.3. LOS PRIMEROS MÉDICOS DE FUERTEVENTURA EN ESTE SIGLO

Casi la única información que se tiene sobre los médicos que ejercieron en la isla mayorera durante la primera mitad del siglo XX, es la procedente de las actas de plenos del Cabildo Insular de Fuerteventura y de los ayuntamientos de la isla. Gracias a ellas, tenemos conocimiento de diversos nombramientos de médicos interinos o titulares de municipios y de la Beneficencia Insular.

2.2.3.1. Domingo Hernández González

Respecto a los médicos de Puerto de Cabras –actualmente y desde 1956, Puerto del Rosario–, el libro *Puerto del Rosario, Cien Años en la Memoria* (De Armas et al. 2000) señala a Domingo Hernández González, nombrado médico municipal en 1903, como el primer médico de Fuerteventura del siglo XX (p. 21). Isaac Viera (1999), cuenta en su visita a Puerto de Cabras que este médico ejerce su labor en el pequeño hospital de la Cruz Roja anteriormente mencionado:

En esta casa humanitaria presta los auxilios de su ciencia, con un desprendimiento digno de encomio, el joven, caritativo é ilustrado médico don Domingo Hernández González, hijo de Santa Cruz de la Palma, quien desde hace algún tiempo viene consagrado á la práctica de su profesión en Fuerteventura, habiéndose distinguido notablemente por su hábil bisturí y por su certero ojo clínico (Viera I. 1999, p. 14).

2.2.3.2. Santiago Cullen e Ibáñez

El siguiente nombramiento recae sobre Víctor Hernández Cid, designado médico interino del municipio en 1915, y sustituido ese mismo año (De Armas et al. 2000, p. 45). Parece ser que este médico avilense, llegado un año antes a Lanzarote, donde ocupa las plazas de médico titular de Haría, Tías, Mácher y San Bartolomé, nunca llega a trabajar en Fuerteventura, pues se sabe que tras su paso por Lanzarote se traslada a Tenerife y, posteriormente, desempeña su labor en Gran Canaria y en La Palma, así como en diversos puntos de la Península Ibérica y África (Bosch 1967, pp. 319-320).

El sustituto de Hernández Cid y nuevo médico interino de Puerto de Cabras es Santiago Cullen e Ibáñez (De Armas et al. 2000, p. 45), quien ejerce en el municipio durante quince años. Este galeno, natural de Santa Cruz de Tenerife, también es designado médico de la Beneficencia Insular, cargo que desempeña primeramente en Puerto de Cabras, donde se encuentra la Casa de Beneficencia. Posteriormente, en 1921, el Cabildo de Fuerteventura incluye un presupuesto de 3.000 pesetas para que el facultativo atienda a todos los pobres de la isla en la localidad de Antigua. Al año siguiente, en 1922, la institución cabildicia lo designa para prestar asistencia médica en los pueblos del sur de la isla (De Armas et al. 2000, pp. 57-59), y así, el doctor Cullen acude semanalmente a los pueblos de Betancuria y de Pájara en calidad de médico de la Beneficencia, tal y como se menciona en las Actas de Plenos del Cabildo mayorero. Éstas también revelan que en 1926, Santiago Cullen se encuentra desempeñando el cargo de Subdelegado de Medicina del partido, y cuatro años más tarde, en 1930, ostenta el puesto de Delegado del Gobierno de S.M. en Fuerteventura.

El doctor Santiago Cullen e Ibáñez fallece a la edad de cuarenta años, y su óbito se produce a causa de una embolia cerebral el 1 de enero de 1931, según consta en su acta de defunción. Tras su muerte, su viuda, María Lorenzo García, decide volver a Lanzarote, de donde es natural. En ese momento, la vivienda donde reside todos estos años y que está ubicada en la entonces calle del General Linares –actual Primero de Mayo–, es alquilada por su viuda al Cabildo que, en 1934, instala en ella de forma provisional la Casa de Beneficencia para atender a los enfermos pobres de la isla, según consta en las actas de plenos del Cabildo.

Con el tiempo, esta Casa de Beneficencia para hospitalizar a enfermos pobres pasa a ocupar otras dependencias y, en 1964, el inmueble es adquirido por el doctor Arístides Hernández, quien la compra a María Lorenzo, que desea vender esta propiedad si el comprador es un médico. De este modo, en la actualidad, la que fuera vivienda de Santiago Cullen e Ibáñez, es la residencia y consulta de Arístides Hernández Morán (Hernández Morán A., entrevista personal, junio 2009), uno de los médicos protagonistas de la Historia de la Medicina de Fuerteventura en la segunda mitad del siglo XX.



Retrato de juventud del Dr. D. Santiago Cullen e Ibáñez. Fuente: Índice de ilustraciones (26)

2.2.3.3. Gerardo Bustos y Cobos

La primera referencia al médico Gerardo Bustos y Cobos que aparece en las actas de plenos del Cabildo mayorero data de 1929, fecha en la que se indica que no existe ningún médico que se haga cargo de la Beneficencia de los municipios del sur de la isla –Antigua, Betancuría, Tuineje y Pájara– y, razón por la cuál, se convoca un concurso para proveer a los habitantes pobres de estos distritos de un servicio de asistencia sanitaria. Aunque el médico elegido en esta convocatoria es Loreto Demetrio Pulido, un año después, en 1930, se puede leer cómo se cita al doctor Bustos y Cobos, en ese momento facultativo del municipio de Antigua, como médico de la Beneficencia, de lo que se deduce que el facultativo anterior no llega a ocupar esta plaza o bien renuncia a la misma. En noviembre de ese mismo año, Gerardo Bustos solicita a la corporación insular permiso para fijar su residencia en Puerto de Cabras, petición que le es concedida.

Dos meses después fallece el médico de APD de Puerto de Cabras, Santiago Cullen e Ibáñez, por lo que, ya instalado en esta localidad, el doctor Gerardo Bustos pasa a ocupar la plaza vacante y se convierte en el nuevo médico del municipio, cargo que desempeña durante cuatro décadas. En esta localidad, al doctor Bustos y Cobos le es cedida la vivienda del escritor Miguel de Unamuno en los años veinte, tras su destierro a Fuerteventura en tiempos de la dictadura de Miguel Primo de Rivera. En esta casa, Gerardo Bustos y Cobos establece su consulta, que da a la calle Virgen del Rosario. En la misma, se pueden contemplar tres enormes frascos de cristal en los que el facultativo granadino conserva fetos; uno de ellos, humano, otro de cerdo y, el último, de mono. Estos objetos, sin duda, llaman la atención de los vecinos, y para muchos de ellos la visión de los recipientes hace que la visita al médico no sea una experiencia precisamente positiva (Sánchez Velázquez G., entrevista personal, mayo 2008).



Retrato del Dr. D. Gerardo Bustos y Cobos. Fuente: Índice de ilustraciones (26)

2.2.3.4. José Arias Pierrá

Durante algunos años de la década de los treinta, Gerardo Bustos y Cobos comparte su trabajo en la Beneficencia con otro colega de profesión, José Arias Pierrá, quien lo sustituye en el cargo de médico de Antigua. Este último es nombrado por primera vez en las actas de plenos del Cabildo en 1934, donde ambos facultativos aparecen reconocidos como médicos de la Beneficencia Insular. Dos años después, en 1936, se menciona el desempeño de la labor de Arias Pierrá como médico de la Beneficencia de la parte sur de la isla, que incluye Tuineje, Pájara y Betancuria, además del municipio del que es titular, Antigua. Por su parte, a Gerardo Bustos, médico titular de Puerto del Rosario y encargado de la Beneficencia del distrito norte de la isla, le corresponde visitar cada semana los distritos de Casillas del Ángel, Tetir y La Oliva. Gracias a las actas del Cabildo mayorero, también sabemos que en 1937 Fuerteventura cuenta, además de con los doctores Gerardo Bustos y Cobos y José Arias Pierrá, con un médico forense, si bien en ellas no se especifican ni su nombre ni su tiempo de permanencia en Fuerteventura.

José Arias Pierrá no ejerce demasiado tiempo en la isla, pues aunque en 1937 es autorizado para fijar su residencia en Gran Tarajal –donde ejerce como médico de la Beneficencia del sur de la isla–, el diez de noviembre de ese mismo año comunica a la corporación insular su renuncia al cargo de médico de la Beneficencia "...por haber tomado posesión del nuevo cargo de Médico municipal del Ayuntamiento de Santa Lucía (Gran Canaria)..." (Acta del pleno de diecinueve de noviembre de 1937).



Retrato de juventud del Dr. D. José Arias Pierrá. Fuente: Índice de ilustraciones (26)

2.2.3.5. Gregorio Burgo y Carlos Rodríguez-Lafora

El mismo año en que se tienen noticias de José Arias Pierrá, 1934, aparecen en las actas del Cabildo mayorero los nombres de otros dos médicos que ejercen en la isla, aunque ninguno de ellos pertenece a la Beneficencia: uno de ellos es Gregorio Burgo, de quien se dice que reside en La Oliva, y el otro es Carlos Rodríguez-Lafora, quien ejerce como médico del municipio de Tuineje y solicita a la institución insular autorización para instalar un consultorio gratuito de puericultura en una sala del Hospital de La Ampuyenta. Ninguno de estos dos facultativos vuelve a aparecer en las actas de plenos del Cabildo. Según apunta el médico Guillermo Sánchez Velázquez, el doctor Rodríguez-Lafora, procedente de la Península, es también quien introduce la ideología comunista en Fuerteventura (Sánchez Velázquez G., Notas).

Por su parte, Fuerteventura cuenta, además, a partir de 1936, con un practicante, Juan Reyes, quien se compromete a prestar "los servicios de su profesión en la Casa de Beneficencia Insular a cambio de que se le permita ocupar y habitar en dicha casa", según consta en el acta del pleno celebrado el día 3 de mayo de 1936. No se sabe cuánto tiempo ejerce Juan Reyes esta labor en la isla, pues su nombre no vuelve a aparecer en las actas cabildicias.

2.2.3.6. Otros nombramientos

Tras la marcha de José Arias Pierrá a finales de 1937, la plaza de médico de la Beneficencia del distrito sur de Fuerteventura queda vacante durante varios años. En 1938, se lleva a cabo un concurso para proveer de médico a esta zona, pero ninguno de los aspirantes que se presentan reúne el requisito mínimo exigido de estar en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

En 1941, el Cabildo recibe una instancia por parte del licenciado en Medicina y Cirugía, Manuel Lastres Abente, en la que solicita ocupar con carácter interino

...la Plaza vacante de Médico de la Beneficencia insular de los Ayuntamientos de Antigua, Betancuria, Pájara y Tuineje, que constituyen el Distrito Sur de esta isla el cual se compromete a prestar el servicio médico–benéfico–sanitario, visitando una vez por semana los pueblos citados, para prestar asistencia facultativa gratuita y domiciliaria a los enfermos de la clase pobre incluidos en los Padrones de la Beneficencia de los citados Ayuntamientos (Acta del pleno del 7 de marzo de 1941).

Aunque el Cabildo le concede ocupar la plaza solicitada, parece ser que, por alguna razón, este médico nunca llega a tomar posesión de la misma, pues la corporación insular acuerda

Que de no comparecer ante este Cabildo el Médico Sr Lastres a los efectos de la posesión y contrata del Servicio Médico–Benéfico del Distrito Sur de esta isla, se le tenga por renunciante y en su sustitución se nombraría al Médico Don Tomás Sánchez Azaña que reside en Gran Tarajal (Acta del pleno del 3 de mayo de 1941).

Ninguno de estos dos médicos vuelven a ser mencionados en las actas capitulares, pero de estas palabras se deduce que en 1941 el municipio de Tuineje dispone nuevamente de médico; se trata del facultativo Tomás Sánchez Azaña.

Posteriormente, el 26 de septiembre de 1944, Francisco Ballesta Ruano es nombrado por orden ministerial médico de APD del Ayuntamiento de Antigua, y al año siguiente, en 1945, solicita hacerse cargo de la Beneficencia del sur de Fuerteventura. El Cabildo aprueba la acreditación presentada por el doctor Ballesta Ruano y acuerda "...asi [sic] que presente certificación de observar buena conducta por la Alcaldía del pueblo de su vecindad..." otorgarle la plaza solicitada con carácter interino. Al igual que en otros casos, tampoco vuelve a haber noticia alguna de este médico en las actas del Cabildo mayorero.

2.2.4. LA MEDICINA POPULAR: EL MÉDICO DE LOS CORDEROS

La escasez y casi ausencia total de facultativos en la isla ya comentada, que se limita a "un solo médico y no de forma permanente ni continuada", hace que la población deba recurrir a sanadores y a curanderos, lo que explica el "gran desarrollo de la medicina popular tradicional, basada en rezos y en la aplicación de hierbas medicinales, que estaba muy arraigada en toda la isla" (Hernández A. 2009, p. 112).

Entre estos curanderos destaca Agustín Afonso Ferrer, más conocido como *El Médico de Los Corderos*. Éste, nacido en Tenerife en 1860 y fallecido en Fuerteventura en 1946, viaja en un determinado momento a esta isla, donde se establece como tratante o marchante de cabras y de corderos que vende en Tenerife. Este oficio, junto con su prenda de vestir más característica –una americana tejida con lana de cordero de la isla mayorera– origina que pase a ser conocido por el citado sobrenombre (Sánchez Velázquez G., entrevista personal, mayo 2008).

Aristides Hernández Morán, médico rural de Fuerteventura durante cuarenta años y quien llega a esta isla en 1953, cuenta que, a pesar de haber fallecido unos años antes de su llegada, durante sus recorridos por los diversos pueblos de Fuerteventura para atender a sus pacientes, *El Médico de Los Corderos* "...siempre aparecía en los relatos que me hacían los pacientes o sus familiares" (Hernández A. 2009, p. 140). Éste sentía un interés especial por la medicina popular y, gracias a su trabajo previo en Tenerife como ayudante del médico Tomás Zerolo, posee un gran conocimiento sobre plantas medicinales y sus propiedades, por lo que también se dedica a viajar por los pueblos recetando infusiones de estas hierbas a los vecinos enfermos para curar sus afecciones (Sánchez Velázquez G., entrevista personal, mayo 2008).

Algunas de las hierbas que emplea en sus tratamientos son "la hierba luisa, abrepuños, conservilla, greña de millo, malva, romero, orégano, borraja, sándara, etc., cada una de ellas indicada para una determinada dolencia". También usa la "yerba clin" para diagnosticar la neumonía, "muy frecuente y mortífera en aquellos años" (Hernández A. 2009, p. 140).

Aunque reside en Betancuria, Agustín Afonso Ferrer recorre toda la isla en camello con su provisión de hierbas y visita cada uno de los pueblos “tratando de curar a los enfermos con sus infusiones y dando consuelo a muchos pacientes”. También actúa de “estelero”, esto es, remedia esguinces, dislocaciones de huesos y torceduras (Hernández A. 2009, p. 140).

La gente que lo busca a la pregunta de: “¿Dónde está *El Médico de Los Corderos*? recibe respuestas tales como: “La última vez que lo vi andaba en La Matilla” o “Lo vi por Lajares” (Sánchez Velázquez G., entrevista personal, mayo 2008). Sobre este aspecto, Guillermo Sánchez Velázquez, natural de Antigua, médico destacado de la isla durante la segunda mitad del siglo XX y también presidente del Cabildo de Fuerteventura durante más de una década, relata lo siguiente:

Recuerdo que un día vinieron unas personas a casa de mi padre y de mi abuelo para pedirle el coche, uno de los pocos que existían en la isla, para ir a buscar al *Médico de los Corderos* que estaba en el norte. Fuimos a buscar al médico parando por una serie de pueblos donde nos iban dando referencias de dónde se encontraba, y lo localizamos al final en una explanada, subido a un camello (Sánchez Velázquez G., notas).

El Médico de Los Corderos ayuda y atiende a la población en cualquier circunstancia y de forma generosa y desinteresada, sin cobrar nada por sus tratamientos, tal y como relatan las personas consultadas por Arístides Hernández Morán, quien además añade que “...según me contaban mis pacientes, había sanado a muchos enfermos” (Hernández A. 2009, p. 141).

Esta labor altruista y desinteresada en una isla sin apenas asistencia sanitaria lo convierte en una persona muy querida y estimada por los habitantes, hasta el punto de que el Ayuntamiento de Pájara llega a cederle una finca en el municipio como muestra de agradecimiento por socorrer a tantos vecinos (Hernández A. 2009, p. 141).

Sin embargo, Agustín Afonso Ferrer es consciente de no poseer los pertinentes estudios de Medicina y, por lo tanto, de no estar facultado para ejercer como médico. Por este motivo, nunca firma sus recetas, sino que, cuando llega el momento de prescribir el tratamiento, pregunta: “¿Quién sabe escribir aquí?”, y a quien responde afirmativamente, le indica: “Pues escriba”, y le dicta el nombre del producto que debe adquirir (Sánchez Velázquez G., entrevista personal, mayo 2008).

Esta forma de proceder le sirve para salir airoso de varias denuncias que le interponen; algunas de ellas, por parte de Gerardo Bustos, ya que “Su prestigio entre la población era tan importante que muchos enfermos preferían ser tratados por él antes que por un facultativo”. En su declaración, durante un juicio, Agustín Afonso Ferrer afirma que “jamás había recetado un medicamento de farmacia” —cosa que puede demostrar dado que él no escribe las recetas— y que su labor se reduce a recomendar a las personas enfermas “unas tisanas de agua que no hacían daño a nadie”. Este argumento le vale para que el juez lo absuelva del cargo de intrusismo profesional (Hernández A. 2009, p. 141).

Agustín Afonso Ferrer, *El Médico de Los Corderos*, no es sin embargo la única persona que practica la medicina popular. Durante muchos siglos, prácticamente toda su historia, los habitantes de Fuerteventura tienen que recurrir a estos métodos tradicionales como único medio de enfrentarse a las enfermedades y dolencias, un hecho “... perfectamente explicable si tenemos en cuenta los pocos médicos que siempre habían existido. Con anterioridad a los años cincuenta del pasado siglo rara vez hubo médico en la isla y cuando lo hubo casi siempre fue por poco tiempo” (Hernández A. 2009, p. 141).

2.2.5. ENFERMOS HOSPITALIZADOS EN CENTROS BENÉFICOS DE OTRAS ISLAS

La situación de precariedad extrema de la Sanidad majorera descrita anteriormente hace que las autoridades deban enviar a otras islas a los enfermos pobres que no pueden ser debidamente atendidos en Fuerteventura, sufragando los gastos del traslado, la estancia y el tratamiento como parte del Servicio de Beneficencia.

Ya desde su constitución en 1913, las actas de plenos del Cabildo Insular de Fuerteventura recogen los datos de enfermos de la isla que son hospitalizados en Centros Benéficos de Gran Canaria (y en algunas ocasiones también de Tenerife), cuyas estancias y tratamientos son costeados por el Cabildo majorero. Para que esta institución pague tales costes, los enfermos deben figurar inscritos en los Padrones de Beneficencia del ayuntamiento de su localidad y, de esta forma, acreditar su estado de pobreza.

El procedimiento para la hospitalización de enfermos pobres es el siguiente: una vez comprobada la inclusión de éstos en sus respectivos padrones de Beneficencia, el Cabildo de Fuerteventura solicita a su homólogo grancanario el ingreso de estas personas en hospitales benéficos de su capital con cargo al Cabildo de esta isla, que posteriormente enviaba la factura de gastos al Cabildo de Fuerteventura para su reembolso.

En un principio, las facturas son anuales, pero tras lo sucedido en 1934, fecha en que el Cabildo mayorero solicita al grancanario que le condone la deuda contraída ese año, y que asciende a 3.556,60 pesetas, ya en 1938, y ante la imposibilidad del Cabildo de Fuerteventura de pagar las 32.709,72 pesetas que adeuda, el Cabildo grancanario "propone que se haga una liquidación trimestral a fin de estar siempre al corriente en el pago de las estancias". Así se hace a partir de ese momento, aunque en función del número de enfermos en alguna ocasión la facturas son semestrales.

Entre los enfermos se dan tanto enfermedades físicas, en cuyo caso se les envía al Hospital de San Martín principalmente, como enfermedades mentales –"enajenación mental" es la expresión empleada–, en cuya circunstancia son tratados en la Casa-Asilo de Alienados o manicomio de Gran Canaria, centro que pasa a denominarse Hospital Psiquiátrico de Las Palmas a partir de 1948 y, posteriormente, Quinta Médica de Reposo.



Hospital de San Martín en Las Palmas de Gran Canaria, donde enfermos mayoreros eran tratados.

Imagen de principios del siglo XX.

Fuente: Índice de ilustraciones (23)

Aparte de estos dos centros, en los años 40 se hace mención en las actas del Cabildo mayorero de la admisión de enfermos pobres en el Hospital Civil de Las Palmas y, en 1942, consta en éstas el ingreso de dos vecinos pobres de Tuineje en el Sanatorio Anti-tuberculoso de la capital grancanaria.

En 1948 se menciona por primera vez en las actas de plenos del Cabildo de Fuerteventura la estancia de enfermos pobres de la isla en la Leprosería Regional de Canarias, cuyo coste asistencial asciende a 910 pesetas durante el primer trimestre de ese año. También, en 1948, encontramos las primeras referencias a enfermos de la isla a los que el Cabildo debe costear las sesiones de radioterapia en el Hospital de San Martín, que en ese primer año se facturan a 216 pesetas.

En estos casos, los responsables del hospital grancanario que acogen a enfermos mayoreros por cuenta del Cabildo de Fuerteventura, informan primero a esta institución de la necesidad de aplicar radioterapia al enfermo para, una vez obtenida la autorización del Cabildo, proceder a realizar el tratamiento. Sin embargo, en los años cincuenta, concretamente en 1955, el administrador del Hospital de San Martín plantea a la institución cabildicia, y a propuesta de los médicos del centro, la posibilidad de que a partir de ese momento el Cabildo mayorero autorice a la Administración de dicho hospital el poder aplicar el tratamiento de radioterapia a los enfermos pobres de Fuerteventura que lo necesiten sin su consentimiento previo "con la obligación de dar cuenta inmediata al comienzo del tratamiento, nombre del enfermo interesado y de ser posible, el número de aplicaciones que precise para su curación", según consta en las actas cabildicias.

Además de las estancias hospitalarias, en ciertos momentos, los gastos del Cabildo de Fuerteventura ocasionados por enfermos pobres hospitalizados fuera de la isla incluyen la compra de corsés ortopédicos, en algunos casos para pacientes afectados por el "Mal de Pott", o la financiación de medicamentos prescritos en los centros gran-canarios, como Almazol o Estreptomina, para cuya administración los centros benéficos grancanarios también requieren la autorización cabildicia. Asimismo, se producen cargos de la Jefatura Provincial de Sanidad al Cabildo mayorero por la "preparación de sangre para enfermos".

En el año 1955 las actas de plenos del Cabildo Insular de Fuerteventura ya no sólo mencionan como requisito para financiar las estancias de enfermos en centros de otras islas su inclusión en el Padrón de Beneficencia Municipal sino, también, su no afiliación al Régimen del Seguro de Enfermedad. En las actas, además, se recoge que el número de enfermos hospitalizados durante ese año, 1955, según los registros de las oficinas insulares, asciende a 133 personas.

Al necesario cumplimiento de los anteriores requisitos se suma una dificultad añadida en el caso del Hospital Psiquiátrico, pues habitualmente todas sus plazas se encontraban ocupadas. Por ello, en 1958 este centro traslada al Cabildo y a los ayuntamientos mayoreros la advertencia de que antes de enviarles enfermos de Fuerteventura, se informen previamente sobre la disponibilidad de plazas vacantes.

2.3. LA MEDICINA DESDE LOS AÑOS CUARENTA HASTA FINALES DE LOS SESENTA

La Medicina en Fuerteventura entre 1944 y 1969 está protagonizada fundamentalmente por cuatro médicos: José María Peña Yáñez, quien llega a la isla en 1944, Arístides Hernández Morán, quien comienza a ejercer en ella en 1953, Guillermo Sánchez Velázquez, quien lo hace en 1955, y el veterano facultativo Gerardo Bustos y Cobos, quien desde los años 30 hasta 1969 ostenta la plaza de titular de APD de Puerto del Rosario y también atiende en este municipio a los enfermos del Seguro Social y de la Beneficencia.



De pie, con bata blanca, los doctores D. José María Peña Yáñez, D. Gerardo Bustos y Cobos, D. Arístides Hernández Morán y D. Guillermo Sánchez Velázquez (izq. a drcha.); agachado, el ATS D. José González Melián.

Fuente: Índice de ilustraciones (25)

Del doctor Bustos, Arístides Hernández Morán comenta que: "Era una excelente persona, pero se sentía ya desbordado, llevaba muchos años ejerciendo, estaba próximo a la jubilación y tenía fama de ser un buen tocólogo, aunque también se decía que su carácter había cambiado con los años y se había vuelto muy "refunfuñón"" (Hernández A. 2009, pp. 101-102). Gerardo Bustos y Cobos fallece en la Clínica Santa Catalina de Las Palmas de Gran Canaria el siete de febrero de 1970, a consecuencia de un carcinoma pulmonar, según consta en su acta de defunción.

Otros facultativos, también presentes en la isla en esta época son Juan Guerrero, quien ejerce en Gran Tarajal como médico titular de Tuineje en los años cincuenta y que es sustituido por Guillermo Sánchez, y Eliseo Castellano Ojeda, quien ocupa este mismo puesto en los años sesenta tras la vacante dejada por el doctor Sánchez Velázquez (Sánchez Velázquez, G., entrevista personal, mayo 2008).

José María Peña Yáñez obtiene a su llegada a Fuerteventura la plaza de titular de Tuineje, la cual ejerce en Gran Tarajal, y cada semana recorre la isla al completo para atender a los enfermos de los distintos pueblos. Más adelante se le adjudican también los municipios de Betancuria y Pájara (Hernández A. 2009, p. 101). Por su parte, Arístides Hernández Morán ocupa desde 1953 el puesto de médico del Batallón de Infantería de Fuerteventura y, al año siguiente, se convierte en médico titular de APD de La Oliva (Hernández A. 2009, p. 544). Finalmente, Guillermo Sánchez Velázquez comienza su andadura profesional en la isla en su localidad natal de Antigua para más tarde ostentar la titularidad primero de Betancuria y posteriormente de Tuineje, aunque esta última la ejerce en Gran Tarajal. A mediados de los sesenta se establece en Puerto del Rosario (Sánchez Velázquez, notas).

Junto a estos médicos, otros profesionales que trabajan en la isla en estas décadas y que "desempeñaron un gran papel en la atención sanitaria de la población" son los practicantes: José González Melián, en Puerto del Rosario; Octavio Chinesta Viñas, en Antigua (Hernández A. 2009, p. 102), Chanita Suárez López, natural de Gran Tarajal y practicante del municipio de Tuineje desde 1955 y más tarde también de Pájara por acumulación, y Eugenio Ruiz Osés, quien durante unos años trabaja con Chanita en estos dos municipios del sur de la isla (Calbarro 2004, pp. 151/163).

José González Melián, el practicante de Puerto del Rosario, conoce a Arístides Hernández Morán cuando ambos estudian en Cádiz, y esta amistad es en gran medida responsable de que el primero acabe ejerciendo en la isla mayorera. Cuando José González Melián concluye sus estudios de practicante en Cádiz, se instala en Gran Canaria, ayudando a algunos médicos y cirujanos. Por su parte, el doctor Hernández Morán, que se desplaza a Fuerteventura para realizar el servicio militar, una vez establecido en la isla informa a González Melián de la no existencia de practicante en ella, al mismo tiempo que lo anima a ocupar la plaza vacante de Puerto del Rosario. Tras pensárselo, decide aceptar la propuesta y viaja a Fuerteventura, donde se establece y desarrolla “una admirable e infatigable labor como practicante de APD de Puerto del Rosario durante varias décadas” (Hernández A., entrevista personal, julio 2009).

2.3.1. TRES MÉDICOS PROTAGONISTAS

Eran unos años en los que se practicaba una medicina que algunos colegas han calificado de heroica. No sé si tal calificativo es excesivo, pero desde luego sí considero que era un trabajo muy duro y sacrificado debido a la falta de medios de todo tipo, aunque también reconozco que muchas veces, casi siempre, me sentí recompensado, sobre todo por la gratitud y el cariño de la gente de la isla, siempre generosa, agradecida y hospitalaria

Arístides Hernández Morán

Libro de Recuerdos de un Médico Rural, 2009

2.3.1.1. José María Peña Yáñez

Sus orígenes

José María Peña Yáñez nace el 21 de abril de 1915 en Langayo, un pueblo de la provincia de Valladolid. Es el quinto vástago de Juan Peña Vaquero, médico de profesión, y de M^a Cruz Yáñez Velasco, quienes tienen en total seis hijos: Esperanza, economista; Juan, farmacéutico; Pilar, profesora; Arsacio, catedrático de Medicina; el propio José María y Julián, quien también es médico. Con tantos galenos en el entorno familiar, no es de extrañar que el joven José María se decante por esta profesión y, al igual que sus hermanos, inicie la carrera de Medicina en la Universidad de Valladolid. Allí le sorprende el inicio de la Guerra Civil Española, y este hecho hace que tenga que interrumpir sus estudios, aunque afortunadamente su vocación le lleva a retomarlos tras el final de la contienda (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Ya licenciado en Medicina y Cirugía, José María Peña Yáñez comienza a ejercer en diversas localidades de Valladolid y de Palencia y, posteriormente, se traslada a Sevilla, donde trabaja como médico de la cárcel de esta ciudad. Sin embargo, su espíritu aventurero le hace plantearse nuevos horizontes, y mientras que sus hermanos se establecen en diversas ciudades de la Península como Valencia, Madrid o Granada, el doctor Peña sueña con viajar a América, motivo por el que decide embarcarse rumbo a Puerto Rico o a Panamá (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Su llegada a Fuerteventura

El destino hace que en el barco que parte de Cádiz rumbo a Gran Canaria conozca a una pareja de mayoreros llamados Graciliano y Carmelina, los cuales, al descubrir que José María Peña es médico y tiene intención de ejercer su profesión en América, le sugieren la posibilidad de hacerlo en Fuerteventura, donde solamente existe un médico, Gerardo Bustos y Cobos. Puesto que no conoce ninguna de las islas y le es indiferente esperar por el visado en Gran Canaria o en Fuerteventura, tras pasar unos días en la primera tramitando los papeles pertinentes, el doctor Peña se embarca con destino a Fuerteventura el 5 de enero de 1944. El trayecto no está exento de percances, pues el barco, antes de llegar a la capital, hace escala en Gran Tarajal y allí encalla en la arena, por lo que los pasajeros tienen que esperar a que suba la marea para poder continuar el viaje. Afortunadamente, antes de partir el médico se toma una pastilla para dormir y así evitar el mareo, por lo que no se entera de nada de lo que ocurre hasta que se lo cuentan posteriormente (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

El 6 de enero de 1944 llega José María Peña Yáñez a Puerto del Rosario, que entonces aún se llama Puerto de Cabras. Su primera impresión al desembarcar no resulta precisamente favorable, pues es de noche y la ciudad no cuenta con iluminación. El trayecto desde el muelle hasta la pensión de *Las Rubias*, el único establecimiento donde

puede alojarse, supone para él toda un odisea debido a la oscuridad y al mal estado de las calles. Años después, su hijo, José María Peña Peñate, recuerda las palabras de su padre sobre su llegada a la isla: "Si hubiera habido barco al día siguiente, me habría ido". Afortunadamente, la precariedad de las comunicaciones impide tal posibilidad pues en esta época solamente llega un barco a la semana a Fuerteventura. De este modo, el doctor Peña se ve obligado a esperar el tiempo necesario para partir de nuevo. Pero, entre tanto, empieza a conocer gente, a trabar amistades y a tratar a sus primeros pacientes en la isla. Tras cuatro días de espera hasta la llegada del ansiado "correillo", piensa: "Bueno, quien está una semana puede estar otra", y finalmente, esas dos semanas se convierten en el resto de una vida dedicado a Fuerteventura y a su gente (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

En esta decisión de quedarse definitivamente en Fuerteventura influyen el cariño y el aprecio que los habitantes de la isla sienten por él, debido principalmente a que se trata de un médico joven que aporta nuevos conocimientos y de personalidad jovial y cercana.

De José María Peña Yáñez, su hijo destaca: "Mi padre era muy bueno y la gente mayor me habla muy bien de él. Él daba mucha confianza y nunca decía que no a nadie. Además, era muy dicharachero, le gustaba mucho hablar y era muy entretenido: entregaba premios de deportes, como por ejemplo el tiro al plato, y en definitiva, se reía mucho" (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Sus primeros años en la isla

El doctor Peña pasa sus primeros seis años en Fuerteventura residiendo en la pensión de *Las Rubias*, situada justo enfrente de la primera farmacia de Puerto Cabras. Su hijo, José María Peña Peñate, relata que en este alojamiento "mi padre pasó mucha hambre, porque le ponían de comer a ciertas horas y como no estuviera ahí se quedaba sin cenar". Esto le sucede muy a menudo al doctor Peña, pues su trabajo lo obliga a atender a los enfermos a cualquier hora del día y de la noche, y en muchas ocasiones le resulta imposible estar en la pensión durante el rígido horario establecido. Esta mala alimentación hace que el doctor Peña se encuentre cada vez más delgado e incluso esté a punto de caer enfermo (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Afortunadamente, su régimen de vida cambia a partir del 7 de junio de 1954, cuando se casa a los 39 años con Carmen Peñate Medina, —sobrina del alcalde de Puerto de Cabras Ramón Peñate Castañeyra— (Sacoto 2009, p. 8), quien a partir de ese momento se convierte en su fiel compañera y vela por su salud.

José María Peña Yáñez adquiere pronto el puesto de médico de APD del municipio de Tuineje —ejerce en Gran Tarajal— y posteriormente también de Antigua, de Betancuría y de Pájara, mientras que la titularidad de Puerto de Cabras la ostenta el único médico existente en Fuerteventura hasta su llegada, Gerardo Bustos y Cobos. Unos años después, en 1953, llega a la isla Aristides Hernández Morán, quien al poco tiempo se hace cargo de atender a los vecinos del municipio restante, La Oliva (Hernández A. 2009, p. 77). Asimismo, José María Peña Yáñez también desempeña desde 1948 el cargo de médico de la Beneficencia Insular del distrito sur de la isla, tal y como indican las actas capitulares, —la Beneficencia en el norte de la isla la lleva el doctor Bustos y Cobos— y, así, dos veces por semana acude a los cuatro municipios anteriormente mencionados para prestar asistencia gratuita a los enfermos pobres de esta demarcación.

El doctor Peña es una de las primeras personas que adquiere un coche en Fuerteventura, pues de esta manera puede hacer su recorrido por los pueblos del sur de la isla. Este trayecto lo realiza un día a la semana, el jueves primero y posteriormente el domingo, y con él lleva a su mujer y a sus hijos, Esperanza, Juan y José María, quienes juegan en el campo mientras su padre atiende a los enfermos. El resto de la semana, el médico trabaja en su consulta privada, situada en su vivienda de la calle Almirante Lallemand de Puerto del Rosario, y también desempeña la labor de médico del Cabildo, del aeropuerto de Los Estancos y, al cierre de este último, del aeropuerto de El Matorral¹⁸ (Sacoto 2009, p. 10). En Los Estancos, el doctor Peña debe presentarse una hora antes de que llegue el vuelo y esperar "por si hubiese necesidad de asistencia sanitaria en el pasaje" (AENA 1997, p. 46).

¹⁸ En los años cincuenta y sesenta, el número de vuelos que se registran en las instalaciones aeroportuarias en Fuerteventura es muy escaso, y en sus orígenes se reducen a un vuelo semanal a Gran Canaria, por lo que el trabajo del doctor Peña como médico del aeropuerto resulta compatible con su actividad privada.

El primer especialista en Analítica y Radiodiagnóstico

El doctor Peña es el primer médico analista de Fuerteventura, pues unos años después de su llegada viaja fuera de la isla para realizar las especialidades de Analítica y de Radiología en Madrid y en Granada, donde tiene como profesores a sus hermanos Julián y Arsacio Peña (Sacoto 2009, p. 10). Esta estancia de varios meses de estudio es la única ocasión en que se ausenta tanto tiempo fuera de la isla majorera. De hecho, desde su llegada a Fuerteventura en 1948, sus únicas salidas de ella tienen lugar cuatro días al año para visitar a su familia en la península (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Ya convertido en médico analista y radiólogo, en 1957, José María Peña Yáñez se trae consigo el primer aparato radiológico con el que cuenta la isla, y aunque éste no emite radiografías, sí realiza escopias, lo que supone un avance enorme para la Medicina en Fuerteventura, al permitir diagnosticar patologías imposibles de reconocer de otra forma. El primer caso que registra, según cuenta el facultativo, se trata de una tuberculosis, una enfermedad muy frecuente en Fuerteventura en esa época (Hernández A. 2009, p. 108). Este nuevo material lo instala en su consulta, que a partir de ese momento queda constituida por una sala de rayos X, la consulta propiamente dicha – con su mesa, una camilla y un laboratorio– y la sala de espera (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

A partir del año 1968, fecha en que se inaugura la Clínica Virgen de la Peña, el doctor Peña Yáñez pasa a ejercer en ella como primer y único analista durante más de una década. En esta labor de poner en marcha el primer centro médico-quirúrgico de la isla, se encuentran junto a él los doctores Juan de la Cruz Buhigas como cirujano, Arístides Hernández Morán como internista y ayudante de quirófano, y Guillermo Sánchez Velázquez como anestésista. Asimismo, el analista deja la titularidad de los municipios de Tuineje y de Pájara para poder dedicarse a su labor en el nuevo centro clínico, aunque mantiene hasta su jubilación en 1980 su puesto como titular de APD del municipio de Betancuria (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

El médico de los niños

A pesar de poseer las especialidades de Analítica y Radiodiagnóstico, José María Peña Yáñez es apreciado por los lugareños sobre todo como pediatra, dado su amor por los niños. De hecho, cuando a finales de los años setenta llegan a Fuerteventura los primeros facultativos especializados en Pediatría, la población sigue llevando a sus hijos a la consulta del doctor Peña, pues, tal y como relata en la actualidad la pediatra del Centro de Salud de Puerto del Rosario, Teresa Camacho, quien llega a la isla en 1980, "Peña era el médico de los niños". Este comportamiento del médico vallisoletano no sólo se aplica a sus pacientes de corta edad, sino que se extiende a su familia, que lo recuerda como un hombre tremendamente cariñoso y amante del hogar y de los suyos. De hecho, a pesar de su ajetreado ritmo de trabajo, el doctor Peña siempre encuentra tiempo para llevar a sus hijos al colegio e ir a recogerlos. Su hijo, José María Peña Peñate, cuenta de su progenitor que "era un padre poco habitual, pues antes los padres eran muy fríos; estaba mal visto ser cariñoso con los hijos, pero él fue un padre muy adelantado a su época".

Una anécdota que refleja muy bien su profundo carácter familiar tiene lugar un día treinta y uno de diciembre por la noche, cuando es requerido para asistir a un enfermo que vive en un pueblo del interior de la isla. El doctor Peña acude de inmediato a la casa del paciente, llevando en el coche con él a su mujer y a sus hijos; cuando van a dar las doce de la noche, detiene el coche y toda la familia toma las uvas mientras escuchan las campanadas a través de la radio del vehículo (Peña Peñate, J.M., Entrevista personal, junio 2008).



Dr. D. José María Peña Yáñez. Fuente: Índice de ilustraciones (19)

Entregado a sus pacientes hasta el final de sus días

Su labor infatigable como médico durante veinticuatro horas, los trescientos sesenta y cinco días del año, tiene lugar hasta el mismo día de su fallecimiento, ocurrido en 1990, pues aunque se jubila en 1980, durante una década más continúa atendiendo a los enfermos que lo requieren en su consulta privada. El 13 de abril de 1990, tras haber pasado consulta por la mañana, el doctor Peña acude por la tarde a jugar al ajedrez a casa de su amigo Octavio Chinesta, el practicante de Antigua, cuando siente un fuerte dolor en el pecho. Al ser consciente de que está sufriendo un ataque al corazón, decide marcharse sin decir nada. Aunque los taxistas que lo ven por la calle se ofrecen a llevarlo a su domicilio ante sus manifestaciones de dolor, él rechaza la ayuda, y llega caminando hasta su casa en El Charco desde el barrio Fabelo. Su hijo, José María, relata de este modo el difícil momento:

Mi madre y yo estábamos en casa y cuando vino, él sabía que tenía su vida hecha, ya realizada y quería morir tranquilo en su propio hogar, de hecho quería acostarse, pero yo lo cogí, lo metí en el coche y lo llevé al hospital, donde murió al día siguiente (Sacoto 2009, pp. 15-16).

El fallecimiento de José María Peña Yáñez causa un hondo pesar en la población mayorera, que ve cómo se marcha el médico que durante más tiempo ejerce en la isla hasta ese momento: en total, son cuarenta y seis años de su vida entregados a Fuerteventura y a sus habitantes.

Estas casi cinco décadas al servicio de la población mayorera son resumidas por su compañero y amigo, el doctor Guillermo Sánchez Velázquez, de la siguiente manera:

José María no sólo trajo a la isla en 1947 su arte de curar nuevo, distinto y actual para su tiempo sino que además desempeñó responsable las distintas plazas de médicos titulares de casi todos los municipios de la isla, llevando su saber hasta el último rincón de la geografía mayorera, en recorridos semanales que terminaban a la cabecera del paciente que solicitaba su ayuda para recuperar su salud, y esta labor sólo la interrumpió en este medio siglo de trabajo en la isla un corto número de días cada año, para visitar a sus padres en el lejano Valladolid.

...se preocupó de elevar la calidad de la medicina que practicaba rodeándose de laboratorio y gabinete de radio diagnóstico, que perfeccionaron sus diagnósticos y tratamientos con las mejores esperanzas de vida para los majoreros.

Siempre recordaré los primeros pacientes afectados de tífus, salmonelosis, tratados con el fármaco milagroso Cloranfenicol, que frenó la epidemia salmonelósica.

La providencia puso en sus manos, compensando su esfuerzo, fármacos como la Penicilina, que ayudaron a mentalizar rápidamente al pueblo majorero de la necesidad de consultar con el "médico Peña" ante cualquier enfermedad, y al mismo tiempo contribuyó a olvidar unas costumbres y unos usos que sólo ofrecían ilusión primero y desesperación al final.

La apertura de la vieja clínica Nuestra Señora de la Peña, no hubiese sido posible sin su magnífica colaboración poniendo a disposición de ella, no sólo su persona sino también su completísimo laboratorio, su presencia en la clínica en petición urgente de analítica o de transfusión nos devolvía a todos la confianza de un profesional capacitado y responsable (Sacoto 2009, p. 13).

Diez días después del fallecimiento de José María Peña Yáñez, el doctor Arístides Hernández escribe en la prensa unas emotivas palabras en recuerdo a su compañero de profesión (Sacoto 2009, p. 18) y que se reproducen a continuación:

Fuerteventura dice adiós al Dr. D. José M^o Peña Yáñez

Había llegado a la isla en el año 1945 con intención de provisionalidad, con la vista puesta en más amplios horizontes, pero era la época heroica de la medicina en Fuerteventura. No pasaban de dos los profesionales. Y el doctor Peña tuvo que multiplicarse. Dedicar el día y la noche a los que sufrían. Estar aquí y allí; en uno y otro extremo de la isla. Los proyectos se esfumaron. La provisionalidad se transformó en permanencia.

La noticia corrió por toda la isla. Don José María Peña, el médico Peña, el médico que dedicó su vida entera a la isla de Fuerteventura, esa figura señera y eminente en el campo de la medicina insular, había muerto. Dejaba tras de sí una huella imborrable de más de cuarenta años de ejercicio profesional, consagrados sin desfallecimiento ni desaliento a aliviar —con prontitud y competencia— el dolor de los enfermos, a socorrer sin distingos a todo el mundo que precisó de sus servicios, de sus consejos, de su mano benefactora.

El doctor José María Peña fue un profesional intachable, de estricta moralidad profesional, compañero y amigo incondicional. Hijo de médico, hermano de magníficos profesionales de la medicina, entre los que se encuentra el que fuera mi maestro catedrático de patología médica Don Arsacio Peña.

Lo conocí por primera vez hace ya largos años, cuando el doctor Peña llevaba ya sobre sus espaldas muchos miles de kilómetros peregrinando por todos los rincones de la isla, a través de las entonces polvorientas pistas y caminos insulares, en una etapa casi heroica en la que el médico rural con auténtica vocación nunca se fijaba horarios de trabajo, que asiduamente cubrían las 24 horas del día, ni tampoco ponía límites a su demarcación, que cubría de hecho toda la geografía insular.

El doctor Peña me mostró sin restricciones el gran tesoro de su experiencia acumulada, sirviendo así de mentor y guía en mis primeros pasos y convirtiéndose en el gran amigo, siempre a mano, con quien intercambiar opiniones, deseoso siempre de ayudar y colaborar.

La limpia ejecutoria profesional de don José María Peña siempre fue para mí una guía y un acicate, un ejemplo a seguir, en la labor hecha con amor y desinterés, realizada por quienes como él saben hacer de la medicina una ciencia llena de formalidad, de profunda humanidad, y una profesión exentas de la presunción de que su verdad sea la verdad inconcusa; una medicina sin supersticiones, científica, una medicina, en fin, clara, cordial y modesta.

El ejercicio profesional de un médico rural como fue el doctor Peña suponía la aceptación de una responsabilidad, condicionada por el aislamiento geográfico, en tantos casos, para los que se precisa tener arrostros suficientes como para no romper ese aislamiento, y el doctor Peña lo demostró en sus dilatados años de ejercicio en la isla, sabiendo cuánto más vale la felicidad ajena que el conquistar una exorbitante situación social y saber apreciar el jubiloso contento ante un éxito curativo logrado muchas veces en heroicas condiciones, primando ante todo la leal y desinteresada devoción a una carrera.

Don José Peña era un clínico pausado, concienzudo, al margen de estrepitosos lauros, sin petulancia ni alardes, exento de toda vanidad, llano, sencillo, austero, fue espejo de caballerosidad, honorable en su ciencia como en su trato.

Siempre fue fiel a sus grandes amores: la isla, la carrera, su familia, el pueblo mayorero al que sentía y amaba con devoción profunda. Tal fue su dimensión humana, ejercida con un sentido un tanto místico de su carrera de médico, pero clara, cordial y modesta.

Quisiera ahora en este adiós silencioso con que la isla lo despide, expresarle mi gratitud sentida, mi deuda de toda una vida al profesional de excepción, al amigo insustituible.

Pocas personas de las hoy adultas dejaron de recibir del doctor Peña el apoyo y auxilio de su consejo y de su ciencia. Mientras prodigó su buen hacer, en la labor de cada día, la isla toda y con ella cada habitante supieron darle muestra agradecida de su afecto y aprecio. Pero ahora, cuando la vida física termina, es sólo el recuerdo el que perdura. Es seguro que la isla vería con espontánea satisfacción, para patentizar, plasificar este recuerdo, un reconocimiento a su memoria. A las entidades oficiales corresponde darles forma.

Descanse en paz D. José M^a Peña Yáñez.

Puerto del Rosario, 24 de abril de 1990 (Hernández A. 2009, pp. 530-532).

Hijo Adoptivo de Puerto del Rosario

El reconocimiento oficial a la labor de José María Peña Yáñez tiene lugar el día 22 de abril de 1995, cuando el Ayuntamiento de Puerto del Rosario, con motivo de la celebración del Bicentenario de la Fundación de la Ciudad, le concede, así como a su colega Arístides Hernández Morán, el nombramiento de Hijo Adoptivo de Puerto del Rosario, que en el caso del doctor Peña se otorga a título póstumo (Sacoto 2009, p. 19). De nuevo en esta ocasión, Arístides Hernández Morán tiene unas palabras para el recordado "médico Peña":

De D. José M^a Peña Yáñez, que a título póstumo recibe hoy el merecido honor de "Hijo Adoptivo de Puerto del Rosario" cuyos méritos han sido leídos por el secretario, debo añadir que para mí fue un entrañable y querido compañero. Fue el médico que dedicó su vida entera a la isla de Fuerteventura. Esta figura señera y eminente en el campo de la medicina insular, dejando tras de sí un huella imborrable de más de cuarenta años de ejercicio profesional consagrados, sin desfallecimiento ni desaliento, a aliviar con prontitud y competencia el dolor de los enfermos, a socorrer sin distinciones a todo aquel que precisara de sus servicios, de sus consejos, de su mano benefactora.

El doctor Peña fue un profesional intachable, de estricta moralidad profesional, compañero y amigo incondicional. Don José Peña supo hacer de la medicina una profesión, una ciencia llena de formalidad, de profunda humanidad, una ciencia y una profesión exentas de presunción, de que su verdad sea una verdad inconcusa; una medicina, en fin, clara, cordial y modesta. Sirva, pues este acto, este nombramiento, para patentizar este recuerdo, un reconocimiento a su memoria, y en especial a su viuda Dña. Carmen Peñate Medina (Hernández A. 2009, pp. 278-281).



Retrato del Dr. D. José M^a Peña Yáñez. Fuente: Índice de ilustraciones (26)

2.3.1.2. Arístides Hernández Morán

Sus primeros años

Arístides Hernández Morán nace en Santa Cruz de Tenerife el 17 de abril de 1926. Es el cuarto hijo del matrimonio formado por Aníbal Hernández Mora, nacido en Santa Cruz de La Palma aunque criado en Santa Cruz de Tenerife, y Victoria Morán Pérez de Barroso (Hernández A. 2009, p. 31), natural de la localidad granadina de Motril (Hernández A. 2009, p. 40). De esta unión nacen seis hijos: María del Rosario, José, Carlos, Arístides, Salvador y María del Carmen. Excepto la mayor, que viene al mundo en Port Bou, en la provincia de Girona, el resto de los hermanos nacieron en Santa Cruz de Tenerife (Hernández A. 2009, p. 31).

El futuro médico pasa su infancia y su adolescencia en la capital tinerfeña, donde reside primero en la calle Numancia y, posteriormente, en la calle de Las Ramblas (Hernández A. 2009, p. 44). Comienza sus estudios en el colegio La Pureza, situado cerca de su domicilio, hasta que, cuando cuenta siete años de edad, este centro es cerrado como consecuencia de la clausura de colegios religiosos implantada durante la Segunda República. Los alumnos son trasladados al colegio San Ildefonso, el cual a los pocos días también es obligado a cerrar sus puertas por el mismo motivo. Arístides Hernández y sus compañeros acuden entonces a la escuela de Don Blas, a quien el médico califica como "...un excelente maestro..." (Hernández A. 2009, pp. 47-48).

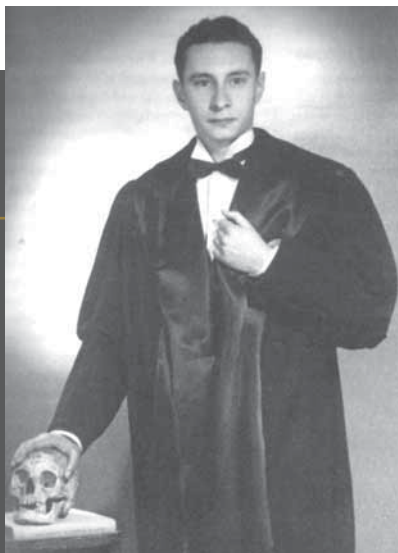
Con Don Blas se prepara para ingresar en el bachillerato y, en 1936, asiste al Instituto de Santa Cruz de Tenerife, aunque por poco tiempo, pues el comienzo de la Guerra Civil obliga a clausurar este centro. Se traslada entonces al Instituto de La Laguna. Cuando estudia el tercer curso, abren al público los colegios que imparten el Bachillerato de forma oficial, por lo que nuevamente cambia de centro, en este caso al Instituto Balear de Santa Cruz de Tenerife, donde empieza a prepararse para superar el examen de Reválida de Bachiller. De su paso por el Instituto Balear, Arístides Hernández conserva grandes amigos con los que actualmente se reúne cada año en La Rambla, adonde acuden para rememorar la costumbre de esa época —y que se mantiene hasta comenzar la Universidad—, de quedar todas las tardes en La Rambla, "...donde compartíamos nuestros intereses de entonces: juegos, sueños, deseos, esperanzas, ilusiones..." (Hernández A. 2009, pp. 48-51).

Sus estudios de Medicina en Cádiz

En los últimos años de instituto, Arístides Hernández se da cuenta ya de cuál es su vocación, y en 1946, a la edad de veinte años, comienza sus estudios de Medicina en la Universidad de Cádiz. No está solo en esta nueva etapa, pues, al situarse en la ciudad andaluza la universidad más próxima a Canarias, "...casi el 90% de los estudiantes canarios de mi época pasaron por la Universidad de Cádiz. [...]...y casi todos acabábamos conociéndonos y siendo amigos" (Hernández A. 2009, pp. 55-56).

Entre sus profesores se encuentra el catedrático Arsacio Peña, —hermano del que es su compañero de trabajo durante décadas en Fuerteventura, José María Peña Yáñez—, quien le imparte la asignatura de Anatomía Patológica y del que Arístides Hernández guarda "...un excelente recuerdo" (Hernández A. 2009, p. 101).

Entre los años 1949 y 1953 realiza las especialidades de Dermatología y de Medicina Interna, aprueba la reválida y, además, asiste a los cursos monográficos del doctorado. Finalmente, en 1953 concluye sus estudios de Medicina y ese mismo año dice adiós a la *Tacita de Plata* y regresa a Tenerife (Hernández A. 2009, p. 70).



El Dr. D. Arístides Hernández Morán en la orla de la Facultad de Medicina de Cádiz, 1952.

Fuente: álbum familiar

Su primer viaje a Fuerteventura

De vuelta en su isla natal, el ya médico Arístides Hernández obtiene ese mismo año, por concurso, la plaza de dermatólogo de la Seguridad Social, aunque al poco tiempo ha de pedir licencia para realizar el servicio militar. Este nuevo desempeño será decisivo en el posterior desarrollo de su carrera profesional, pues es destinado al Batallón Fuerteventura XXXII, ubicado en Puerto de Cabras, lo que supone el primer contacto del doctor Hernández Morán con la isla majorera (Hernández A. 2009, p.73).

A las tres de la tarde del día ocho de septiembre de 1953, Arístides Hernández Morán arriba a Puerto de Cabras en el correílo "Viera y Clavijo", procedente de Santa Cruz de Tenerife. Su llegada a Fuerteventura resulta bastante atípica, pues, a pesar de la escasez de lluvias que caracteriza a la isla, ese día "caía un diluvio", en palabras del propio médico, por lo que llega "empapado" a la Residencia de Oficiales (Hernández A. 2009, p. 77).

En el Batallón Fuerteventura XXXII, —más tarde denominado Batallón de Infantería Fuerteventura LIII— Arístides Hernández Morán es destinado a la Plana Mayor de Mando como oficial de Infantería, al tiempo que también se encarga de prestar atención médica a los miembros del batallón, dado que éste no dispone de facultativo (Hernández A. 2009, p. 77).

Debido a que en ese momento la isla solamente cuenta con dos médicos —Gerardo Bustos y Cobos y José María Peña Yáñez—, el número de familiares de militares que solicitan los servicios médicos del doctor Hernández Morán se va incrementando paulatinamente, por lo que en la Residencia de Oficiales le ceden un cuarto para instalar su consulta. En ésta atiende tanto a los miembros del Batallón como a sus familias y también a los habitantes de Puerto de Cabras que acuden a él. Sobre esta doble función como oficial en prácticas de Infantería y como médico del cuartel, Arístides Hernández Morán comenta que "...lo hacía con mucho gusto, tanto porque aquella era mi verdadera vocación como por la confianza que habían depositado en mí y que me hacía sentir halagado" (Hernández A. 2009, pp. 77-78).

Entre estas ocupaciones, Arístides Hernández Morán también dispone de tiempo de ocio que aprovecha, por un lado, para recorrer a nado el trayecto entre el muelle y la playa de Las Cuevas, ya desaparecida tras la construcción de la actual Avenida Marítima. Por otro lado, el médico sigue la costumbre vespertina de la población joven de la ciudad:

...salía de paseo por la explanada, me sentaba a la orilla de la playa, en el bar del Tinguaro, y veía pasear a los chicos y chicas jóvenes como si de una rambla se tratara. La gente se saludaba, charlaba y muchas veces se acercaron hasta mí muchas personas para darme las gracias por haber atendido a un familiar (Hernández A. 2009, p. 78).

El doctor Hernández Morán se adapta enseguida al modo de vida de Fuerteventura, tal y como él mismo reconoce, y a pesar de la sorpresa que este hecho causa entre sus allegados:

Muchos amigos se extrañaban de mi rápida adaptación a una isla tan desértica y solitaria. Pero creo que para mí ese era precisamente uno de sus atractivos, y el otro, más importante, la generosidad y gratitud de su gente. En el transcurso de mis prácticas como alférez conocí a muchas familias militares y civiles, las relaciones entre ellas eran muy cordiales, basadas en el respeto, la educación, la amistad y la solidaridad vecinal (Hernández A. 2009, p. 78).

Sobre la capital de la isla, el recién llegado médico señala que “El Puerto de Cabras de entonces, un lugar encantador, con pocas casas, algunas muy próximas al mar y con aproximadamente unos dos mil habitantes que lo formaban, era una gran familia” (Hernández A. 2009, p. 81).

El 8 de marzo de 1954, Arístides Hernández Morán finaliza los seis meses de prácticas como oficial de complemento (Hernández A. 2009, p. 77). Unos días antes, el médico recibe en la Residencia de Oficiales la visita del alcalde de Puerto de Cabras, del delegado del Gobierno y del comandante militar de Fuerteventura, quienes le solicitan que permanezca un año más en la isla como oficial médico del cuartel. Asimismo, le ofrecen alojamiento en el pabellón del médico situado dentro del pabellón militar. Arístides Hernández responde a la oferta prometiéndoles considerarlo y parte rumbo a Santa Cruz de Tenerife para ocupar la plaza de Dermatología obtenida por concurso de escala antes de incorporarse al servicio militar (Hernández A. 2009, p. 81).

Establecimiento definitivo en la isla

Las deliberaciones del doctor Hernández Morán no duran demasiado tiempo, pues al llegar a Santa Cruz de Tenerife y tomar posesión de su plaza de médico dermatólogo,

...casi al mismo tiempo renuncié a la misma. Decidí aceptar el generoso ofrecimiento que se me había hecho en Puerto de Cabras y regresé a Fuerteventura para quedarme definitivamente. He de reconocer que también pesó en mi decisión una circunstancia personal: en el paseo vespertino de Puerto de Cabras había conocido a África, que se convirtió en mi esposa dos años más tarde (Hernández A. 2009, p. 81).

Sobre su mujer, África González de la Fe, a la que conoce unos tres o cuatro meses después de llegar por primera vez a Fuerteventura mientras pasea por la Avenida Marítima (Hernández A. 2009, p. 86), Arístides Hernández Morán señala lo siguiente:

Mantuvimos un noviazgo de tres años y nos casamos el día 14 de octubre de 1956 en la iglesia de Nuestra Señora del Rosario. Desde entonces ella ha sido, además de una excelente esposa, una perfecta cómplice y una compañera comprensiva. Me inculcó el amor por la isla, fue ayudante en mi trabajo, compañera de alegrías y tristezas en la atención a los enfermos, ha compartido conmigo la preocupación por los pacientes, me ha acompañado en mis recorridos por la isla en mi etapa de médico rural, siempre estuvo dispuesta a levantarse a cualquier hora de la noche para ayudarme a atender a los enfermos que tocaban a nuestra puerta, jamás dijo “no” a nadie y siempre ayudó al que lo necesitaba.

Después de cincuenta años de matrimonio sólo tengo hacia ella sentimientos de amor y profunda gratitud (Hernández A. 2009, pp. 89-90).

Tras regresar a Fuerteventura por segunda y definitiva vez, el doctor Hernández Morán se reincorpora al Batallón de Infantería de Puerto de Cabras como alférez médico (Hernández A. 2009, p. 85).

Múltiples funciones médicas

Además de instalar su consulta particular dentro del cuartel, nada más establecerse definitivamente en Fuerteventura, Arístides Hernández Morán empieza a ejercer como médico de la Colonia Agrícola Penitenciaria de Tefía —desde 1954 hasta 1966— (Hernández A. 2009, p. 544) y también obtiene la titularidad de APD del municipio de La Oliva, plaza que ocupa entre 1954 y 1960 —a excepción de 1957— y entre 1964 y 1973, durante un total de catorce años (Hernández A. 2009, p. 129).

La falta de médicos en la isla hace que, además, desde 1962 sea médico del aeropuerto mayorero —en ese momento ubicado en Los Estancos— (Hernández A. 2009, p. 544) y que, entre 1963 y 1965, ocupe también las plazas de Pájara y de Betancuria por acumulación (Hernández A. 2009, p. 93), pues la ley determinaba que si un municipio no dispone de médico titular, este puesto debe ser desempeñado por un facultativo de los distritos más próximos (Hernández A. 2009, p. 139).

De esta forma, el doctor Hernández Morán se ve en la obligación, al igual que le ocurre a sus escasos colegas de profesión en la isla, de desempeñar diversas funciones: médico del cuartel, de la colonia penitenciaria y del aeropuerto, facultativo particular, titular de APD de varios municipios —lo que incluye la atención a los enfermos incluidos en el Seguro Obligatorio de Enfermedad de los correspondientes distritos— y médico de urgencias. Estas dos últimas tareas, además, le suponen tener que recorrer durante varios días a la semana gran parte del territorio insular (Hernández A. 2009, p. 93).

Su estancia en África

Su trabajo en la isla se ve interrumpido en el año 1960, cuando se desplaza al continente africano junto con el Batallón de Infantería para realizar unas maniobras en diversos puntos del antiguo territorio español de Ifni. Tres meses después de su llegada a esta región, el mando militar lo envía de vuelta a Fuerteventura para que preste atención médica a los soldados del reemplazo de 1959. Al año siguiente, en 1961, se reincorpora a las maniobras en la entonces colonia saharauí, donde visita El Aaiún y el fuerte de Haunía, y donde además de médico desempeña la función de oficial de cifras. Tras cuatro meses de estancia en esta región africana, regresa de forma definitiva a la isla majorera (Hernández A. 2009, p. 90).

Adiós al cuartel: su nueva consulta

En 1964 finaliza la etapa del doctor Hernández Morán en el Batallón de Infantería, y, por lo tanto, deja de ser médico del cuartel. En ese momento se traslada a su domicilio actual, situado en la calle Primero de Mayo, esquina San Roque, de Puerto del Rosario, junto a la sede del Cabildo, y donde reside desde entonces. Esta vivienda pertenece en su día al médico Santiago Cullen e Ibáñez, quien ejerce la Medicina en la isla en los años veinte. Tras el prematuro fallecimiento de éste, su viuda, María Lorenzo, marcha a Arrecife, de donde es natural, y la casa permanece cerrada. Cuando el doctor Hernández Morán tiene conocimiento de que la casa está en venta, decide comprarla y, desde 1964, ésta se convierte en su hogar. También, pasa a ser su nuevo lugar de trabajo, pues enseguida instala en una de las dependencias —la que antes de adquirir la casa es ocupada por el Centro de Higiene— su consulta privada (Hernández A. 2009, pp. 148-149).

En ese mismo año, 1964, vuelve a ocupar la titularidad en La Oliva, y cuatro años después, en 1968, asume por acumulación la plaza de APD de Puerto del Rosario. El desempeño de su labor en el municipio norteño finaliza en 1973, y ese mismo año obtiene la plaza de titular de Puerto del Rosario. También, desde 1973, ejerce como médico director del Centro de Higiene Rural y médico de Sanidad Exterior (Hernández A. 2009, pp. 544-545).

Siempre en activo y al servicio de la isla

Sin dejar de atender nunca su consulta particular, desde 1968 compagina sus ocupaciones con su trabajo en la Clínica Virgen de la Peña, el primer centro médico-quirúrgico de la isla, que abre sus puertas ese mismo año. Arístides Hernández Morán forma parte del primer equipo médico del centro junto con sus compañeros de profesión José María Peña Yáñez y Guillermo Sánchez Velázquez, y aquí ejerce de médico dermatólogo, de internista y de ayudante de quirófano.

Catorce años después, en 1982, se inaugura el actual Hospital General de Fuerteventura y, posteriormente, el Centro de Salud de Puerto del Rosario. En ambos lugares desempeña el doctor Hernández Morán el puesto de médico dermatólogo hasta 1991, año en que se jubila (Hernández A. 2009, p. 149). También, es coordinador del Centro de Salud durante los primeros tres años, y a lo largo de la década de los ochenta desempeña además otros cargos relacionados con la Sanidad de la isla, como los de delegado insular de Sanidad de Fuerteventura, director de los Servicios de Sanidad Exterior de Fuerteventura o coordinador insular de Sanidad (Hernández A. 2009, p. 547).

Incapaz de permanecer inactivo y siempre trabajando al servicio de Fuerteventura, Arístides Hernández Morán continúa, en la actualidad, ejerciendo la Medicina después de más de cincuenta años al frente de su consulta, donde "...atiendo a mis pacientes de siempre y a los nuevos que siempre acuden en la consulta de mi casa" (Hernández A. 2009, p. 149).

Involucrado en el desarrollo de Fuerteventura

La contribución de Arístides Hernández Morán al desarrollo de la isla de Fuerteventura no se limita sólo al campo de la Medicina. Entre 1964 y 1971, es asignado por el Colegio Oficial de Médicos para desempeñar tanto el cargo de concejal del Ayuntamiento de Puerto del Rosario por el tercio de entidades económicas, culturales y profesionales, como el de consejero del Cabildo Insular de Fuerteventura. Y aunque carece del más mínimo interés por el

mundo de la política, para el doctor Hernández Morán, esta nueva actividad supone “la oportunidad de trabajar y colaborar estrechamente con muchas personas que se afanaban por impulsar el desarrollo de la isla” (Hernández A. 2009, p. 308).

Desde estas dos instituciones, Arístides Hernández logra, entre otras cosas, fundar en 1963 la Asamblea Comarcal de la Cruz Roja en Fuerteventura, con la ayuda de varias personas de la isla que también colaboran en el proyecto. Desde ese momento, esta organización presta en Fuerteventura multitud de servicios a la sociedad mayorera, relacionados con la asistencia sanitaria y humanitaria a cientos de personas, y permite además dotar a la isla de la primera ambulancia para atender a enfermos de todos los rincones de su territorio, de un edificio con varias camas para alojarlos a éstos y a sus familiares, y de varios puestos de socorro (Hernández A. 2009, pp. 319-323).

La labor del doctor Hernández al frente de este organismo hace que, en 1970, le sea concedida la Medalla de Plata de la Cruz Roja, que en 1997 sea nombrado Presidente Honorífico de la entidad, y que en 2002 sea condecorado por el rey Juan Carlos I en el Auditorio Alfredo Kraus de Las Palmas de Gran Canaria con la Medalla de Oro de esta institución (Hernández A. 2009, p. 332). De su trabajo al frente de este organismo, Arístides Hernández Morán señala:

...me siento orgulloso y satisfecho de haber formado parte de la Cruz Roja, porque considero que, a través de ella, la vida me dio la gran oportunidad de realizar un trabajo social y humanitario que creo que ha contribuido a aliviar el sufrimiento de muchas personas. Y porque ese trabajo siempre fue colectivo, siempre en equipo, y ello me permitió conocer a mucha gente buena, solidaria y generosa que formó parte de la Cruz Roja, tanto en cargos directivos como en el voluntariado o como colaboradores independientes que aportaron su grano de arena desde cualquier ámbito. La recompensa mejor ha sido el afecto y el agradecimiento que siempre ha mostrado la gente de la isla hacia mi persona y la institución que he presidido (Hernández A. 2009, pp. 332-335).

Otra importante iniciativa socioeconómica en la que colabora Arístides Hernández Morán desde los años sesenta tiene que ver con la implantación del turismo en Fuerteventura como “motor del desarrollo de la isla” (Hernández A. 2009, p. 401), motivo por el que, en 1991, el Gobierno de Canarias le otorga la Medalla de Plata de los premios “Importantes del Turismo”

...por su contribución en la mejora de las condiciones que han permitido que Fuerteventura se haya convertido en un destino turístico estrella dentro del panorama turístico mundial, siendo además uno de los fundadores del Patronato Insular de Turismo, así como de instituciones tan importantes como la Cruz Roja Insular y la Cruz Roja del Mar (Hernández A. 2009, p. 406).

Por si esto fuera poco, en el campo social y sanitario el doctor Arístides Hernández también es responsable de la creación de la Asociación de donantes altruistas de sangre de la isla de Fuerteventura, fundada en 1990, de la obtención de la Denominación de Origen del Queso Majorero en 1996 y de la construcción de la Residencia de Ancianos de Casillas del Ángel, inaugurada en 1997 (Hernández A. 2009, pp. 335-358).

Hijo Adoptivo de Puerto del Rosario y de Fuerteventura

Tantos años de dedicación y entrega a Fuerteventura tienen su merecida respuesta por parte de la isla mayorera, pues además de existir un centro de salud en Puerto del Rosario y dos calles —una en esta localidad y otra en Corralejo— que llevan su nombre, el veterano médico recibe numerosos reconocimientos por parte de diversas instituciones y organismos. Uno de ellos es el título de Hijo Adoptivo de Puerto del Rosario que el 22 de abril de 1995 le otorga el Ayuntamiento de Puerto del Rosario, junto al ya fallecido doctor Peña, con motivo del Bicentenario de la Fundación de la Ciudad. Del mismo modo, doce años después, el 27 de abril de 2007, el Cabildo Insular de Fuerteventura nombra a Arístides Hernández Morán Hijo Adoptivo de Fuerteventura, y el 30 de mayo de 2010, el Gobierno regional le otorga la Medalla de Oro de Canarias.

El agradecimiento de la sociedad a la labor de “Don Arístides”, como se le conoce cariñosamente en la isla, queda patente en las palabras que pronuncia el director general de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales, Francisco Rivera, con motivo de la jubilación del médico:

Se nos hace difícil intentar esbozar con pocas palabras lo que significa y ha significado la dilatada vida profesional de Arístides, dado su extensísimo currículum profesional.



Entrega de distinción Hijo Adoptivo de Puerto del Rosario al Dr. D. Arístides Hernández Morán, 1995. Fuente: álbum familiar

Aunque natural de Tenerife, podemos decir que no se podrá escribir la historia de Fuerteventura sin reflejar su entrega, dedicación y buen hacer profesional, en bien de su comunidad.

Para nosotros, sanitarios, Arístides ha sido el exponente, maestro y fiel reflejo de la vocación y sacrificio profesional del cuerpo de titulares. Nos ha demostrado desde hace casi cuarenta años, lo que los “modernos” ideólogos de la salud han definido como medicina integral, atención primaria, salud comunitaria, etc., prácticamente él solo (sin medios, sin equipo de atención primaria, sin pluses, sin turnos, sin reivindicaciones, sindicales, sin conflicto de competencias, sin horarios, etc., con dependencia de múltiples instituciones y organismos), enseñándonos que con vocación y entrega es posible asumir el reto en bien de la salud de nuestra comunidad.

Sirvan como ejemplo de sus funciones asistenciales, sus casi cuarenta años de servicio en las condiciones más penosas, sus cerca de 4.000 partos domiciliarios, su continuo apoyo a ayudantía a otros compañeros médicos (ginecólogos, cirujanos, etc.), su actuación simultánea en la medicina especializada a nivel hospitalario y ambulatorio (dermatólogo, pediatra, cirujano, etc) su continuo afán de superación e impulso de actividades y grupos de trabajo, formación del equipo de atención primaria de Puerto del Rosario, etc.

Su eficacia y buen hacer en los programas preventivos (tuberculosis, fiebres tifoideas, vacunaciones, diabetes, sanidad ambiental, etc.) han permitido que hoy la isla de Fuerteventura haya conseguido controlar y prácticamente erradicar la poliomielitis, difteria, tétanos, fiebres tifoideas y T.B.C. de la isla.

Pero lo que más nos gustaría destacar son sus actividades en el campo de la educación sanitaria, en la formación continuada e integración de y en la comunidad de su isla.

Pionero y precursor de la educación sanitaria (casi como apostolado en su concepción), son innumerables las actividades desarrolladas en esta área, abarcando todos los niveles y estratos de su isla (su casa) desde el ámbito universitario hasta el último grupo o rincón de su tierra (alumnos de la facultad de medicina, ATS, puericultores, formación profesional, socorristas, Cruz Roja, institutos, sociedades, asociaciones vecinales, colegios, empresas, etc., etc.). Sin temor a equivocarnos, podemos afirmar que no hay ningún mayorero, ni institución u organismo público insular que, desde la guardería hasta el club del pensionista, no lo haya “padecido” al menos una vez cada año.

Si tan importante ha sido su entrega en la formación de su comunidad, más meritorio ha sido su interés en mantenerse en permanente formación (ha participado como asistente y/o ponente en más de 60 cursos, congresos y seminarios) con la misma ilusión de sus años de alumno de bachiller en La Laguna o de

universitario en Cádiz. Igualmente, es ejemplar su interés en fomentar las actividades científicas en Fuerteventura, participando y organizando numerosas reuniones, congresos y conferencias para sus compañeros.

En cuanto a la participación en la comunidad, ha sido el creador, impulsor, el tren de arrastre de múltiples asociaciones y organismos a fin de fomentar la participación de sus vecinos en las actividades sanitarias; y cuando ha sido preciso, para conseguir un mejor nivel de salud en su comunidad, no ha dudado en formar parte de las direcciones de instituciones y organismos.

Son innumerables las felicitaciones y recompensas de todas y cada una de las instituciones, organismos y estamentos que han tenido el orgullo de haber contado con su colaboración, aunque creemos que lo más que le gusta a él es el "buenos días" de sus vecinos.

¡Y cómo no! vaya la nuestra, agradeciéndole toda su ayuda y ejemplo para todos los profesionales, lamentando no poder contar con su colaboración, (ya no podemos aconsejar a los nuevos compañeros "no te preocupes... si hay problemas en Fuerteventura, llama a Arístides").

Gracias por haber contado con tu apoyo, ejemplo y consideración
(Hernández A. 2009, pp. 271-272).

2.3.1.3. Guillermo Sánchez Velázquez

Sus orígenes

Guillermo Sánchez Velázquez nace en la localidad mayorera de Antigua el 30 de abril de 1927 en el seno de una familia integrada por comerciantes y agricultores. Sus padres son Manuel Sánchez Évora, comerciante de Antigua, y Lucila Velázquez Mena, natural de Tenerife. Del matrimonio nacen seis hijos, de los que el futuro galeno es el mayor. A éste le siguen Miguel, farmacéutico y propietario de la segunda farmacia habida en Puerto del Rosario; Lola, licenciada en Geografía e Historia; Marcial, técnico agrícola; Antigua, graduado social, y Carmen, religiosa de las Hermanas Dominicas (Sánchez Velázquez G., notas).

Estudios y formación

Guillermo Sánchez cursa sus estudios primarios en la Escuela Pública de Antigua y a los doce años se traslada a Las Palmas de Gran Canaria para preparar su ingreso en el Bachillerato. En esta ciudad estudia en el Colegio de los Claretianos y, en 1948, inicia los estudios de Medicina. Aunque su intención en un principio es la de acudir a la Universidad de Sevilla, por existir en la ciudad hispalense un colegio claretiano, la intervención de su tío, Manuel Velázquez, quien ejerce la abogacía en la capital del país y es, además, asesor del Colegio de Arquitectos de Madrid y del Consejo General de Arquitectos de la Nación, así como secretario particular del gabinete de Manuel Azaña, hace que, finalmente, el futuro médico curse sus estudios universitarios en Madrid (Sánchez Velázquez G., notas).

Carné de estudiante
de la Universidad Central
de Madrid, 1948.

Fuente: álbum familiar



Ya licenciado en Medicina, en 1954, Guillermo Sánchez se traslada al Hospital Marqués de Valdecilla, en Santander, donde trabaja en el Servicio de Cardiología. Posteriormente, regresa a Madrid para dedicarse a la Traumatología en el Hospital Provincial. Sin embargo, la experiencia laboral más importante de sus años en la Península es la que adquiere realizando prácticas en sus ratos libres en el Materno García de Paredes mientras estudia la carrera. Aquí adquiere conocimientos básicos en Obstetricia que le son de gran utilidad a su llegada a Fuerteventura, donde durante muchos años el doctor Sánchez Velázquez tiene que atender miles de partos en la isla, debido a la falta de ginecólogo en ella (Sánchez Velázquez G., notas).

En 1955, Guillermo Sánchez regresa a Fuerteventura. Una vez aquí, se establece en su localidad natal, Antigua, donde preside la Cooperativa Agrícola de Antigua U.M.C.E. durante veinticinco años y donde abre su consulta de medicina privada, pues todas las plazas de médicos titulares de la isla están ocupadas en ese momento (Sánchez Velázquez G., notas).

Su etapa como presidente del Cabildo de Fuerteventura

Tres años después, en 1958, una pareja de la Guardia Civil se presenta un domingo por la tarde en casa de los padres del doctor Sánchez Velázquez, donde éste se encuentra, y le hace entrega de un sobre que contiene un escrito oficial mediante el que el Gobernador Civil le comunica su próximo nombramiento como presidente del Cabildo Insular de Fuerteventura. El médico, sorprendido, piensa que se trata de una equivocación y, en ese mismo momento, acude al único locutorio telefónico que existe en el pueblo para contactar con el Gobernador Civil, pero el intento resulta infructuoso. Cuando por fin logra hablar con él, tres días más tarde, éste le explica que ha sido propuesto para el cargo por el presidente saliente, Roque Calero Fajardo, cuya marcha obedece a que, además de presidente del Cabildo, este último es también teniente coronel jefe del Batallón de Puerto del Rosario, y ha recibido una notificación urgente de la Capitanía General para su traslado a África con motivo de la creación de los Servicios de Vigilancia del Desierto (Sánchez Velázquez G., notas).

En un principio, el médico se niega a desempeñar este cargo, pues no se siente preparado para ello. Sin embargo, el Gobernador Civil intenta convencerlo para que acepte con estas palabras:

Mire, Don Roque nos aseguró que no había ningún inconveniente, yo no sé si él habló con usted, pero esto es lo que hemos acordado, así que yo le ruego que tome posesión, porque si no el que va a quedar mal soy yo, que he propuesto al Ministerio del Interior que usted sería el Presidente. Vamos a tomar posesión y ya veremos si usted resiste, pero de momento vamos a dejarlo como está (Sánchez Velázquez G., notas).

Guillermo Sánchez, que no conoce personalmente a Roque Calero, sigue sin entender por qué éste lo ha elegido para sustituirlo pero, finalmente, accede a tomar posesión del cargo, pues, tal y como él mismo reconoce, "...hube de aceptarlo porque el nombramiento vino de Madrid. Y podía ofrecer una oportunidad para la tierra más pobre y olvidada de España. Mi rechazo a la presidencia se superó por la imposición de mis amigos y vecinos de Antigua" (Sánchez Velázquez G., notas).



Los doctores D. Guillermo Sánchez Velázquez y D. Gerardo Bustos y Cobos, 1958. Fuente: álbum familiar

Tiempo después, Guillermo Sánchez tiene la oportunidad de conocer a Roque Calero y de preguntarle el motivo de su decisión. Calero le responde que Fuerteventura necesita un cambio por aquel entonces y que considera que él, que tiene estudios universitarios y que además es nacido en la isla y conoce la realidad insular, es la persona adecuada para aportar nuevas ideas y proyectos que beneficien a la isla. De esta forma, el 15 de julio de 1958, Guillermo Sánchez Velázquez jura su cargo como Presidente del Cabildo de Fuerteventura (Sánchez Velázquez G., notas).

Cuando llega a la corporación insular, el doctor Sánchez se encuentra con un presupuesto mínimo que apenas permite mantener a los trabajadores, y con un panorama nada halagüeño, hasta el punto de que las autoridades de Las Palmas y de Madrid, e incluso el vicepresidente del Gobierno Carrero Blanco, le comentan: "Díganos usted por dónde empezamos, porque no tienen nada, no tienen agua, no tienen comida, no tienen industrias,..." (Sánchez Velázquez G., notas).

Tras la visita que el Jefe de Estado, Francisco Franco, realiza a Canarias en 1950, ese mismo año se aprueba el Plan de Adopción para Fuerteventura y El Hierro, que tiene como fin promover el desarrollo socioeconómico de estas dos islas —las más afectadas por la penuria— mediante una serie de obras¹⁹. Una década después, ninguno de los proyectos incluidos en el Plan de Adopción para Fuerteventura es llevado a cabo (Galván 1995 pp. 153-154), y cuando Guillermo Sánchez Velázquez llega a la presidencia del Cabildo mayorero, se propone realizar esas mejoras tan necesarias para la isla.

Consciente de que el desarrollo de Fuerteventura no es posible sin ciertos elementos básicos, especialmente el agua, el médico entiende que el principal inconveniente para crear las infraestructuras que Fuerteventura precisa es la falta de hospedaje, pues los técnicos que deben intervenir en la construcción de las obras pertinentes no tienen dónde alojarse. En esa época únicamente existen en Puerto del Rosario una residencia construida por el general García Escámez, que consta de doce camas y un baño, y la pensión de *Las Rubias*. Por ese motivo, la primera tarea que emprende el Cabildo es la de reformar y ampliar la residencia para convertirla en el Hotel Fuerteventura (Sánchez Velázquez, notas), obra que se realiza en 1965 (De Armas et al. 2000, p. 144).

Una vez resuelto el problema del alojamiento, el doctor Sánchez Velázquez recuerda que "a partir de ahí empezaron a llegar los técnicos que necesitaba la isla, y se empieza trayendo todo el equipo técnico de Las Palmas para pensar y estudiar la forma de hacer las diferentes obras que tanto demandaba la isla" (Sánchez Velázquez, notas). También se hace necesario trasladar hasta Fuerteventura maquinaria pesada con la que poder llevar a cabo las diferentes construcciones programadas y, puesto que el puerto capitalino no está acondicionado para descargar este tipo de mercancía, se construye en Puerto del Rosario un muelle especial con una rampa de descarga y una plataforma para grúas (Aena 1997, pp. 63-64).

De esta forma, y después de muchos viajes a Madrid para explicar la situación de Fuerteventura y pedir apoyo y financiación, a finales de esa década, entre 1967 y 1971, Guillermo Sánchez Velázquez y su equipo de gobierno en el Cabildo —en el que se encuentra su compañero Arístides Hernández Morán como consejero— consiguen realizar las reformas que Fuerteventura necesita y que se incluyen tanto en el I Plan de Desarrollo Económico-Social de Canarias (1964-1967) como en el II Plan (1967-1971). Sobre las nuevas infraestructuras, el historiador Miguel Galván Betancor (1995) dice:

Fue en esos años, a finales de los sesenta, cuando se realizaron obras trascendentales para Puerto del Rosario y para la isla en general:

- La Planta Potabilizadora, que garantizaba el suministro de agua²⁰.
- El Aeropuerto de El Matorral, que abría la isla a las comunicaciones exteriores y a su futuro desarrollo turístico.

¹⁹El Plan de Adopción persigue, entre otros objetivos, "el llevar a cabo, en el plazo de cinco años, cuantas obras y realizaciones se requieran en orden al establecimiento de las comunicaciones indispensables, necesidades sanitarias, de edificios públicos y viviendas para funcionarios, alumbrado y represas de agua, fomento y ensayo de cultivos, repoblación forestal y frutal, así como aquellas otras que se consideren indispensables y básicas para el progreso económico-social de las islas adoptadas" (Galván 1995, p. 154).

²⁰Hasta ese momento, el agua se trae a Fuerteventura en los "correillos" —los buques de carga y pasaje de la compañía Trasmediterránea— y, desde principios de los años sesenta, en los buques aljibe de la armada. La construcción de la primera potabilizadora de Fuerteventura se hace posible gracias a los estudios del Instituto Hidrológico de Madrid. Aunque el Cabildo pide que esta instalación suministre agua para casi toda la isla, la empresa encargada de la ejecución de la obra responde que el presupuesto no permite sacar el agua fuera de Puerto del Rosario. Afortunadamente, el ayuntamiento capitalino dispone de dos depósitos de agua ubicados en los aledaños del barranco de La Herradura que no tienen propietario y que pone a disposición del Cabildo para que, mediante la instalación de tuberías, se pueda llevar el agua de la potabilizadora hasta Corralejo y hasta Gran Tarajal, con lo que se consigue el abastecimiento de agua para toda la isla (Sánchez Velázquez G., notas).

- Ampliación del Puerto, que permitía la escala de los buques de Trasmediterránea, que hacían la línea Península-Canarias.
- El Parador de Turismo.
- El Instituto de Enseñanza Media.
- El inicio de la carretera de Jandía²¹.
- Numerosas obras menores que abarcaron a los distintos pueblos del municipio, y de la isla toda.

[...] estas obras, muchas de las cuales se concluyeron en los primeros años de la década de 1970, permitieron dotar a Fuerteventura de una infraestructura básica y necesaria para el despegue económico, que llegó con la apertura de la isla al turismo, sector que se convirtió en el pilar y motor de la economía insular. Esos logros se consiguieron con las gestiones llevadas a cabo directamente por las autoridades insulares en Madrid, evitándose de esa forma las trabas que se ponían desde la capital provincial (pp. 155-156).

Su labor como médico y su contribución al desarrollo sanitario de la isla

Durante trece años, desde julio de 1958 hasta junio de 1971, fecha en que finaliza su etapa al frente de la corporación insular, Guillermo Sánchez Velázquez compagina, pues, su trabajo de médico con su cargo de presidente del Cabildo de Fuerteventura.

A principios de los años sesenta, obtiene la plaza de médico titular de APD del municipio de Betancuria, donde permanece algún tiempo y, en junio de 1963, pasa a ocupar la plaza de Tuineje, en Gran Tarajal. El propio médico relata así su frenética actividad diaria durante estos años:

En aquella época, Gran Tarajal tenía el censo mayor de la isla, pues había unos 4.000 trabajadores del tomate, y me levantaba a las 6.00 de la mañana para pasar consulta. En ese entonces yo ya era Presidente del Cabildo, y los días duros, cuando venía el Gobernador Civil de Las Palmas, pasaba consulta a primera hora y a las 9.00 iba al Cabildo a tratar los asuntos de la isla con ellos. Al mediodía, aprovechando que ellos iban a comer, volvía a Gran Tarajal en el coche del Cabildo, atendía lo urgente y volvía de nuevo al Cabildo a las 4.00 de la tarde para regresar de nuevo a mi consulta a las 7.00 de la tarde y terminar de atender a los pacientes. Era un trabajo de 24 horas (Sánchez Velázquez G., notas).

En esta localidad del sur de Fuerteventura reside durante tres años en la Casa del Médico. Tras este tiempo, obtiene la plaza del municipio de Antigua y se desplaza a la capital de la isla, donde establece su residencia y donde obtiene la autorización del médico titular del municipio, Gerardo Bustos y Cobos, para abrir su consulta en el edificio conocido como "Hospital Viejo", pues en esta época no se alquilan locales ni viviendas en Puerto del Rosario (Sánchez Velázquez G., notas).

Estas dependencias son construidas en los años cincuenta por el Departamento de Regiones Devastadas del Gobierno Central para albergar un hospital, pero la falta de presupuesto para dotarlas de infraestructura sanitaria hace que nunca lleguen a funcionar como tal y que permanezcan cerradas durante mucho tiempo. En ellas, el doctor Sánchez ocupa tres habitaciones: una para la sala de rayos X, otra para la sala de espera y la tercera para su consulta (Sánchez Velázquez G., notas).

El cargo de Guillermo Sánchez Velázquez como presidente del Cabildo de Fuerteventura, además de posibilitar la realización de las obras mencionadas anteriormente, de vital importancia para la isla, también contribuye, en gran medida, al desarrollo de la Sanidad mayorera, pues gracias a un encuentro "accidentado" con el presidente del Instituto Social de la Marina, se hace realidad un proyecto largamente ansiado por los facultativos y por la población: el primer centro médico-quirúrgico de Fuerteventura, la Clínica Virgen de la Peña.

²¹En su momento, la construcción de la carretera a Jandía recibe muchas críticas, pues no se entiende que, con la ausencia de infraestructura vial que sufre Fuerteventura y los problemas de comunicación que esto genera para los habitantes de las distintas localidades de la isla, el Cabildo invierta dinero en construir una carretera para una zona despoblada, "desconocida y sin explotar" en los años sesenta (Sánchez Velázquez, notas). Sin embargo, Guillermo Sánchez y su equipo de gobierno logran ver en las grandes playas y en los paisajes paradisíacos de Jandía las condiciones ideales para que esta región se convierta en unos años en uno de los destinos turísticos de mayor afluencia de Canarias, tal y como efectivamente sucede, lo que sin duda contribuye en gran medida al crecimiento económico de la isla.

En 1968, el vicealmirante Jesús Fontán Lobé, presidente del Instituto Social de la Marina, realiza una visita a Fuerteventura y llega a la isla justo cuando se está evacuando a un enfermo grave a Las Palmas de Gran Canaria, por lo que no puede ser recibido por Guillermo Sánchez, presidente del Cabildo. Cuando por fin se encuentran ambas autoridades, el doctor Sánchez Velázquez le explica a Fontán Lobé el motivo de su ausencia previa, y éste se interesa por la situación sanitaria de Fuerteventura. Al conocer por el médico la extrema precariedad de la Sanidad insular, tan acuciante que ni si quiera se puede intervenir quirúrgicamente en la isla por falta de medios, Jesús Fontán Lobé se compromete a dotar a Fuerteventura de un centro médico-quirúrgico y de un cirujano si el Cabildo aporta el edificio necesario para ello. Este acuerdo entre el Instituto Social de la Marina y el Cabildo Insular de Fuerteventura hace posible que, a partir de 1968, la isla disponga por primera vez de una clínica, ubicada en Puerto del Rosario, donde Guillermo Sánchez y los otros dos facultativos que hay en ella, José María Peña Yáñez y Arístides Hernández Morán, integran el primer equipo médico junto con Juan de la Cruz Buhigas, el cirujano enviado por el ISM desde Terranova (Sánchez Velázquez G., notas).

En 1969, el doctor Sánchez Velázquez obtiene el título de especialista en Anestesiología por la Universidad de La Laguna, y de esta forma se convierte en el primer anestesista de Fuerteventura. Ejerce su especialidad en la Clínica Virgen de la Peña, el centro donde trabaja desde su inauguración en 1968, y cuya dirección asume tras la marcha de Juan de la Cruz Buhigas y hasta su clausura a finales de 1982. Además de médico y director del centro quirúrgico, Guillermo Sánchez Velázquez ejerce durante muchos años como médico titular de APD de su municipio natal, Antigua (Sánchez Velázquez G., notas).

Posteriormente, desde la inauguración del Hospital General de Fuerteventura en octubre de 1982 y el consecuente cierre de la clínica, el doctor Sánchez ocupa la Jefatura del Servicio de Anestesiología del nuevo centro, además de atender su consulta privada, hasta que decide retirarse del ejercicio de la Medicina en 1992. En ese momento, el facultativo constata el cariño y el aprecio que sienten por él sus compañeros de profesión, quienes se encargan de poner de manifiesto el relevante papel de Guillermo Sánchez Velázquez en el desarrollo tanto de la Medicina majorera como, en general, de la isla. Uno de esos compañeros y amigos es Arístides Hernández Morán, quien le dedica las siguientes palabras con motivo de su jubilación:



Entrega de distinción al Dr. Sánchez Velázquez. Fuente: álbum familiar

Palabras de homenaje a D. Guillermo Sánchez Velázquez en su jubilación

Queridos amigos y compañeros. Se me hace difícil, pero que muy difícil, esbozar en tan poco tiempo y con pocas palabras lo que significa, lo que ha significado la dilatada vida profesional de nuestro buen amigo Guillermo Sánchez, dado su amplísimo currículum profesional.

De D. Guillermo podríamos estar hablando toda una noche, de su quehacer como profesional y político en la isla de Fuerteventura, su tierra natal, su tierra a la que tanto ha querido y dedicado toda su vida, para tratar de mejorarla en todos los aspectos políticos, económicos y profesionales.

Y estoy seguro, sin temor a equivocarme, de que no se podrá escribir nunca la historia de Fuerteventura sin reflejar fielmente su entrega, total dedicación y buen hacer profesional, en bien de su querida isla de Fuerteventura.

Nosotros, los profesionales de la medicina, los que ejercimos toda una vida en esta isla, conocemos a la perfección que Guillermo, D. Guillermo, como se le conoce cariñosamente en la isla, es un intachable profesional que tiene y ejercita ese don de la ubicuidad que sólo los seres íntegros poseen. Don Guillermo ha ejercido cargos diversos con una capacidad de trabajo fuera de lo normal. Siempre me llamó la atención y me admiró cómo se las podía arreglar para atender a un enfermo en un extremo de la isla, para más tarde acudir a otro en el otro extremo y luego tener que pasar la noche anestesiando a un paciente quirúrgico, para poco más tarde presidir un pleno del Cabildo.

Él nos enseñó cómo con una entrega total y amor profesional se puede conseguir, se puede lograr, lo que tal vez nadie pudo hacer. A él y a nadie más que a él se debe el que hoy estemos sentados esta noche aquí todos reunidos. Gracias a su tesón puso en marcha, con ayuda del Instituto Social de la Marina y el Cabildo Insular, la primera y vieja clínica Virgen de la Peña, en la que sólo se contaba en un principio con la colaboración de un cirujano y tres médicos rurales. Así, de esta forma, se puso en marcha el primer eslabón que duró cerca de doce años. Pero gracias a la constancia de D. Guillermo, que no se conformaba con aquella clínica, que se hacía muy pequeña para las necesidades de la isla, que ya contaba entonces con un ginecólogo y un traumatólogo, logra a su empeño, que se inaugure la clínica con que hoy contamos.

Y por ello y por su buen hacer hoy nos encontramos, como decía antes, reunidos todos aquí, y él dándonos una lección: que con vocación y entrega es posible asumir cualquier reto en bien de nuestra isla, que, en definitiva, viene a ser en bien de nuestra salud.

No quisiera alargarme ni cansarles con mis palabras pero sí quiero decir algo de su extensísimo currículum, que él con su natural modestia ha querido eludir. D. Guillermo perteneció al cuerpo de Médicos Titulares, fue fundador y director de la primera clínica del Instituto Social de la Marina por espacio de doce años, fue médico especialista en anestesia y jefe del Servicio de Anestesia; simultaneó su trabajo en el hospital como médico generalista, con el que desarrolló en los sindicatos médicos donde ha ocupado puestos relevantes, defendiendo a los profesionales de la medicina en general y a los de Fuerteventura en particular; trabajó en organismos insulares, provinciales y nacionales y sabemos que en muchas ocasiones tuvo que trasladarse a la capital del reino para resolver problemas de la sanidad insular. Fue un gran impulsor de la mejora sanitaria de la isla, siempre trató de conseguir lo mejor para ella, no escatimando tiempo de su vida para dedicarlo a la comunidad majorera, tratando por todos los medios de defender y proteger la calidad de la prestación sanitaria en la isla.

Su vida profesional ha sido una constante lección de actuar como médico. D. Guillermo ha sido un profesional que ha dado cuarenta años de su vida a la medicina sin rehuir jamás la llamada al trabajo, intentando mantenerse al día y aplicar avances permanentemente en la medicina, porque todos sabemos que la medicina no admite paradas y necesita actualizarse todos los días.

Nosotros hemos aprendido de D. Guillermo no sólo en el campo de la medicina sino de su buen hacer y de sus excelentes cualidades humanas, innatas en él. Todos sabemos que el ejercicio de la medicina en esta isla era un sacrificio en el que se sufría más que se gozaba, pero en el que también se sentía la inmensa satisfacción de haber sido médico ante todo y haber cumplido con su conciencia.

Se sufre en nuestra profesión porque un enfermo deja huella y porque la medicina tiene que ser un poco recuerdo, recuerdo que duele en cada momento de la vida. Y es que cuando no se siente como propio el dolor ajeno se deja de ser un buen médico.

Don Guillermo es un gran profesional, un excelente anestésista, un médico de pueblo, que es muy distinto a ser médico pueblerino. Jiménez Díaz decía que dentro de las especialidades de la medicina, era la de médico de pueblo la más difícil por todos los sinsabores que ella conlleva.

Médicos como D. Guillermo, que se entregaron en cuerpo y alma, que fabricaron esperanzas y regalaron los mejores años de su vida son dignos del mayor encomio.

Tenemos que saber valorar en toda su medida el esfuerzo realizado por personas como D. Guillermo prestigiando la profesión y que a la hora de su relevo ha dejado a los jóvenes médicos que ejercen en la isla de Fuerteventura una profesión respetada y seria, digna, basada fundamentalmente, según el juramento hipocrático, en el bien del enfermo y de la comunidad mayorera.

En este acto de hoy nos alegramos de una cosa y es que en el caso particular de D. Guillermo si bien se jubila, no se marcha, se queda en su isla con nosotros por muchísimos años más, Y que yo los vea.

Esta reunión de hoy es un pequeño agasajo de los compañeros, pero considero que las autoridades insulares deberían tributarle el merecido homenaje de la isla de Fuerteventura a un prócer mayorero como es D. Guillermo.

No quisiera terminar sin antes reconocer el papel importante que siempre ha jugado la mujer del médico, ellas han sido las sufridoras en la trastienda, las que han vivido intensamente todos los avatares de la profesión, padeciendo las tristezas y disfrutando las alegrías de la profesión. Para ellas, para Carol, esposa de D. Guillermo, nuestro reconocimiento y cariño. A sus hijos, que nos acompañan aquí, también quiero expresarles nuestro cariño. Muchas gracias (Hernández A. 2009, pp. 521-524).

Hijo Predilecto de Fuerteventura

Al igual que ocurriera con José María Peña Yáñez, el deseo que el doctor Hernández Morán expresa en su discurso de que Guillermo Sánchez Velázquez reciba un homenaje de su tierra se ve cumplido en 2007. Su larga dedicación durante tantos años a la Medicina y a la isla es reconocida por las autoridades mayoreras en abril de ese año, cuando el Ayuntamiento de Puerto del Rosario le dedica una calle en la urbanización Las Granadas y, el Cabildo Insular, institución que él mismo preside unas décadas antes, le concede el título de Hijo Predilecto de Fuerteventura.



Dr. D. Guillermo Sánchez Velázquez.
Fuente: Índice de ilustraciones (26)

2.3.2. INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS Y MEDIOS MATERIALES

Los únicos centros sanitarios que existen en Fuerteventura en estos años, antes de la inauguración de la clínica Virgen de la Peña en 1968, son: la Casa de Beneficencia Hospitalaria Insular, situada junto al Cabildo, del que depende, y donde se atiende a los enfermos pobres de toda la isla; el Instituto de Higiene Rural y el Centro Maternal de Urgencia, ubicados ambos inicialmente en las instalaciones de la referida Casa de Beneficencia; el dispensario instalado en el edificio de la Cruz Roja de Puerto del Rosario, construido en 1966 (Hernández 2009, pp. 102-103); y la Casa de Socorro edificada en Gran Tarajal en la década de los sesenta (Calbarro 2004, p. 160).

La existencia de una Casa de Beneficencia se menciona en las actas de plenos del Cabildo desde 1934, cuando se señala que va a ser instalada provisionalmente en la casa que la institución tiene arrendada a la viuda del fallecido médico Santiago Cullen e Ibáñez. En 1945, la corporación insular decide comprar la casa de la entonces calle del General Linares, conocida popularmente como "Casa de la Hacienda", y contigua al edificio capitular, para instalar en ella la Casa de Beneficencia. El contrato de compra-venta se hace efectivo el 14 de febrero de 1951 (De Armas 2000, p. 117), y al año siguiente, en 1952, dicho establecimiento comienza a funcionar con el cometido para el que es acondicionado.

En él se instalan, previa autorización del Cabildo insular, los médicos José Cabrera Abreu y Manuel del Nero Viera, este último también dentista, con la condición de "asistir y prestar gratuitamente entre los servicios de su profesión a las personas que ingresen en esta casa hospitalaria conforme las normas ya establecidas". Sin embargo, la ubicación de la Beneficencia Insular en dicho inmueble solamente dura dos años, pues en 1954, el Cabildo recibe del Gobernador de la Provincia las indicaciones de que este edificio sea desalojado para que pase a ser la Casa del Juez del partido. No se vuelve a mencionar a estos dos facultativos en las actas capitulares con posterioridad.

El Centro Maternal de Urgencia es creado en 1943 por la Dirección General de Sanidad para atender a las parturientas pobres, y el Cabildo decide instalarlo provisionalmente en la Casa de Beneficencia, que durante un tiempo es utilizada por las Fuerzas Militares de la isla para hospitalizar a los enfermos de tropa. Por este motivo, el pleno capitular solicita al Comandante Militar de la isla que desocupe el edificio y le haga entrega del mismo (Galván 1995, p. 146).

Por su parte, el Instituto de Higiene Rural o Centro de Higiene también nace en 1943 tras la solicitud para su creación que dos años antes realiza el Ayuntamiento de Puerto de Cabras. Al igual que el Centro Maternal de Urgencia, en un principio también es ubicado en la Casa de Beneficencia del Cabildo (Galván 1995, p. 146), justo en las dependencias que desde 1964 constituyen la consulta médica del doctor Aristides Hernández Morán, médico titular de APD de La Oliva y de Puerto del Rosario durante gran parte de la segunda mitad del siglo XX, como ya se ha indicado anteriormente. Tanto el Centro Maternal de Urgencia como el Centro de Higiene llevan a cabo servicios benéficos y, por tanto, son gestionados por el médico de la Beneficencia designado por el Cabildo (Hernández A. 2009, p. 102).

El Instituto de Higiene Rural asume diversas funciones relacionadas con la Sanidad de la isla, consistentes en inspeccionar los establecimientos públicos y extender las correspondientes actas y certificaciones; realizar el control sanitario de las aguas de consumo y de los buques; participar en los consejos municipales de sanidad; elaborar estudios y estadísticas epidemiológicas, así como organizar cursos, conferencias, seminarios y jornadas sobre sanidad e higiene destinados a diferentes colectivos sociales (Hernández 2009, p. 127). Posteriormente, este centro es trasladado a otras dependencias del ayuntamiento capitalino, hasta que en 1968 se inaugura la Clínica Virgen de la Peña y es finalmente instalado en este nuevo complejo médico-quirúrgico (Hernández A. 2009, p. 102).

Por último, la sede de la Cruz Roja es construida en 1966 con la aportación voluntaria y altruista de los vecinos de Puerto del Rosario. Esta asociación, fundada en Fuerteventura tres años antes por Aristides Hernández Morán, logra reunir a muchísimos socios que "ponen su granito de arena y donan, además de dinero, bloques, sacos de cemento e incluso muchos obreros colaboran gratuitamente en la construcción del edificio" (Hernández Morán A., entrevista personal, julio 2009).

Además de una Casa de Socorro, la Cruz Roja aporta a Fuerteventura la primera ambulancia de la isla, que es regalada a la sede mayorera desde Gran Canaria y que, aunque no es nueva, se encuentra en perfectas condiciones y, durante muchos años, presta asistencia sanitaria a numerosas personas en lugares remotos de la isla. A este respecto, el doctor Hernández Morán destaca el trabajo de los voluntarios que "colaboraron de una forma totalmente desinteresada, y que a veces caminaban dos kilómetros llevando a un enfermo en la camilla desde su casa hasta la ambulancia, porque antes no había carreteras". Se trata de una labor "digna del mayor encomio, porque la gente dejaba además su trabajo, su jornal, para ir a ayudar a los demás. Era una labor fabulosa" (Hernández Morán A., entrevista personal, julio 2009).

En cuanto a la existencia de farmacias, hasta 1948 Fuerteventura únicamente cuenta con la botica de Manuel Medina, que funciona también como establecimiento farmacéutico debido a la ausencia de éstos en la isla. La primera y única farmacia desde entonces y hasta la década de los sesenta es la que fundan en Puerto del Rosario, en 1948, Manuel González Rosales y su esposa Hortensia Pérez, y que actualmente está regentada por sus descendientes aunque con diferente ubicación. La segunda farmacia de Puerto del Rosario y tercera de Fuerteventura abre sus puertas en los años sesenta de la mano de Miguel Sánchez Velázquez –hermano del doctor Guillermo Sánchez Velázquez– y, al igual que la anterior, continúa funcionando a día de hoy (Hernández A. 2009, p. 107).

Unos años antes, en la década de los cincuenta, se establece en el sur de la isla, concretamente en Gran Tarajal, la segunda farmacia de la isla, cuyo propietario es Luis Puyol. Antes de su apertura, José María Hernández Hierro, –médico analista mayorero, nacido en esta localidad y jefe de Laboratorio del hospital actual de Fuerteventura– recuerda que su tío, Pepe Hierro, propietario de una tienda “de aceite y vinagre”, donde se vendían todo tipo de productos básicos, aprovechaba el hecho de ser también patrón del correillo Guanchinerfe para llevar medicamentos a la isla y ofrecerlos en su comercio (Hernández Hierro J.M., entrevista personal, marzo 2009).

A esta escasez de instalaciones sanitarias hay que unir la precariedad del instrumental y demás material con el que deben arreglárselas los facultativos de la isla, tal y como recuerda el doctor Aristides Hernández (2009):

Nuestros equipos estaban conformados escasamente por un modesto botiquín de primeros auxilios, un fonendoscopio, un fórceps y un aparato de tomar la tensión; un pequeño laboratorio casero donde se podía determinar la glucosa, albúmina, proteínas, velocidad de sedimentación y acetona; unos tubos de ensayo, un mechero para calentar las orinas; jeringas y agujas, que hervíamos en nuestra consulta o en la propia casa de los enfermos, puesto que no había desechables; y un microscopio para determinar hematies y leucocitos (p. 108).

Dichos equipos, además, deben ser costeados por los propios médicos, pues el seguro no cubre ese gasto, y de igual manera son los A.T.S. quienes deben adquirir por su propia cuenta el instrumental que precisan para realizar su trabajo (Hernández A. 2009, p. 108)

Entre estos últimos, los practicantes, también sufren esta situación de penuria. Un ejemplo lo aporta Chanita Suárez al recordar las ocasiones en que, para poder inmovilizar los miembros de los pacientes, tiene que desmontar las cajas de los tomates y utilizar las tablas a modo de férulas. En el caso de los niños, “utilizábamos las tablas de las cajitas pequeñas donde venía la conserva de guayaba. Como era una madera más fina, era ideal para los pequeños” (Calbarro 2004, p. 157).

Esta falta de material indispensable, que dificulta enormemente la labor médica, hace que los facultativos se vean obligados “a estrujar al máximo los sentidos y las posibilidades deductivas” y a “agudizar el “ojo clínico” que permitiera establecer un diagnóstico certero y el camino correcto a seguir”. En esta situación, Aristides Hernández relata al respecto en su *Libro de Recuerdos de un Médico Rural* (2009) que el instrumento más útil para el médico en ese entonces y casi el único al que pueden recurrir es el que aconseja Gregorio Marañón: la silla. “Cuando, ante un enfermo difícil, los datos obtenidos hasta ese momento no orientan lo suficiente para actuar con seguridad, hay que pedir una silla, sentarse y volver a iniciar sin prisa un interrogatorio y una exploración física detenida” (Hernández A. 2009, pp. 108-109).

Como ya se ha comentado, el primer aparato radiológico lo trae a la isla en 1957 José María Peña Yáñez. Con él puede realizar escopias, aunque no radiografías, y según cuenta el médico, el primer caso que diagnostica con el mismo es una tuberculosis, una de las patologías más comunes de esta época. Poco tiempo después, este material se estropea y, en 1960, el doctor Peña compra otro de similares características (Hernández A. 2009, p. 108).

Por su parte, en 1958, Aristides Hernández Morán adquiere el primer aparato de rayos X que permite realizar radiografías. El propio médico recuerda con exactitud la fecha en que se realiza por primera vez en la isla esta prueba diagnóstica: el 23 de octubre de 1958, día en que hace una radiografía “a un niño de 7 años en el que observé un infiltrado pulmonar con alguna caverna de su vértice pulmonar” (Hernández A. 2009, p. 108). El manejo de este equipo por parte del facultativo era más complicado que en la actualidad, pues, tal y como el doctor Hernández Morán (2009) explica, “tenía que realizar yo mismo todo el proceso, hacer las radiografías y preparar, generalmente por las noches, los líquidos reveladores y fijadores y revelar la imagen” (p. 149).

2.3.3. MÉDICOS DURANTE LAS VEINTICUATRO HORAS DEL DÍA

Durante todos estos años en que Fuerteventura cuenta de forma regular con sólo tres médicos para toda la población, a éstos no les queda más remedio que ser “...pluriempleados. Lo normal era atender la propia consulta y paralelamente desempeñar la plaza de médico de uno o más municipios, atender todas las urgencias que pudieran surgir en cualquier momento y participar activamente en campañas de detección de enfermedades y medicina preventiva” (Hernández A. 2009, p. 93).

Por este motivo, José María Peña Yáñez, Arístides Hernández Morán y Guillermo Sánchez Velázquez ejercen su profesión de forma prácticamente ininterrumpida las veinticuatro horas del día durante los trescientos sesenta y cinco días del año. Por las noches, es bastante frecuente que familiares de enfermos procedentes de distintos puntos de la isla vayan a buscarlos a sus casas, de forma que, tras acostarse a las tres de la mañana después de haber atendido a un paciente en La Oliva, dos horas después tengan que volver a levantarse para acudir a Gran Tarajal. Sobre este aspecto, José María Peña Peñate recuerda lo siguiente de su padre, el doctor Peña Yáñez: “Él siempre me dijo que para ser médico hay que tener vocación y gustarte la profesión, y no solamente pasar consulta de 5 a 7 y se acabó. En mi casa siempre estaban llamando a la puerta, y nunca dijo que no a nadie”. De hecho, el doctor Peña, “un enamorado del cine”, decide abandonar esta afición porque nunca logra ver una película completa. En una ocasión, son tres las veces en que lo van a buscar a la misma sala durante la proyección de un largometraje (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Asimismo, en este periodo –no existen leyes de incompatibilidad–, los facultativos se ven obligados a desempeñar múltiples cometidos y a tratar todo tipo de patologías: “Hacíamos de pediatras, ginecólogos, generalistas, geriatras, traumatólogos, atendíamos accidentes laborales y de todo tipo, pequeña cirugía, etc., todo ello obviamente sin personal auxiliar de enfermería” (Hernández A. 2009, p. 102).

Como titulares de APD, los médicos también son los responsables de la Sanidad del municipio asignado, lo que implica llevar la gestión ambiental, inspeccionar los establecimientos públicos –bares, restaurantes, piscinas, hoteles, apartamentos, etc.– y notificar al ayuntamiento cualquier aspecto detectado en dichos controles “...que pudiera afectar a la salud pública”. Del mismo modo, han de actuar como forenses y peritos, lo que implica realizar autopsias, colaborar con la justicia en los casos que así lo requieran y llevar a cabo tareas administrativas “de elaboración de informes de sanidad, declaraciones de enfermedades infectocontagiosas, informes médicos legales e informes periciales (Hernández A. 2009, p. 109).

Asimismo, los facultativos deben compaginar el desempeño de estas múltiples funciones con breves estancias fuera de la isla para asistir a cursos, congresos y reuniones científicas “que nos permitieran mantener nuestros conocimientos actualizados y estar al día lo máximo posible en los adelantos médicos y farmacéuticos que se iban produciendo” (Hernández A. 2009, p. 93).

Sin embargo, tales salidas no son fáciles de realizar, pues los distintos municipios no pueden quedarse desprovistos de médico titular. Por este motivo, antes de desplazarse a otros puntos geográficos, es necesario que la Dirección de Sanidad envíe a Fuerteventura a un sustituto, cosa que no siempre es posible. Tal y como recuerda el doctor Hernández Morán, “a veces pasaban años sin que pudiéramos tener vacaciones” (Hernández Morán, A., entrevista personal, junio 2009).

2.3.4. RECORRIDOS MÉDICOS POR LA ISLA

Durante estas décadas de medicina rural, además de ser médicos las veinticuatro horas del día, los facultativos que ejercen deben ser también médicos para toda la isla, pues a la asistencia en los municipios de los que son titulares hay que añadir las urgencias que se presentan a cualquier hora y en cualquier punto de la isla. Esto hace que José María Peña Yáñez, Arístides Hernández Morán y Guillermo Sánchez Velázquez deban recorrer durante muchos años todos los rincones de Fuerteventura visitando enfermos –bien en taxi, en coche, en moto o, incluso, cuando no hay otra forma de llegar, en burro o en camello–, hecho que sin duda les da la oportunidad de conocer a fondo la realidad socioeconómica y sanitaria de la isla mayorera en estos años, lo que, sumado a su voluntad, les permite mejorarla.

2.3.4.1. La Oliva

Entre 1954 y 1973, –excepto 1957 y el intervalo de 1960 a 1964– Arístides Hernández Morán ocupa la plaza de médico titular de APD de La Oliva. Este puesto incluye la atención médica a los pacientes acogidos al Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.), que en este municipio incluye a los asegurados del Instituto Social de la Marina –las familias de los marineros de altura y de bajura de Corralejo y de El Cotillo– y a quienes cotizan al Seguro Agrario, que son los trabajadores del campo y los de la empresa Fibras Duras, “dedicada a la elaboración de cordelería a base de henequén” (Hernández A. 2009, p. 129).

En su trayecto diario a La Oliva, el doctor Arístides Hernández realiza varias paradas en Los Estancos, Tetir, La Matilla y Tindaya, y en todos estos pueblos se encuentra con distintos vecinos que lo esperan al borde de la carretera para llevarlo al domicilio de algún familiar enfermo. En Tindaya, además, cuenta con la casa de una vecina, doña Emeren-

ciana, quien le ofrece solícitamente su vivienda para que el médico pueda pasar consulta en ella. Una vez que llega a La Oliva, también pasa consulta en una casa privada, pues no existe establecimiento alguno para tal fin. Se trata de la vivienda de Antonio Fleitas y de Concha Perdomo, adonde acuden los vecinos de esta localidad y también los de otros pueblos del municipio, como Villaverde, La Caldereta, Tindaya o El Roque (Hernández A. 2009, p. 130).

En muchos casos, cuando los enfermos se encuentran en estado grave o no pueden desplazarse, es el facultativo quien se acerca hasta sus viviendas (Hernández A. 2009, página 130). En ocasiones, el doctor Hernández Morán llega también hasta El Cotillo y Corralejo. En este último pueblo pasa consulta en la vivienda de una vecina, María Figueroa, mientras que en El Cotillo "realizaba las visitas de casa en casa, atendiendo a todas las personas que lo necesitaban" (Hernández A. 2009, p. 133).

2.3.4.2. Pájara y Betancuria

Entre 1963 y 1965 se amplía la extensión del itinerario del doctor Hernández Morán, pues la falta de facultativos en la isla hace que durante estos dos años ocupe las plazas de Pájara y de Betancuria por acumulación a la de La Oliva (Hernández A. 2009, p. 93), tal y como indica la ley vigente (Hernández A. 2009, p. 139).

En el trayecto hacia Pájara, el doctor Hernández Morán se encuentra a menudo con vecinos de Casillas de Ángel, La Ampuyenta o Antigua que lo aguardan para pedirle que acuda a la casa de algún familiar enfermo. También hace un alto en Tuineje, donde descansa un poco en la casa del alcalde de la localidad, Eustaquio Gopar, héroe mayorero que formó parte de los legendarios "Últimos de Filipinas". Una vez en Pájara pasa consulta en un cuarto dispuesto por el ayuntamiento y adonde acuden pacientes llegados desde los distintos pueblos de todo el municipio (Hernández A. 2009, p. 133)

Finalizada la consulta en Pájara, Arístides Hernández se dirige a Betancuria; aquí se aloja en la casa del matrimonio formado por el alcalde Juan González Vega y la maestra Nieves Dumpiérrez, quienes ponen a su disposición una habitación para que pase consulta. En septiembre de 1964, el doctor Hernández Morán deja la plaza del municipio de Pájara, pero continúa ejerciendo como médico titular de APD en Betancuria. (Hernández A. 2009, pp. 133-134).

Arístides Hernández Morán calcula que en estos años atendiendo a los enfermos de los distintos pueblos de la isla, recorre más de 300.000 kilómetros. Durante sus primeros años en Fuerteventura, estos trayectos los realiza en una motocicleta que adquiere para poder ejercer la medicina rural, pues este medio de transporte le permite viajar por caminos y veredas "muchas veces intransitables". De esta forma puede llegar a la entrada de todas las casas donde es requerido, algo implantable con un automóvil, debido a la particularidad de la geografía mayorera, caracterizada por la presencia de casas diseminadas a lo largo de su territorio y sin organización espacial (Hernández A. 2009, pp. 134-137).

Además, los escasos taxistas que hay en Fuerteventura cuando Arístides Hernández llega a la isla²², se muestran por lo general reacios a llevar al médico a los pueblos del interior de la isla, pues en esa época no existe ninguna carretera asfaltada²³ y temen causar daños en su único e indispensable medio de trabajo. Pero la motocicleta también tiene sus desventajas:

...el terrible calor que pasaba durante los meses de verano y el frío helado de los inviernos, sobre todo cuando tenía que acudir a visitar a algún enfermo por las noches. [...] Tenía que abrigarme mucho, en invierno solía llevar un capote militar y guantes, pero, a pesar de todo, el aire y el viento se me colaban por todos los sitios. Menos mal que las lluvias eran escasas, aunque también me llevé mis buenos chapuzones. [La moto] La abandoné a raíz de un accidente que sufrí un día cuando regresaba de La Oliva a Puerto del Rosario, a la altura de la vista del pueblo de Tetir. [...] La sustituí por mi primer coche, un Ford de color verde biplaza de 25 caballos y matrícula TF. 5000, con el que hacía los recorridos más cómodamente, pro-

²²En su *Libro de Recuerdos de un Médico Rural*, Arístides Hernández Morán relata que "estaba recién llegado a la isla y entonces no había sino dos taxis, el de Pepe Felipe y el de Antoñito el de la Herradura; más tarde se incorporó el de Antoñito Espinosa, y, por último, algún tiempo después, el de Angelito" (Hernández A. 2009, p. 136).

²³Según recuerda el doctor Hernández Morán, la primera carretera de la isla que dispone de asfalto es la que conecta Puerto del Rosario con el aeropuerto de Los Estancos (Hernández A. 2009, p. 136).

tegado del sol, del frío y de los bardinos, aunque no del eterno rizado de las carreteras de tierra, del polvo de los caminos ni de las pulgas, que siempre se cebaban conmigo y fueron una de mis mayores pesadillas (Hernández A. 2009, pp. 136-137).

Además de recorrer varios días a la semana los pueblos del interior de Fuerteventura, el doctor Hernández Morán atiende también su consulta privada en Puerto del Rosario, así como toda urgencia que se presente en cualquier rincón de la isla. A esto hay que añadir su labor como médico del aeropuerto mayorero, que ejerce desde 1962, a la que se une su trabajo en la Clínica Virgen de la Peña tras la inauguración de la misma en 1968 (Hernández A. 2009, p. 134).

Finalmente, los recorridos rurales por la isla mayorera acaban para Arístides Hernández Morán en 1973, cuando obtiene la plaza de médico titular de Puerto del Rosario. A partir de ese momento atiende a sus pacientes en su consulta privada y en la clínica Virgen de la Peña (Hernández A. 2009, p. 140), pero en su memoria queda el recuerdo de todos esos años en los que realiza "un trabajo realmente agotador pero inevitable. [...] También me sentí compensado, siempre lo he dicho, por la bondad y gratitud de la gente" (Hernández A. 2009, p. 139).

Los recorridos de los médicos titulares por los pueblos del interior de Fuerteventura dan lugar a multitud de anécdotas, la mayoría de las cuales pueden resultar bastante curiosas e incluso divertidas desde la perspectiva actual. Casi todas están relacionadas con el pésimo estado de las comunicaciones y la falta de carreteras en el interior de la isla. Muchas veces, como se ha comentado, es imposible llegar a las casas de los enfermos en coche, y los médicos tienen que ir bien a pie o utilizando animales de carga. Esto es lo que le sucede a Guillermo Sánchez cuando acude a atender a una enferma en Chilegua. Al término del camino, tras el cual no se puede continuar en automóvil, la persona que lo ha llamado está esperándolo con un burro y, montado a lomos del animal, llega Don Guillermo a la casa de la paciente (Sánchez Velázquez, G., entrevista personal, mayo 2008).

Un burro es precisamente lo que cae sobre el vehículo de José María Peña cuando va conduciendo cerca de una montaña en La Ampuyenta, afortunadamente sin consecuencias que lamentar. Otra anécdota que vive este facultativo tiene lugar por la noche en Betancuria. Cuando termina de asistir a un paciente del municipio, agradece el ofrecimiento de la familia de acompañarlo hasta donde está su vehículo, y él, confiando en que conoce el camino, decide marcharse solo. Sin embargo, muy pronto, la oscuridad de la noche hace que se desoriente y camine en dirección al borde de un barranco, lo que podría haber resultado fatal. Afortunadamente, su hijo José María, que lo espera jugando en el interior del coche, accidentalmente, enciende las luces, lo que le permite llegar hasta el vehículo, si bien lo hace con los zapatos totalmente destrozados (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Algo similar le sucede a Arístides Hernández Morán una noche oscura en que lo llaman para atender un parto. Tras llegar y comprobar que madre e hijo se encuentran en perfecto estado, son varias las personas que se ofrecen a acompañarlo de vuelta a su casa, pero él insiste en que no es necesario y se marcha solo, aunque no consigue llegar muy lejos:

Después de varios rodeos encontré una salida en la pared de piedra, pero luego continué avanzando sin saber hacia dónde iba, pues no encontraba una vereda o una pista para poder salir de aquel laberinto. Me cansé de dar vueltas y decidí parar el coche y dormir hasta que se hiciera de día para poder orientarme (Hernández A. 2009, p. 176).

Al despertar la mañana siguiente, la sorpresa del doctor Arístides Hernández es mayúscula:

Al amanecer me despertó un ruido de olas rompiendo contra las rocas. Salí del coche y me encontré con que estaba a escasos metros de un acantilado muy alto. Era una cortada impresionante, por la que podía haber caído si hubiera avanzado dos o tres metros la noche anterior. Para poder salir de aquel lugar coloqué unas piedras en las ruedas delanteras del coche, por miedo a que se pudiera deslizar hacia el acantilado; lo puse en funcionamiento casi temblando de miedo y logré salir marcha atrás por un terreno pedregoso hasta una pista de tierra por la que emprendí camino de vuelta a mi casa (Hernández A. 2009, p. 176).

2.3.4.3. Jandía

Según relata José María Peña Peñate, hijo del doctor Peña, los viajes de éste a Jandía son "una verdadera aventura", pues esta parte de la isla "era otro mundo" (Peña Peñate, entrevista personal, junio de 2008).

La Península de Jandía depende de los señores de Lanzarote desde la culminación de la conquista castellana. En los años treinta, el ingeniero alemán Gustav Winter, quien entre 1924 y 1928 pone en marcha en Gran Canaria la Compañía Insular Canaria Colonial de Electricidad y Riego (CICER) y la Central Alfonso XIII de Guanarteme, visita por primera vez Fuerteventura y decide adquirir esta comarca mayorera. La ley vigente en ese momento prohíbe vender terrenos españoles a extranjeros, por lo que el ingeniero alemán ha de conformarse, inicialmente, con alquilarla en 1937 a sus propietarios, los herederos del Conde de Santa Coloma y de Gerona (Calbarro 2004, p. 168).

Cuatro años después, en abril de 1941, Winter consigue hacerse con la propiedad de la región de manera legal gracias a su empresa Dehesa de Jandía, S.A., cuyo capital figura a nombre de testaferros españoles que lo nombran administrador único de Jandía. Una vez dueño de este territorio mayorero, Gustav Winter pone en marcha varias obras, como la instalación de cincuenta y dos pozos, la repoblación del Pico de la Zarza con más de cien mil pinos canarios, la plantación de tomates y alfalfa en Casas de Jorós, la construcción de un aeródromo cerca del Faro de Jandía y la cría de ganado caprino y ovino en Cofete²⁴. La entrada en la Dehesa de pastores y de ganado ajeno, debido a la fertilidad de Cofete, la apropiación de reses de Winter por parte de algunos de estos pastores y el deseo del ingeniero alemán de criar por separado ovejas caracul hacen que éste decida levantar un muro de dos metros de altura que impida la entrada al lugar de aquellas personas no autorizadas para ello. Dicho muro, según la documentación existente, es erigido a la altura de Matas Blancas en el año 1949 —si bien la viuda de Winter, Isabel Althaus, sostiene que fue en 1962—, y dispone de una puerta de entrada y salida a Jandía que es custodiada por un guarda jurado con escopeta, José Viera Torres, quien “residió en Matas Blancas y se comunicaba con el alemán por radio y con Gran Tarajal por teléfono” (Calbarro 2004, p. 168-170).

El aislamiento de Jandía con respecto al resto de la isla se hace patente en el hecho de que para poder localizar sus habitantes a un médico en caso de urgencia, debían llamar a una emisora de radio de Gran Canaria, desde donde se avisa por radio—telegrafía a la Guardia Civil, que se presenta en el domicilio de uno de los médicos para darle el mensaje de que acuda allí con la mayor celeridad posible. Estas llamadas, que se producen por entonces con habitual frecuencia, la mayor parte de las veces son originadas por dolencias de personas mayores y, especialmente, con motivo de partos (Hernández A. 2009, p. 180).

Para los médicos de Fuerteventura resulta especialmente duro atender una urgencia en Jandía, pues, a la gran distancia que se debe recorrer —es el punto más alejado de la capital de la isla— hay que añadir el pésimo estado del camino hacia este lugar, pues ni siquiera puede considerarse la existencia de una carretera propiamente dicha (Hernández A. 2009, p. 180). Esto genera a los facultativos importantes problemas, tal y como recuerda el doctor Hernández Morán:

Una vez que expliqué al guarda la razón de mi viaje me dejó continuar y seguí avanzando por una pista prácticamente invisible, sobre todo porque era de noche, donde no se percibía rastro de coches. A medida que me iba adentrando por aquellos terrenos arenosos y debido a lo poco que alumbraban los faros de mi coche, tenía que guiarme muchas veces por las estrellas y por un brújula, como si de un barquillo se tratara. Había que tener precaución para no enterrar el coche en la arena, por lo que tenía que llevar siempre dos gatos, unos tacos de madera y unos sacos, para poder salir de apuros en caso de enterrarse el coche (Hernández A. 2009, pp. 180-183).

Antes incluso de que exista un camino terrestre hasta Jandía, José María Peña Yáñez viaja en varias ocasiones desde Gran Tarajal a Morro Jable en barco, pues de ese modo consigue llegar antes a su destino (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008), pues por tierra “...el trayecto era interminable, a veces se quedaba toda la noche durmiendo dentro del coche de su amigo taxista de Gran Tarajal, quien lo llevaba hasta Morro Jable, cuando se les hacía de noche o porque caía una fuerte lluvia y era imposible continuar, pues prácticamente no existía camino” (Sacoto 2009, p. 11). Posteriormente, la creación de una carretera permite llegar más cómodamente en

²⁴La leyenda dice que Gustav Winter fue un espía alemán que compró la Dehesa de Jandía para el gobierno de Hitler, deseoso de disponer de una base naval de apoyo en esta zona del Atlántico para abastecer a los submarinos nazis. Así, Winter se habría instalado en Jandía con previsiones de futuro. La adquisición “con divisas alemanas de tan peculiar enclave, en plena Guerra Mundial, la inusitada importancia estratégica que cobró Canarias durante los años del conflicto y la construcción de una imponente mansión fortificada que domina desde Cofete hasta la Playa de Barlovento, estableció un aura de leyenda que duró décadas, reforzada por las frecuentes visitas de militares españoles que pasaban allí largos fines de semana” (Aena 1997, p. 38).

coche, aunque lo normal es tardar unas tres horas en hacerlo desde Puerto del Rosario, debido a que la vía es de tierra (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008). De esta localidad del sur de la isla, Arístides Hernández Morán recuerda que “Morro Jable era entonces un pequeño caserío con una veintena de casas y cincuenta vecinos aproximadamente” (Hernández A. 2009, p. 180).

Respecto a los primeros años de viajes del doctor Peña a la Península de Jandía, su hijo José María cuenta que iba junto con el cura, del que también carecía la Dehesa. Durante una semana o cuatro o cinco días, ambos se dedican a prestar sus servicios: el sacerdote realiza bautizos, casamientos y otros oficios religiosos, mientras que su padre trata a enfermos y atiende urgencias médicas. En estas visitas, el doctor Peña tiene ocasión de comprobar el atraso socioeconómico en que se encuentra esta región, pues, tal y como relata luego a su hijo, “muchas personas a las que trataba ni siquiera sabían lo que era un médico, pues nunca había ido a Jandía ninguno”. Lo mismo ocurre con el dinero, prácticamente desconocido en el lugar, ya que la adquisición de productos se realiza mediante el sistema de trueque. Además, en ese entonces, el médico no puede atender a una mujer a solas, y ésta siempre tiene que acudir a la consulta acompañada de un familiar (Peña Peñate, entrevista personal, junio 2008).

En Jandía, el doctor Peña Yáñez se aloja en la casa de Gustav Winter, a quien convence de la necesidad de traer a la Dehesa fruta del exterior, pues en esta comarca la población únicamente se alimenta de pescado, gofio y leche de cabra, y son numerosos los casos que encuentra el facultativo de niños desnutridos y con carencia de vitaminas (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Poco a poco, esta situación va cambiando. En el libro *Memorias de Chanita Suárez*, Juan Luis Calbarro (2004) enumera varias de las obras benéficas realizadas por Gustav Winter en esta región de la isla:

...aportó suelo y fondos para el trazado y la construcción de la carretera general (años cuarenta); erigió la iglesia-escuela (1950); gestionó el traslado de un profesor por la Inspección de Enseñanza (1951); puso en marcha un comedor infantil donde su mujer se ocupaba de la alimentación de más de cuarenta hijos de medianeros, así como de su salud (1955); a través del Patronato Benéfico de Construcción Francisco Franco, donó 74.000 metros cuadrados para viviendas a los vecinos más necesitados de Morro Jable [...]; donó otros 85.000 metros cuadrados en distintos solares para los locales del Instituto Social de la Marina, Ayuntamiento de Pájara, ambulatorio, terrero de lucha, parque infantil, centro cultural, casa del médico, central telefónica y central eléctrica (1970-1980) (p. 172).

La propia Chanita Suárez afirma en sus memorias: “Puedo dar fe de la obra humanitaria de don Gustavo Winter en cuanto a la Sanidad, tan deficitaria en aquellos tiempos”. Esta actuación en materia sanitaria de Winter a la que se refiere la practicante incluye la adquisición por parte del ingeniero alemán de un equipo médico y de enfermería completo, con el que en muchas ocasiones se consigue curar los males y afecciones de los habitantes de Jandía (Calbarro 2004, p. 173).

Asimismo, el comedor infantil construido gracias a Winter es puesto a disposición de Chanita Suárez cuando ésta acude a Morro Jable acompañada de un empleado del Ayuntamiento de Pájara y de la maestra para llevar a cabo las campañas regulares de vacunaciones de los niños de la región. Por último, la practicante de Gran Tarajal recuerda las ocasiones en que “Don Gustavo” consigue traer una avioneta a su aeródromo de Punta de Jandía, a pesar de la prohibición de las autoridades “para evacuar a Las Palmas algún enfermo, herido grave o parturienta a la que efectivamente salvó la vida” (Calbarro 2004, pp. 173-174).

2.3.5. EVACUACIÓN DE ENFERMOS

La escasez de medios hace que, hasta la creación de la clínica Virgen de la Peña en 1968, resulte imposible tratar en Fuerteventura casos complicados, especialmente aquellos que precisan ser intervenidos quirúrgicamente, como por ejemplo una apendicitis, un cuadro de abdomen agudo, un embarazo extra-uterino y otros, pues la isla no dispone ni de quirófano ni de cirujano. Esta circunstancia obliga a enviar a los enfermos principalmente a Gran Canaria, “...donde eran atendidos en el cupo de camas que financiaba el Cabildo para el ingreso de enfermos pobres de la isla”. En muchas ocasiones, los pacientes son asistidos en la Casa de Beneficencia del Cabildo mayorero mientras esperan a que se realice el traslado (Hernández A. 2009, pp. 103-104).

Las evacuaciones a Gran Canaria se realizan en barco —el correillo—, y desde 1947, año en que el aeródromo de Tefía empieza a operar vuelos civiles, en los aviones Junquer de la Compañía Iberia, que operan una vez en semana en este espacio (Aena 1997, p. 29).



El Muelle Chico en un día de correillo. Fuente: Índice de ilustraciones (18)

La apertura del aeródromo de Tefía supone también un avance importante para el suministro farmacéutico de la isla. Antes de que empiece a funcionar este espacio aeroportuario, los medicamentos llegan a la farmacia de Manuel González Rosales y de Hortensia Pérez por barco, ocasionando muchos días de espera a la población que, a veces, tienen "fatales consecuencias" en los casos más graves y urgentes. Con el inicio del tráfico aéreo una vez por semana, la mercancía llega con mayor rapidez a la isla. Con ello se logran salvar más vidas y ofrecer una mejor asistencia sanitaria a los majoreros, tal y como reconocen los propietarios de esta primera farmacia: "Para Manuel González y su esposa Hortensia Pérez, quien se encargaba de conducir desde Puerto de Cabras hasta Tefía y esperar a que aterrizara el JU-52 con el ansiado envío, la comunicación aérea significó un avance impagable" (Aena 1997, p. 29).



Junker JU-52 de la aerolínea Iberia. Fuente: Índice de ilustraciones (20)

Unos años después, en 1952, se inaugura el aeropuerto de Los Estancos con la llegada de un DC3 de Iberia²⁵ (Aena 1997, p. 107), y desde allí se sigue llevando a cabo el traslado de los pacientes cuando es preciso evacuarlos. Los trámites para llevar a cabo esta operación son narrados en la *Historia de los Aeropuertos de Fuerteventura*, editada por Aena en 1997:

Primero había que convencer a algún pasajero para que, con su billete ya comprado, se quedase en tierra y cediera su sitio al enfermo. Más tarde los enfermos tendrían preferencia sobre el resto del pasaje por un acuerdo que se llegó con el gobierno, privilegio conseguido al no existir hospital en Fuerteventura.

En estos lances el médico asumía grandes y no siempre justas responsabilidades, puesto que la compañía le obligaba a certificar que el enfermo llegaría con vida a su destino, ya que, si no era así, el avión debía ser retenido hasta que llegara un juez y se certificara el fallecimiento, con los inconvenientes que ese trámite producía a la compañía. Por esa razón en muchas ocasiones el médico se desplazaba con el enfermo para asegurar su asistencia durante el viaje. Pero cuando los doctores no podían viajar junto a su paciente por tener otros casos en la isla, quedaban en angustiosa espera hasta que tenían noticias del evacuado. A veces había que habilitar una camilla, que iba en el centro del pasillo del avión, adaptada para que se mantuviera sin moverse atada con cuerdas o correas a los asientos (pp. 48-49).



Acceso principal del aeropuerto de Fuerteventura, años 60. Fuente: Índice de ilustraciones (20)

Aunque la nueva instalación aeroportuaria supone un avance en las comunicaciones externas, éstas siguen siendo precarias, pues al principio se limitan a un vuelo semanal y a un único barco de pasajeros —el “correillo” de los lunes—, en ese mismo intervalo de tiempo. Por este motivo, cuando falta demasiado tiempo para que salga el siguiente barco o avión, y el paciente requiere una atención urgente, se hace preciso recurrir a los veleros que transportan piedra de cal desde Fuerteventura a otras islas y que tardan en llegar a Gran Canaria unas catorce horas. A pesar de ser ésta una solución, no resulta nada agradable para los enfermos, pues a la elevada cantidad de horas que tienen que pasar en alta mar hay que añadir las incomodidades de encontrarse “...en un barco velero, sin un camarote, con el oleaje intenso que existe casi siempre en esta travesía y con ese movimiento de proa a popa o de babor a estribor, con un cuadro agudo apendicular por ejemplo” (Hernández A. 2009, pp. 104-107).

²⁵Al año siguiente, en 1952, el aeropuerto de Tefía es clausurado y en 1953 es adquirido por el Ministerio de Justicia para crear una Colonia Agrícola Penitenciaria para “vagos y maleantes” que funcionará durante una década. Tras unos años de abandono, el Cabildo Insular compra en 1973 esta parcela para crear una granja agrícola experimental. Actualmente, el terreno que en su día albergó el primer aeropuerto de Fuerteventura acoge una Escuela Taller del Cabildo de Fuerteventura (Aena 1997, pp. 41-42).

En la mayoría de los casos, los traslados a Gran Canaria se pueden realizar a tiempo y los enfermos logran curarse en la isla vecina. Sin embargo, las dificultades de funcionamiento de estos dos medios de transporte en Fuerteventura hacen que, en algunas ocasiones, ninguno de ellos esté disponible cuando se presentan situaciones de emergencia, por lo que los enfermos mueren en la isla sin poder recibir la atención necesaria. Esto supone un gran pesar para los médicos de Fuerteventura, que observan impotentes cómo “se les va un paciente” sin poder hacer nada para evitarlo, al no disponer de los medios adecuados. Uno de esos casos es recordado por el doctor Hernández Morán en su *Libro de Recuerdos de un Médico Rural de 2009*:

Nunca he olvidado el dramatismo de un caso de este tipo que me tocó vivir al poco tiempo de mi establecimiento en la isla. Me vinieron a buscar a casa para que fuera a ver a un señor que vivía en un pueblo del interior y que presentaba muchísimo dolor de estómago, náuseas, vómitos y malestar general. Era un hombre de aproximadamente cincuenta años, tenía el rostro desencajado por el dolor y con voz de súplica me rogaba que le quitara aquel sufrimiento tan intenso. Después de explorarlo detenidamente nos encontramos con que efectivamente presentaba defensa muscular, el vientre estaba en tabla, duro, muy duro y con gran timpanismo, lengua seca, gran respiración costal superior, intensa taquicardia, unas veces hipotenso y otras hipertenso. En su anamnesis nos enteramos de que era fumador, algo bebedor y de que tenía antecedentes de gastritis o úlcera de estómago. Por los síntomas pensamos que se trataba de un cuadro de abdomen agudo con una posible perforación de estómago.

Decidimos trasladarlo a Puerto del Rosario, a la casa de beneficencia del Cabildo, que más tarde fue la vivienda del juez y del secretario del Cabildo. En aquellas dependencias sin apenas luz alojamos y atendimos al señor, mientras preparábamos su evacuación a Gran Canaria. No salía ningún barco hasta el día siguiente y tratamos de aliviar su sufrimiento hasta el momento de trasladarlo con reposo absoluto, abrigándolo, aplicándole una bolsa de hielo en el vientre, suero glucosalino hipertónico intravenoso, acompañado de antibióticos y dolantina.

Pero, pese a todo, el enfermo se agravaba por momentos, el dolor era cada vez más intenso, casi estaba seguro de que se trataba de una perforación, lo manteníamos con tónicos cardiacos, pero entró en shock y a las seis horas falleció. Nunca he olvidado aquel mal trago. Aquel enfermo se nos fue de las manos por falta de medios, pues estoy convencido de que si hubiera habido un hospital y un cirujano se hubiera salvado. [...] Casos dramáticos como éste se dieron en más de una ocasión y un médico que llegaba de un buen hospital, recién acabada la carrera, y se encontraba con este panorama, experimentaba una infinita tristeza. Por ello luchamos para que la isla contara con un hospital con los medios imprescindibles, con una Cruz Roja que nos suministrara el plasma sanguíneo que hiciera falta. [...] ¿Quiénes eran los culpables? ¿el sistema? ¿las autoridades, que conociendo los problemas, la falta de medios, la falta de comunicaciones, permanecían estáticas, sin hacer nada para solucionar el problema, ni pensar, aunque sea egoístamente, que aquello podía ocurrirle a un miembro de su familia? Nunca llegué a entenderlo... (pp. 103-104).

2.3.6. ENFERMEDADES MÁS COMUNES

Alguien que recuerda especialmente bien las enfermedades que afectaban a los niños en los años cincuenta y sesenta en Fuerteventura es Antonio Ortega Rodríguez, médico majorero, natural de Antigua y actual jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital General de Fuerteventura, donde se dedica a la Medicina Física desde el nacimiento de este centro. Este facultativo cuenta que, aunque en el colegio es vacunado dos veces, la primera contra la viruela y en la segunda ocasión contra el tétanos,

La preocupación de nuestras madres era sobre todo la anemia y el raquitismo. Para evitar estas afecciones –consideradas dos procesos similares–, la mejor prevención era acudir a un vecino o vecina que tuviese una camella recién parida y durante unos diez días tomar leche de camella antes de ir a la escuela.

El dueño de la camella quedaba con nuestras madres el día que comenzábamos a tomarla, se formaban grupos de cinco o seis niños y, tras establecer el día, quienes estábamos en el mismo grupo debíamos acudir a la misma hora y con una tacita. En mi caso, fue una señora llamada Vicentita, que era viuda, la que nos suministra durante una semana la leche de su camella. Esto lo hacía de la siguiente manera: sobre las

ocho de la mañana los cinco chiquillos estábamos con nuestra taza esperando a que Vicentita nos llamara. Cuando lo hacía, acudíamos “en fila india” y cada uno ponía la taza sobre su cabeza y esperábamos la orden para ponernos debajo de la ubre de nuestra camella. Entonces Vicentita, subida sobre una caja de madera, rascaba la “verija” de la camella para tranquilizarla y que no nos diera una coz y a continuación decía: “Que pase el primero, luego el segundo y así sucesivamente hasta el último”.

Luego nos retirábamos desde la gañanía, donde se hacía el ordeño, hasta el camino, y allí nos tomábamos la leche, lavábamos nuestra taza y la dejábamos sobre una pared de piedra, hasta la mañana siguiente que hacíamos lo mismo. Cuando terminaba este grupo comenzaba otro, y así hasta que la camella quedaba seca. La leche de la camella es salobre y acuosa, pues la alimentación del camello es el cosco y la barrilla, hierbas ricas en sal y agua que abundan en las llanuras de Fuerteventura (Ortega Rodríguez A., notas).

Más difícil de prevenir en esta época son las enfermedades respiratorias. Una afección de esta naturaleza casi le cuesta la vida al propio Antonio Ortega cuando, con tan solo siete años de edad, sufre “un intenso cuadro catarral, fiebre alta e importante mal estado general”. Los vecinos comentan que tiene «pasma», es decir, que no puede respirar, y le dan a beber “hierba clin”. El niño encuentra la infusión dulce, lo que señala un síntoma inequívoco de pulmonía, pues “el sabor del agua de “hierba clin” es tan amargo que encontrarlo dulce hace sospechar que se está más en el otro lado que en éste” (Ortega Rodríguez A., notas).

Afortunadamente, es jueves, el día de la semana en que el doctor José María Peña viaja desde Puerto del Rosario hasta Morro Jable para atender a los enfermos del municipio de Pájara y, necesariamente, pasa por Antigua en su recorrido. Por ello, el padre del niño enfermo espera al médico a la orilla de la carretera y, cuando lo avista, le pide que se acerque a visitar a su hijo. Nada más verlo, el doctor Peña le diagnostica neumonía, y de inmediato acude al domicilio el practicante de Antigua, Octavio Chinesta Viñas, quien le administra terramicina. Este medicamento, aunque deja al niño con los dientes amarillos para siempre, logra salvarle la vida (Ortega Rodríguez A., notas).

Otros menores enfermos, desgraciadamente, no corren la misma suerte. Antonio Ortega señala el hecho de que hasta hace bien poco, los cementerios de la isla están divididos por un pasillo central en dos partes, y una de ellas, la parte sur, está reservada únicamente a niños, lo que da una idea de la elevadísima tasa de mortalidad infantil que se produce en Fuerteventura durante esos años. Especialmente temidas son las siguientes enfermedades: el tabardillo pintado (tifus exantemático), el “tics galopante” (tuberculosis evolucionada) el “mal de miserere” (peritonitis), el garrotejo (tétanos) y la pústula maligna (carbunco). El miedo a que contraigan estas dolencias hace que los padres y las madres repitan a sus hijos continuamente frases como: “No pasen por aquella casa”, “No coman de aquella fruta” o “No se acerquen a aquel ganado” (Ortega Rodríguez A., notas).

Antonio Ortega recuerda también aquellos males que son padecidos conjuntamente por todos los hermanos: la parotiditis, la tos ferina y el sarampión, para cuyo remedio a los niños se les administra sopa de pichón caliente como “alimento estimulante para combatir estas enfermedades” (Ortega Rodríguez A., notas).

En relación a las enfermedades más comunes y frecuentes en la Fuerteventura de la época, Arístides Hernández Morán, en su *Libro de Recuerdos de un Médico Rural (2009)*, a partir de su propia experiencia médica, describe las siguientes:

– **La bronquitis**, así como el asma y las bronquitis asmáticas, casi siempre complicadas con catarros infecciosos de los bronquios. Las padecían sobre todo los niños y solían coincidir con la aparición de polvo en suspensión cuando llegaba el siroco.

Casi siempre se presentaban los ataques por las noches y era frecuente que las familias acudieran a la consulta con los niños “asfixiándose” a altas horas de la madrugada.

Cuando se presentaba el siroco, polvo en suspensión procedente de África cuando el viento soplaba del sur, o se producía un cambio brusco meteorológico sabía que estaría al menos una semana levantándose de la cama durante la noche a cada momento para atender los numerosos casos que se presentaban.

– **La neumonía**, que solían padecer tanto los niños como los adultos con mucha frecuencia, hasta el punto de constituir, junto con los trastornos gastrointestinales la principal causa de mortalidad.

Esta enfermedad se caracterizaba por una inflamación del tejido pulmonar de carácter bacteriano que tratábamos con sulfamidas y penicilina con buenos resultados. Era una enfermedad que diagnosticaban casi siempre con éxito los propios pacientes o sus familiares. Cuando me llamaban para que visitara al

enfermo me adelantaban que tenía pulmonía, y a mi pregunta de por qué sabían que se trataba de tal enfermedad me respondían que le habían dado *yerba clín* y no la había encontrado amarga, y además tenía dolor en el costado.

A veces se equivocaban y en realidad el enfermo padecía un pleuritis, casi siempre tuberculosa, que cursaba con los mismos síntomas que la neumonía como eran la tos, fiebre, dolor costal, dificultad para respirar, etc. Entonces había que realizar una punción para observar si había líquido serofibrinoso y aplicar el tratamiento correspondiente. Era una enfermedad tan frecuente que algunos días tenía que realizar punciones a numerosos pacientes.

– **La tosferina**, que tenía carácter epidémico y era verdaderamente llamativa. Un brote de esta enfermedad era realmente terrible. La consulta se llenaba de niños que no paraban de toser y mientras los atendía eran frecuente que las madres angustiadas me tocaran en la puerta para decir que uno o varios niños de los que aún estaban en la sala de espera se estaban poniendo “morados”, por lo que me veía obligado a dejar momentáneamente al que estaba explorando para atender con urgencia a los que se estaban asfixiando.

Sabíamos que era una enfermedad infecciosa, específica, epidémica y fácilmente transmisible a través de las gotitas de plugger, con un periodo de incubación de una o dos semanas, que se caracterizaba por unos ataques de tos peculiares, parocísticas, espasmódicas que solían durar entre dos y cuatro meses.

El bacilo causante de la patología había sido descubierto por Bordet y Gengoumuy y era semejante al de la gripe. En ocasiones se complicaba con afecciones de tipo respiratorio como bronquitis, bronquiolitis, neumonía, neumotórax espontáneos en los niños raquíticos o mal alimentados y alguna vez con encefalopatías.

– **La parotiditis epidémica (paperas)**, que se solía iniciar en el cuartel militar, coincidiendo con la llegada de nuevos reclutas. Había que rehabilitar en el cuartel una nave para aislamiento y tratamiento. En pocos días se extendía por toda la isla. Era una enfermedad muy contagiosa que cursaba con fiebre, dolor de cabeza, de oídos e inflamación de la glándula parótida.

– **La varicela**, enfermedad característica de la infancia aunque en alguna ocasión afectaba a adultos. Era una enfermedad endémica con inmunidad casi completa, con un periodo de incubación de aproximadamente catorce días y se manifestaba como un exantema con pequeñas manchitas, algunas prominentes con pápula y vesícula, que se iniciaba en cara y cuero cabelludo para luego extenderse por el resto del cuerpo. No revestía mayor complicación.

– **El sarampión**, enfermedad infecciosa aguda, febril, provocada por virus, que se presentaba como brote epidémico y nos obligaba a ir de casa en casa atendiendo a los numerosos enfermos. Cursaba con fiebre, dolor de cabeza, exantema cutáneo de manchas grandes, conjuntivas tumefactas y rojas, fotofobia, tos irritativa y manchas de koplic. Sus complicaciones más frecuentes eran las bronquitis y bronconeumonías.

– **La difteria**, enfermedad aguda infectocontagiosa caracterizada por la aparición de pseudomembranas fibrinosas en el lugar de la infección y fenómenos tóxicos en diversos órganos. Se localizaban en la mucosa faríngea, aunque también podían afectar a la nariz, laringe y tráquea. El enfermo padecía afonía, disnea de tipo inspiratorio, dificultad respiratoria y tos perruna. Los niños que la padecían solían caer en un estado de total apatía y somnolencia, comatoso, hasta que les sobrevinía la muerte.

Recién llegado a la isla se presentó un brote de esta enfermedad con varios casos en las familias de los militares. Recuerdo especialmente los casos de dos niñas pequeñas por la situación de dramatismo que se creó como consecuencia de la falta de medicamentos y de medios en la isla. Una de ellas presentaba dificultad respiratoria intensa y membranas en forma de cortina que le cubrían las amígdalas, úvula y velo del paladar. La familia pensaba que se trataba de unas simples anginas hasta que les informé de la gravedad de la situación, de la necesidad de ponerle suero diftérico.

La preocupación se transformó en angustia cuando nos informaron de que en la única farmacia que existía sólo quedaban dos ampollas. Se llamó a Las Palmas para solicitar más sueros y pasé la noche con la niña quitándole aquellas membranas con una especie de sacabocados. Al día siguiente llegaron los sueros en una estafeta militar y la niña se pudo curar.

El otro caso grave que recuerdo fue el de una niña de cinco años a la que se le aplicó suero antidiftérico, pero pese a ello continuaba muy cianótica, a punto de asfixiarse. Ante el temor de que no llegara al día siguiente decidí realizar una traqueotomía, aunque nunca la había practicado y sólo la había visto hacer

una vez. No tenía oxígeno, sólo le podía poner anestesia local y sólo contaba con el precario quirófano de campaña del cuartel. Explicué la situación a los padres y éstos, ante la gravedad de la niña y sabiendo que recientemente había fallecido otra menor de la misma enfermedad, decidieron que la interviniera. Estudié minuciosamente cada paso a dar; practiqué una incisión transversal, introduje en el orificio una pequeña cánula de las que tenía el botiquín militar y ligué los vasos que sangraban. Casi de inmediato la niña cambió de color y me ofreció una sonrisa que nunca he olvidado.

Al día siguiente la embarcamos para Las Palmas en un barco de los que transportaban piedra de cal, para que la trataran en un centro sanitario con los medios necesarios.

–*La tuberculosis*, que estaba muy extendida a mi llegada a la isla. Se conocía popularmente como “enfermedad del pulmón” y la padecía al menos la tercera parte de la población. De hecho era una enfermedad muy temida y acabó con muchas familias enteras.

Nos preocupaba enormemente esta enfermedad ya que ocasionaba verdaderos estragos, tanto en la población adulta como en la infantil y era muy temida. Recién llegado a la isla me sorprendió la gran cantidad de enfermos que padecían esta enfermedad. Fuerteventura entonces contaba con una población aproximada de unos 16 mil habitantes; los núcleos más importantes eran Puerto del Rosario, Antigua, Tuineje (Gran Tarajal), La Oliva (Corralejo y Cotillo), Pájara (Morro Jable) y Betancuria, y podría decir, sin temor a equivocarme, que más de la tercera parte de la población padecía este proceso.

En los niños nos encontrábamos con una incidencia muy alta, sobre todo, por contagio de sus padres, abuelos etc. Era muy frecuente ver en una misma familia a dos o tres hermanos afectados, como también era frecuente que el padre tuviera continuos esputos hemópticos o incluso algún que otro vómito de sangre. Los niños se contagiaban, como es lógico, con muchísima frecuencia.

Cuando veía a un niño cuyos padres manifestaban que tenía cefaleas intensas, fiebre, vómitos y rigidez del cuello o nuca, sobre todo apreciable cuando trataba de flexionar el cuello, y al mismo tiempo presentaban exaltación de los reflejos, el signo de Kernig positivo, me hacía pensar conociendo los antecedentes, en una meningitis tuberculosa, siempre procedente de un tuberculosis miliar.

Aunque la enfermedad cursaba al principio de forma insidiosa, presentaban los enfermos inapetencia, laxitud, tos por momentos de exaltada irritabilidad, aunque, en general, este cuadro no lo veía casi nunca, cuando llegaban a la consulta el niño tenía vómitos y cefalea intensa. Nos encontrábamos también con hiperestesia cutánea, el más ligero contacto provocaba dolor. Hacía una punción lumbar y extraía líquido raquídeo, que al observarlo a transparencia presentaba la clásica tela de araña, que confirmaba el diagnóstico.

En esa época no existían aparatos de RX, ni se podían hacer radiografías. Lo más que podía hacer para lograr un diagnóstico aproximado era la punción. En el pequeño laboratorio que tenía en la consulta lo más que podía hacer era una velocidad de sedimentación, que siempre era muy alta. En los casos de los niños que llegaban ya con una meningitis muy avanzada poco podía hacer. En esa época lo único que podía hacer a un pequeño de seis meses era inyectarle estreptomina, a sabiendas de que le iba a provocar trastornos de la audición. También podía hacerle un mantux. Luego aparecía la alteración del pulso, en los ojos se observaba una anisocoria (estrabismo); la duración de la enfermedad no sobrepasaba las dos semanas. La curación era rarísima; el pronóstico en aquella época era mortal.

Otra de las complicaciones de la tuberculosis eran los derrames pleurales. Tanto en adultos como en niños se solían presentar con relativa frecuencia estos procesos; era raro el día que no tenía que hacer una punción y sacar hasta 200 o 300 cc. de líquido pleural. Por supuesto no existían manómetros y, por tanto, según iba sacando líquido iba auscultando para no hacer una descompresión o provocar un neumotórax.

Otro proceso que se daba en niños mayorcitos y adultos era la llamada tuberculosis peritoneal, acompañada de gran hidropeca o ascitis. Tenía que hacer en muchos pacientes una punción con trocar y extraer, en ocasiones, más de un litro o litro y medio de líquido. Estos enfermos mejoraban mucho después de que aparecieron los nuevos fármacos específicos para tuberculosis: la estreptomina, la hidrazida, el TB1 y PAS.

En personas mayores y sobre todo en mujeres detectábamos algunos casos de tuberculosis cutánea, sobre todo en la cara, que afeaba muchísimo. En esta última la curación era espectacular porque siempre quedaban algunas cicatrices, que con el paso del tiempo prácticamente no se notaban y con la cosmética se disimulaban muy bien.

La tuberculosis en Fuerteventura y en toda España se había presentando después de la Guerra Civil y la Segunda Guerra Mundial. La alimentación era escasa y muchos soldados la habían contraído, transmitiéndola luego a las familias y vecinos.

Recién llegado a la isla atendí a muchos niños que según decían los padres comían bien pero que sufrían aumento del volumen del abdomen, inapetencia, palidez, fiebre, dolores, algún vómito y deposiciones irregulares. En la anamnesis me enteraba de que bien el padre, la madre o algún familiar estaba enfermo del pulmón (la temida tuberculosis, que causaba verdaderos estragos tanto en la población adulta como en la infantil). El vientre de aquellos niños era abombado, el ombligo borrado, que recordaba el abdomen de una embarazada, elevación del diafragma con dificultad respiratoria y a la palpación notaba que había líquido. Todo ello me hacía pensar en una ascitis. A veces la elevación del diafragma era tan grande que no tenía más remedio que hacer una punción para eliminar líquido. Solían mejorar mucho con reposo y con la administración de la estreptomycinina e hidrazida, únicos remedios con que contábamos en aquella época, con los que los enfermos mejoraban espectacularmente.

Realizamos un estudio estadístico sobre la incidencia de esta enfermedad en Puerto del Rosario, obteniendo los siguientes datos: en 1900 habían fallecido 9 enfermos, en 1903 la misma cantidad, en 1920 la cifra era de cuatro, en 1924 de cinco, en 1940 de dieciséis y a partir de 1954, después de una campaña de quimioprofilaxis, el índice de fallecidos por esta enfermedad bajó a cero.

Realmente fue una enfermedad que produjo verdaderos estragos en la isla hasta el año 1952 en que aparecieron los medicamentos eficaces para su curación. Había entonces que someterse a las famosas toracoplastias; hoy en día veo a muchos enfermos en la isla a los que les operaban, les quitaban unas costillas para colapsar el pulmón enfermo. Muchos curaban; otros morían en el intento; otros se pasaban largas temporadas en una sierra o sanatorio para antituberculosos, esperando más la muerte que la curación.

Esta enfermedad se fue erradicando muy lentamente, gracias a los medicamentos modernos y la quimioprofilaxis. No obstante, la tuberculosis continúa siendo una de las constantes preocupaciones de la Sanidad en España actualmente. Esta enfermedad había desaparecido casi totalmente en el país, pero se ha producido un nuevo resurgimiento, coincidiendo con la aparición del Sida. Todos sabemos que la tuberculosis se cura perfectamente y, aunque es una enfermedad infecto-contagiosa, sabemos también que hoy afortunadamente con las nuevas terapias el enfermo deja de ser contagioso normalmente dos semanas después de haber iniciado un tratamiento medicamentoso eficaz.

– *La meningitis meningocócica*, también bastante frecuente en la época, probablemente debido a las deficientes condiciones higiénicas de las viviendas. Se daba sobre todo en niños a partir de tres o cuatro años.

En una ocasión se presentó en la consulta del hospital de Fuerteventura una niña, que según su madre tenía diarreas y fiebre. Aproveché que estaba con alumnos del rotatorio de medicina y les dije que la exploraran y determinaran qué veían en la niña. Después de examinarla no veían nada. Les indiqué que la niña tenía un herpes labial que no era precisamente vírico, además de unas Petequias que ellos no valoraron, porque pensaron que eran picadas de pulgas, rigidez en el cuello y su cuerpo tenía forma de gatillo. Se le practicó una punción y el líquido era turbio. Se le diagnosticó una meningitis meningocócica. [...]

– *La poliomiелitis* también se daba con relativa frecuencia en los años que comencé a ejercer la medicina en la isla. Se me presentaron varios casos en distintos pueblos de la isla, constituyendo una verdadera epidemia que dejó paralíticos a varios niños. Raramente se podía hacer un diagnóstico definitivo de una poliomiелitis anterior aguda sino cuando ya se ha presentado la parálisis. No siempre era mortal; de hecho traté a varios enfermos que sobrevivieron.

Recuerdo aún uno de los primeros casos que tuve que tratar recién llegado a la isla. Era una niña que se me presentó con fiebre alta y con profundas alteraciones del estado general. Hacía unos días había tenido una amigdalitis acompañada de bronquitis con trastornos digestivos, vómitos y diarreas. La fiebre descendía y a los pocos días volvía a subir. Lo más característico era la extrema sensibilidad de la piel, que le dolía al menor contacto, con dolor a los movimientos pasivos y en las rodillas.

Aquella niña fue fácil de diagnosticar puesto que tenía la parálisis prácticamente presentada. Casi siempre esta enfermedad cursaba de la misma forma, pero muchas veces estos problemas no se presentaban y un buen día, después de acostarse bien, amanecían paralíticos.

– *El raquitismo*, también conocido como enfermedad inglesa, era bastante frecuente y afectaba al desarrollo óseo de los niños produciendo un retraso considerable. Afectaba a las dimensiones y proporciones del cuerpo y se apreciaba principalmente en los huesos planos del cráneo, que presentaban una amplitud anormal y un retraso en la oclusión de las suturas de las fontanelas, que permanecían abiertas muchas veces hasta los tres años. También se presentaban trastornos en la dentición. Estos raquitismos tenían graves consecuencias como deformaciones de las extremidades. Poco a poco se fueron paliando con la mejora en la dieta y la introducción de complejos vitamínicos.

– *La hepatitis vírica*, de la que solían aparecer brotes, casi siempre relacionados con el consumo de agua o alimentos contaminados. Cursaba con fiebre intensa, dolores abdominales, náuseas, ictericia, aunque a veces lo hacía de forma asintomática. Era una enfermedad relativamente frecuente que duraba unas dos semanas y remitía sin dejar secuelas de ningún tipo. El diagnóstico se realizaba por su clínica, puesto que en aquellos años no teníamos posibilidades de pruebas analíticas.

En muchas ocasiones el brote se producía cuando se incorporaban nuevos reemplazos de reclutas; la enfermedad solía afectar a toda una compañía de soldados, pues se transmitía por contagio a través de las gotitas de flugger. El pronóstico no era malo, a pesar de presentarse muchos casos con el hígado bastante inflamado, se palpaba el bazo, las conjuntivas amarillas y la orina muy oscura.

– *El ántrax cutáneo o carbunco*, que se presentaba con frecuencia en los ganaderos y hoy afortunadamente se ha erradicado en la isla. Era una enfermedad cuyo periodo de incubación podía durar horas o algunos días. Se iniciaba con prurito y escozor con una pápula roja, con el centro negro, en el que se desarrollaba una vesícula con un líquido seroso que podía hacerse sanguinolento y que una vez seca se transformaba en una escara gangrenosa oscura, que va invadiendo sus proximidades mediante la erupción de una corona de nuevas vesículas y un intenso edema; en la cara y cuello produce una tumefacción, con pronunciamiento de los párpados y muchas veces de la boca. En general tenía carácter benigno, a no ser que el proceso progresara como ocurrió en el caso que voy a relatar, donde la hinchazón se extendió, los vasos linfáticos se edematizaron como cordones duros y rojos infartados, y todo ello, por supuesto, acompañado de fiebre, náuseas, pérdida de fuerza y debilidad cardíaca.

Recuerdo el caso de un ganadero de mediana edad, residente en un municipio de la isla, al que traté de un carbunco que contrajo a la altura del cuello. La pústula maligna se había edematizado de tal forma que al pobre hombre le impedía prácticamente respirar; se había puesto muy cianótico, con un gran exoftalmo, los ojos se prolapsaban, murmuraba palabras que no entendía, me miraba pidiendo ayuda.

Pensé que lo ideal sería hacerle una traqueotomía, pero sabía que estaba contraindicada todo tipo de intervención operatoria, independientemente de ponerle antibióticos de amplio espectro y, por supuesto, el suero anticarbuncoso. Conseguimos una botella de oxígeno de un taller mecánico cercano, le inclinamos la cabeza hacia atrás y tratamos de que aprovechara el oxígeno al máximo. La verdad es que a los pocos días el hombre ya se encontraba mejor.

– *Las diarreas agudas o enterocolitis* eran bastante frecuentes y un motivo de preocupación sobre todo cuando se presentaban en los lactantes, pues en los niños mayores se les daba menos importancia puesto que se defendían mejor, a no ser que tomaran forma grave o que las sufrieran varios días seguidos. Casi siempre eran de origen infeccioso o debidas a trastornos de carácter alimenticio. Había que examinar las deposiciones para comprobar si en ellas había moco o sangre que nos indicara que podía tratarse de una infección intestinal, aunque principalmente eran debidas a errores dietéticos, o a la ingesta de alimentos en malas condiciones.

Casi siempre los niños que traían a la consulta con esta patología estaban muy debilitados y muy deshidratados, debido a que habían sufrido procesos diarreicos repetidos durante la lactancia. Desde que entraban en la consulta les miraba la carita y casi podía hacer el diagnóstico, eran niños muy deshidratados, de color y aspecto caquético, con vómitos con deposiciones pastosas o líquidas, muchas veces con restos alimenticios sin digerir y expulsados a chorros, febrícula o fiebre alta, apatía profunda, alteraciones sensoriales y muchas veces estados semicomatosos.

La verdad es que muchas veces las familias no se daban cuenta del estado de gravedad de los pequeños, pero a mí me preocupaba mucho y no los dejaba marchar de la consulta hasta administrarles suficientes sueros e hidratarlos.

Cuando los niños eran mayorcitos comúnmente se encontraban afectados por procesos infecciosos debidos a ingesta de alimentos contaminados o aguas sin hervir (la clásica enterocolitis disintérica), para la que en aquella época se daba como tratamiento el cloranfenicol, aunque más tarde supimos que este medicamento administrado a dosis altas podía producir anemias aplásticas.

- **La ictericia** catarral de tipo infecciosa, que se presentaba como brotes epidémicos con varios casos en un mismo pago o pueblo. En general era de origen vírico y se producía sobre todo en aquellos lugares donde se agrupan los niños como las escuelas, dándose situaciones en que estaba afectada casi toda la población infantil.
- **La corea minor** (también denominada mal de San Vito), que generalmente era de carácter tóxico infeccioso y afectaba el sistema nervioso central. Se solía presentar en la edad infantil. Sus síntomas eran contracciones involuntarias de algunos músculos con trastornos de la coordinación. Era fácil reconocer el cuadro clínico cuando se observaba detenidamente al paciente y casi nunca se presentaban antes del cuarto año de vida.
- **Otras afecciones** que recuerdo como muy frecuentes entre los años cincuenta y setenta del pasado siglo XX eran, sobre todo en los niños, bronquitis, espasmos bronquiales de tipo asmático, infecciones umbilicales, hipertemia transitoria, ictericia del recién nacido, melenas sanguinolentas, reacciones cutáneas, acné del recién nacido, reacciones alérgicas, dermatitis atópicas, alteraciones de las mucosas de la nariz y boca, infecciones de orina, enuresis nocturnas y diurnas, nefritis, fimosiis, balanitis, postitis, blanapóstitis y parafimosis, hidroceles, convulsiones debidas a la fiebre alta, escarlatina, amigdalitis, el hongo de mughet, llamado popularmente en la isla "hollín", frecuente en niños prematuros, estomatitis catarral, las diarreas agudas derivadas de infecciones intestinales, estomatitis aftosa, trastornos en la dentición en los niños mayorcitos, empachos gástricos por ingesta excesiva de alimentos o golosinas, vómitos habituales como consecuencia de la ingesta de aire al mamar la leche materna, invaginación intestinal debido al peristaltismo exagerado, muchas veces de origen nervioso, etc. [...] También se daban con cierta frecuencia las enfermedades de transmisión sexual.

(Hernández A. 2009, pp. 113-124)

2.3.7. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y VACUNACIONES

La anterior relación de patologías elaborada por el doctor Hernández Morán (2009) pone de manifiesto la alta incidencia de enfermedades infecciosas en la isla en esta época como consecuencia de las inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias en que vive la población. También se observan por los diversos pueblos de Fuerteventura numerosas afecciones pulmonares y víricas tanto en niños como en adultos. Especialmente frecuentes son las fiebres tíficas y paratíficas, cuyos síntomas incluyen "fiebre alta y continua o de aparición brusca, con esplenomegalia, bazo grande, manchas rosadas como petequias que aparecían en abdomen y tronco, diarreas, deposiciones blandas de color verdoso, gorgoteo en fosa iliaca, etc." (p. 124).

Los abundantes casos de estas fiebres llevan al doctor Hernández Morán a enviar varias muestras de sangre, de heces y de orina de pacientes afectados al doctor Casamayor, experto en bacteriología de la Dirección General de Sanidad de Las Palmas. Tras los pertinentes análisis, llegan a Fuerteventura los resultados: las muestras contienen las salmonellas paratíficas tipo AS, A y B y numerosas shigelas, que se transmiten, tanto directa como indirectamente, a través del agua y de la leche y sus derivados, especialmente el queso (Hernández A. 2009, pp. 124-125).

En 1954, nada más establecerse definitivamente en Fuerteventura como médico, Arístides Hernández Morán elabora un mapa sanitario de la isla en el que se establecen los focos infecciosos de esa época, que son la T.B.C. y las fiebres tíficas y paratíficas, y ese mismo año se ponen en marcha varios planes de actuación destinados a mejorar la situación sanitaria de la isla (Hernández A. 2009, p. 126).

Uno de ellos consiste en promover diversas campañas informativas sobre medidas preventivas para evitar enfermedades infectocontagiosas:

Se hablaba a la población de la necesidad de clorar las aguas, sobre todo las de las aljibes, que se llenaban con el agua de la lluvia que previamente pasaba por un "coladera", donde se quedaba parte de la tierra

y pasaban al aljibe más limpias. Era costumbre poner un saco de cal viva para aclarar el agua; se pensaba que de ese modo era apta para el consumo, pero desde luego con la cal no se mataban los gérmenes.

Asimismo se explicaba la importancia que para la salud y para evitar enfermedades tenían hábitos como lavar y guisar bien los alimentos, la limpieza de las viviendas e inmediaciones, la separación entre dependencias destinadas a la familia y a los animales domésticos, el aseo personal, la correcta limpieza del ajuar doméstico, etc.

También se dieron ininidad de charlas a los elaboradores de queso, en las que se les enseñaba a adoptar medidas higiénico-sanitarias para elaborar el producto, pues eran frecuentes las intoxicaciones con queso y con leche (Hernández A. 2009, p. 125).

Otras acciones de enorme importancia son la campaña de quimioprofilaxis que se realiza por todo el territorio insular administrando más de mil kilos de pastillas de hidrazida para luchar contra la TBC, que causa "verdaderos estragos en la población infantil", y las campañas de vacunación masiva en toda la isla, que se llevan a cabo a lo largo de diecisiete años (Hernández A. 2009, p. 545).

Para realizar estas vacunaciones, los facultativos acuden previamente a las escuelas y a los salones parroquiales, donde informan a los padres sobre el motivo de esta medida y también les comunican el día y la hora en que deben presentarse. En la fecha indicada, los médicos acuden con una nevera portátil y con las listas de niños que les son facilitadas por los maestros (Hernández A. 2009, p. 125).

Con posterioridad a esta campaña de vacunación masiva, tanto el Centro de Higiene como la Cruz Roja ponen en marcha un gran número de planes de actuación encaminados a conseguir el avance sociosanitario de la isla (Hernández A. 2009, p. 126).



Instalaciones de la Cruz Roja en Puerto del Rosario, inauguradas en 1966. Fuente: Índice de ilustraciones (21)

El responsable de estos proyectos es el médico Arístides Hernández Morán, quien desde 1960, como ya se ha dicho, ostenta el cargo de jefe insular de Sanidad y también se encuentra al frente de dos organismos: desde 1963 y durante treinta y dos años ejerce como presidente delegado de la Cruz Roja en Fuerteventura, y una década más tarde, en 1973, es nombrado director del Centro de Higiene de la isla (Hernández A. 2009, p. 546). En esta tarea que emprende para combatir y prevenir las diversas enfermedades infectocontagiosas que afectan a la isla, el doctor Hernández Morán no está solo, pues cuenta con "la inestimable colaboración del A.T.S. y gran practicante D. José González Melián, trabajador responsable e infatigable. Nos repartimos el trabajo, de modo que él se ocupaba de la capital y yo del resto de la isla" (Hernández A. 2009, p. 125).

Entre los años 1964 y 1991 se llevan a cabo diversas campañas de vacunaciones masivas tanto para la población infantil como para la adulta, cuyo objetivo es erradicar enfermedades tales como el sarampión, la tuberculina, la parotiditis, la varicela, el cólera, la viruela, las fiebres tíficas, la difteria o la poliomielitis. En el caso de los niños, las vacunaciones se suelen realizar en los colegios y siempre con el permiso de los padres, mientras que los adultos acuden al Centro de Higiene. De los primeros años, el doctor Hernández Morán recuerda que “nos pasábamos buena parte del tiempo hirviendo las pocas jeringuillas y agujas con que contábamos, puesto que aún no habían llegado las desechables. Cuando ya pudimos disponer de éstas el trabajo era más rápido, seguro y cómodo” (Hernández A. 2009, p. 126).

El Centro de Higiene también organiza a partir de 1969 cursos de manipuladores de alimentos, de pediatría, de puericultura y, también, dedicados al servicio público. De igual forma, se llevan a cabo diversas campañas informativas sobre hábitos de higiene, sobre primeros auxilios, sobre salud e higiene escolar y otros (Hernández A. 2009, pp. 126-127).

Las nuevas iniciativas emprendidas en materia sanitaria dan sus resultados.

Poco a poco las medidas adoptadas fueron calando en la población. Las mejoras en la higiene, en la alimentación, en el cuidado, en el tratamiento de las aguas y las campañas de vacunación y de información a la población fueron mejorando la salud de la isla, y, como consecuencia, fueron remitiendo y erradicándose las frecuentes enfermedades de tipo infeccioso con que nos encontramos en los primeros años de ejercicio de la medicina (Hernández A. 2009, p. 127).

2.3.8. MEDICINA POPULAR

De no haber ningún médico o sólo uno en épocas anteriores se pasa en este momento a contar de manera permanente con cuatro facultativos. No obstante, este número sigue resultando insuficiente para poder atender adecuadamente a toda la población, y por eso ésta sigue recurriendo a la medicina tradicional que con tanto arraigo se ha practicado en Fuerteventura y en toda Canarias durante siglos. A este respecto, Arístides Hernández Morán señala lo siguiente:

Casi todas las personas conocían remedios medicinales basados en hierbas, emplastos, masajes o rezos, aunque también es cierto que en la mayoría de los pueblos había algún vecino o vecina más “cualificado” en la materia, al que acudían todos a sanar sus dolencias o las de sus animales, pues los remedios conocidos se aplicaban tanto a las personas como a los animales domésticos (Hernández A. 2009, p. 141).

Entre estos vecinos más “cualificados” está la figura del “estelero”, quien se dedica a curar los “esconches”, las torceduras, el “mal jeito” y otros problemas óseos, que constituyen, en palabras del doctor Hernández Morán, “la rama de esa medicina popular más propia de “especialistas”” (Hernández A. 2009, p. 141).

Entre las creencias populares más extendidas por entonces se encuentra la del “mal de ojo”, es decir, “el daño causado por una persona a otra, sobre todo a los niños, con la vista”. Para curar este mal, que también afecta a los animales y que se puede causar de manera voluntaria pero también involuntaria, —es decir, únicamente por tener “fuerza de vista”—, se lleva al afectado a una persona que se dedica a santiguar, es decir, que cura el “mal de ojo” mediante un rezado que además protege de todos los males posibles. Esta práctica está muy extendida en toda la isla y se aplica de manera muy frecuente a los bebés cuando tienen fiebre alta o lloran mucho. De hecho, antes de llevarlos al médico en estos casos, la familia opta por el “santiguado” y, únicamente si esta técnica no funciona, se acude a la consulta médica como último remedio (Hernández A. 2009, pp. 141-142).

Recuerdo que de cada treinta niños que llegaban a mi consulta, al menos veinte ya habían sido santiguados. En los primeros años de ejercicio de la medicina en la isla me extrañaba mucho ver aquellos niños con una cruz de tizna oscura pintada en la espalda. La verdad es que las primeras veces que las vi no les di importancia y pensé que eran el resultado de juegos infantiles o bromas de los hermanos mayores. Sin embargo, al poco tiempo descubrí que eran las huellas del santiguado (Hernández A. 2009, p. 142).

Además del “mal de ojo”, otra dolencia que se presenta con bastante frecuencia y para la que también se recurre al santiguado es “la madre descompuesta”, en el caso de las mujeres, o “el pomo descompuesto” en el caso de los hombres. Además del santiguado, el médico también encuentra al explorar al enfermo, sobre todo en el caso

de las mujeres, un parche “sor Virginia” –producto muy popular, utilizado para aliviar los dolores articulares y musculares– sobre la zona afectada. Los síntomas que presenta son dolor en la “boca” del estómago o en el bajo vientre, y también “saltadero” en esa misma zona como consecuencia del latido de la aorta; en muchas ocasiones la causa de esta enfermedad radica en la ansiedad, la depresión, la angustia u otros trastornos de este tipo (Hernández A., 2009 pp. 142-145).

Pero no todos los remedios populares son eficaces. De hecho, algunas creencias resultan incluso contraproducentes, como, por ejemplo, la relativa a la fiebre infantil, tal y como recuerda el doctor Hernández Morán:

Una costumbre muy extendida era la de abrigar mucho a los niños cuando tenían fiebre, pues se creía que de ese modo bajaría la temperatura. Sin embargo, lo que ocurría generalmente es que les subía más la fiebre y en ocasiones daba lugar a convulsiones. De hecho eran frecuentes los niños que acudían a la consulta cuyas madres referían “ataques”, que no eran sino convulsiones debidas a fiebre alta.

Siempre recuerdo a las madres llegando a la consulta, muy preocupadas, con los niños en brazos totalmente forrados, con fiebre alta e incluso ya con convulsiones. Lo primero que hacía evidentemente, pese al asombro de ellas, era destaparlos e introducirlos en un recipiente con agua. No sé por qué razón estaban convencidas de que era bueno abrigarlos mucho cuando tenían fiebre y desde luego me costó mucho esfuerzo convencerlas de lo contrario (Hernández A. 2009, p. 147).

2.3.9. URGENCIAS

En estos años de medicina rural, las urgencias se atienden en la Casa del Médico, en los consultorios de los pueblos que disponen de ellos, o en las casas de los enfermos cuando éstos están graves y no pueden desplazarse (Hernández A. 2009, p. 168).

La mayoría de las urgencias se presentan de noche, por ser éste el momento del día en que “coincidían en la casa del enfermo todos los parientes, vecinos y conocidos para visitarlo y debatían entre ellos la enfermedad del paciente, poniéndola cada vez más grave con comentarios del tipo: “Pues yo conocí a uno al que le pasaba lo mismo y se murió” (Sánchez Velázquez G., notas). Esta preocupación colectiva les hace salir enseguida en búsqueda del médico al que llaman en muchas ocasiones entrando directamente en su casa y despertándolo en su dormitorio²⁶. Una vez delante del enfermo, el facultativo tiene que enfrentarse a la situación sin luz suficiente para ello, pues hasta que se instala la planta eléctrica en la isla en 1972, los habitantes solamente disponen de electricidad desde que se pone el sol hasta las doce de la noche, momento en que se apaga el motor que la suministra.

Solamente cuando fallecía algún vecino se prolongaba durante unas horas el tiempo de suministro eléctrico; de hecho, en ocasiones, nos enterábamos de la muerte de alguien porque observábamos que se ampliaba el tiempo de luz después de las doce. A partir de esta hora las curas o intervenciones médicas de urgencia había que realizarlas a la luz de una vela, un quinqué de petróleo o una linterna, tanto si se hacían en la consulta como si se practicaban en los domicilios de los pacientes (Hernández A. 2009, p. 168).

Esta circunstancia hace que algunas situaciones que en principio no revisten gravedad, como el caso de las personas que llegan asfixiándose por haber ingerido una espina de pescado –una de las urgencias más frecuentes–, se conviertan en un auténtico problema para los médicos, que tienen que atender al paciente sin la iluminación necesaria para poder localizar el objeto. A esto hay que añadir la falta de medios materiales, como el laringoscopio y demás instrumental que hoy en día se encuentran en cualquier servicio de urgencias (Hernández A. 2009, p. 168).

Dramática es la experiencia que vive José María Peña Yáñez cuando le llevan a un joven que sufre un accidente con el camión que conduce de regreso de una fiesta en Gran Tarajal. Al volcar el vehículo, el brazo del muchacho queda aprisionado bajo éste, y cuando el doctor Peña lo atiende, se da cuenta de que, para salvarle la vida, debe amputarle urgentemente el miembro gangrenado. Dicha operación la tiene que realizar cortando el brazo con

²⁶Hasta hace cuarenta años, prácticamente no existe delincuencia en la isla y todos los vecinos se conocen, por lo que lo habitual es dejar las puertas de las casas y de los coches abiertas todo el día. Esta costumbre desaparece en los años setenta con la llegada de la Legión, hecho que además de duplicar la población de Puerto del Rosario en apenas unas semanas, supone un cambio social que pone fin a un modo de vida en la isla que ya ha desaparecido.

un serrucho de carpintería y sin anestesia, pues no dispone de más medios, mientras que los acompañantes del chico, que a partir de entonces pasa a ser conocido como Virgilio *El Manco*, le sujetan el brazo después de haberlo emborrachado (Peña Peñate, J.M., entrevista personal, junio 2008).

Con frecuencia se presentan varios casos urgentes a lo largo de la misma noche y, en ocasiones, éstos tienen lugar en puntos de la geografía mayorera muy alejados entre sí, lo que impide a los médicos descansar más de una o dos horas durante toda la jornada. Una de estas situaciones es relatada por Arístides Hernández Morán (2009): una noche, al llegar a su casa casi de madrugada y muy cansado tras haber atendido una urgencia en un pueblo, se encuentra con un señor que le pide que acuda a atender a su mujer que está de parto. El facultativo se ve obligado a llamar a un familiar para que le lleve en coche a la casa de la parturienta, pues “me sentía incapaz de volver a conducir y tenía miedo de dormirme al volante” (p. 176).

Las urgencias más comunes en estos años son, en el caso de los niños, la ingestión de objetos extraños, como piedras pequeñas, botones, perlas o granos, o bien la introducción de éstos en la nariz o en los oídos. En los adultos, por el contrario, son habituales las urgencias causadas por los ataques debidos a fiebres altas y por los accidentes (Hernández A. 2009, p. 169), y entre estos últimos destacan las caídas, los golpes, los pinchazos con picos de palmera, los cortes y, sobre todo, la ingestión de espinas de pescado (Hernández A. 2009, p. 189). Sin embargo, el tipo de urgencia más frecuente con diferencia en esta época son los partos que presentan complicaciones (Hernández A. 2009, p. 169).

2.3.10. PARTOS

Hasta la apertura de la Clínica Virgen de la Peña en 1968, los alumbramientos tienen lugar en las casas de las parturientas, siendo atendidos únicamente por parteras, “pues a un parto normal no se llamaba entonces al médico”. La partera, figura que está presente en la mayoría de los pueblos de la isla, es una señora con conocimientos y habilidad para asistir en partos y que atiende a sus vecinas y también a las mujeres de otros pueblos cuando es preciso (Hernández A. 2009, p. 170).

El doctor Guillermo Sánchez Velázquez, que estima que a lo largo de su vida profesional atiende unos 3.200 partos, cuenta que cuando empieza a ejercer como médico en la isla, una de las primeras cosas que hace es establecer cuáles de las comadronas que trabajan como tales están capacitadas realmente para ello y pueden colaborar con él en esta tarea. Dicha selección la hace en base a dos criterios: sus conocimientos para determinar la dilatación, y por lo tanto, la evolución del parto y, especialmente, la limpieza y la higiene con la que trabajaban. (Sánchez Velázquez, G. entrevista personal, mayo 2008).

Las parteras o «amañadas», como también se denomina a quienes se dedican a esta tarea, no sólo asisten a las mujeres embarazadas durante el parto, sino que los días siguientes al mismo, acuden a visitarlas para atenderlas a ellas y al recién nacido (Herrera Cabrera F., entrevista personal, julio 2009). También se encargan de informar al médico de la situación en caso de complicación y si, por ejemplo, el parto ha dejado de evolucionar y el bebé no puede nacer, entonces lo avisan y éste interviene sujetando la cabeza del niño con el fórceps y tirando hacia fuera para poder sacarlo (Sánchez Velázquez, G., entrevista personal, mayo 2008).

Aunque ninguno de los facultativos de la isla es ginecólogo, sin embargo, tal y como se ha comentado con anterioridad, en este época los médicos de APD tienen que resolver todo tipo de problemas médicos sea cual sea la especialidad que se precise. En este sentido, el doctor Hernández Morán (2009) reconoce que:

...en mi vida profesional lo que más terror me producía era precisamente tener que asistir a los partos. Había terminado la carrera sin haber presenciado muchos alumbramientos, como les ocurría a todos los estudiantes de medicina de aquella época, excepto los que cursaban la especialidad de ginecología y toxicología, que eran los únicos que tenían permitido asistir a la sala de partos.

Tuve la suerte de poder acudir a una clínica de obstetricia que tenía un pariente en Cádiz mientras estudiaba en la Facultad de Medicina. Ello me permitió asistir a algún parto y adquirir algunos conocimientos sobre embarazos y alumbramientos que luego me fueron muy útiles en mi vida profesional, pero evidentemente no era un experto en el tema.

Sin embargo, fue precisamente esta materia la que en más ocasiones demandó mi asistencia como médico,... (p. 170).

Se trata de una asistencia que los médicos tienen que prestar sin más medios que el contenido del botiquín de urgencias que se usa en estos casos: fórceps, oxitócico, metergin, emetina, antiespasmódicos, tónicos cardíacos, botellas de suero y compresas (Hernández A. 2009, p. 177). Dado que en esta época aún no existen ecógrafos, para poder oír el latido fetal y establecer la postura del feto, el médico tiene que utilizar el estetoscopio y “afinar el oído” (Hernández A. 2009, p. 163).

Esta escasez de material obliga a los facultativos a emplear su ingenio y su imaginación para poder asistir adecuadamente a la madre y al recién nacido. Esto es lo que le sucede a Arístides Hernández Morán cuando atiende un parto que resulta ser de cuatrillizos, y tras el cual los tres bebés que nacen vivos son abrigados y colocados en lo único apropiado que encuentra en la casa: un cajón de leche condensada, donde coloca botellas de agua caliente alrededor de los recién nacidos a modo de improvisada incubadora (Hernández A. 2009, p. 174).

El agradecimiento de los padres cuando los médicos logran salvar la vida a la madre y al bebé en partos complicados es tan grande que en muchas ocasiones piden al facultativo que apadrine al recién nacido, e incluso le ponen a éste su nombre. Uno de estos casos es el del político mayorero Guillermo Concepción, quien es llamado así en honor a Guillermo Sánchez Velázquez, el médico con el que ve la luz (Sánchez Velázquez G., entrevista personal, septiembre 2008). Otro ejemplo es el del segundo Arístides de la isla; un niño al que el doctor Hernández Morán ayuda a nacer realizando una episetomía, y que presenta un par de vueltas de cordón. El recién nacido, que muestra un color morado, ya que está casi muerto, aspira previamente líquido amniótico, pero, afortunadamente, el facultativo consigue salvarle la vida al practicarle la respiración artificial. De esta forma, los médicos de la isla se convierten en padrinos de bautizo de varios niños a los que ayudan a venir al mundo (Hernández A. 2009, pp. 177-178).

Otras veces, sin embargo, la falta de medios hace imposible que la situación pueda resolverse en la isla, debiendo ser evacuada la parturienta a un hospital para poder salvarle la vida. En su *Libro de Recuerdos de un Médico Rural*, Arístides Hernández Morán (2009) relata varios casos en los que hay que practicar una cesárea como consecuencia de una placenta previa, por ejemplo, y debido a la urgencia con la que se requiere intervenir y al cierre de los aeropuertos por la noche, el facultativo decide llevar a las pacientes por barco a Lanzarote. Este traslado se hace mediante la entonces denominada “operación salvamento”, que consiste en llamar por teléfono —o en su defecto por telégrafo—, a través de la Guardia Civil, al hospital de Arrecife para explicar la situación y solicitar el envío de una ambulancia a Playa Blanca para, a continuación, avisar también por teléfono a los pescadores de Corralejo y que éstos preparen una barca que pueda llevarlos a Lanzarote (Hernández A. 2009, pp. 183-184).

Me impresionó la tremenda solidaridad de aquella gente de la mar. De inmediato prepararon la mejor embarcación que tenían, en la que colocamos a la parturienta de la mejor manera posible y zarpamos hacia Lanzarote, adonde llegamos dos horas después. Sabíamos el riesgo que corríamos todos al atravesar el estrecho de La Bocaina con bastante marejada, sobre todo para la parturienta debido al movimiento que le ocasionaba el oleaje intenso. Pero aquellos marineros sabían perfectamente lo que hacían, iban abarloado la embarcación del tal forma que se moviera lo menos posible. A nuestra llegada a Playa Blanca nos esperaba una ambulancia y una hora más tarde llegamos al hospital de Arrecife, donde se practicó la cesárea y tanto la madre como el niño quedaron en perfecto estado (Hernández A. 2009, pp. 184-185).

Este tipo de emergencia se repite en varias ocasiones. En la segunda evacuación que realiza, y en la que tienen que cruzar el Estrecho de la Bocaina de madrugada varias falúas, por si la que lleva a la parturienta se avería, al llegar al hospital de Arrecife les comunican que el niño lleva varias horas muerto. Varios periodistas de ambas islas se hacen eco de este hecho. Uno de ellos, el cronista oficial de Fuerteventura, Juan José Felipe Lima, además de relatar lo sucedido en su artículo “Lanzarote por Fuerteventura”, expone la apremiante necesidad que tiene la isla mayorera de contar con un cirujano y con un ginecólogo (Hernández A. 2009, p. 185)

Hay que esperar al año 1968, con la inauguración de la clínica Virgen de la Peña, para que Fuerteventura disponga de quirófano y de su primer cirujano, Juan de la Cruz Buhigas, y cuatro años más, hasta 1972, para que llegue el primer ginecólogo a la isla, el nombrado en 2009 Hijo Adoptivo de Fuerteventura, Santiago Santander Fernández. A partir de ese momento, las situaciones descritas anteriormente pueden resolverse satisfactoriamente en Fuerteventura, aunque lógicamente siguen presentándose casos complicados (Hernández A. 2009, p. 187).

2.3.11. MEDICINA VOCACIONAL

Los médicos que ejercen en Fuerteventura en esta época son los máximos representantes de una Medicina "... eminentemente vocacional, concebida como un servicio a los demás, muy sacrificada, muy humanitaria y sin horarios, pues prácticamente estábamos disponibles las veinticuatro horas del día" (Hernández A. 2009, p. 107).

Aristides Hernández Morán (2009) recuerda que "...en épocas de especial incidencia de alguna enfermedad o de brotes epidémicos no dormíamos más de tres horas seguidas en nuestras camas" (p. 102).

Y es que, aunque en muchas ocasiones los enfermos no disponen del Seguro Obligatorio de Enfermedad ni tampoco de dinero para pagar al médico, cuando pueden le ofrecen a éste en agradecimiento lo que tienen: quesos elaborados con leche de sus cabras, cebollas, cabritos, pescados, tunos y otros productos de la tierra majorera.

Del mismo modo, la relación con el paciente va más allá del mero tratamiento de enfermedades, pues en ese entonces el médico es casi la única persona instruida y formada con la que tiene contacto la población, y ésta, en su mayor parte sin estudios y sumida en un estado de pobreza y de penuria, considera al galeno como una especie de consejero espiritual. Por este motivo, los pacientes esperan con anhelo la visita del facultativo para hablarle de sus problemas personales y/o familiares, sus relaciones sentimentales o sus asuntos económicos en busca de consejo o, simplemente, del consuelo que tanto necesitan. Se trata, en definitiva, de una etapa en la historia de la Medicina donde

Tenía plena vigencia la figura del médico de cabecera, que se consagraba a la medicina como si fuera un sacerdocio, estrechamente vinculado a la vida de sus pacientes, a los que se afanaba en curar de sus dolencias y también en consolar ante el dolor, la enfermedad o la muerte inevitable (Hernández A. 2009, p. 107).

2.4. LA CLÍNICA VIRGEN DE LA PEÑA: EL PRIMER CENTRO MÉDICO-QUIRÚRGICO

Este Centro significó una mejora importante en el tratamiento de los enfermos de la isla, muchos dejaron de ser evacuados a Gran Canaria, aunque los traslados no cesaron del todo debido a la escasez de personal y de especialistas que padecía la clínica (Hernández A. 2009, p. 112).

Según el testimonio aportado en estas páginas por el doctor Guillermo Sánchez Velázquez, quien preside el Cabildo de Fuerteventura entre 1958 y 1971, el día en el que el vicealmirante del Instituto Social de la Marina (ISM), Jesús Fontán Lobé, visita la isla en 1968, él no puede acudir a recibirlo, pues se encuentra inmerso en la tarea de evacuar a un enfermo a Gran Canaria. Cuando finalmente ambos logran reunirse, le explica al vicealmirante los motivos de su ausencia: un paciente precisa ser intervenido quirúrgicamente y en Fuerteventura no disponen ni de quirófano ni de cirujano. Como ya se ha comentado anteriormente, esta lamentable realidad, fiel reflejo de la situación de abandono y de precariedad en la que se encuentra sumida la isla en pleno siglo XX, conmueve profundamente al vicealmirante, quien durante su estancia se compromete a dotar a la isla de un centro médico-quirúrgico, de cirujano y de personal sanitario, si el Cabildo aporta el edificio necesario para ello (Sánchez Velázquez G., notas).



Clínica Virgen de la Peña, años 60. Fuente: Índice de ilustraciones (21)

Las instalaciones elegidas corresponden al antiguo edificio Hospital, construido en los años cincuenta por la Dirección General de Regiones Devastadas, organismo cuyo cometido consiste en crear hospitales y escuelas en las zonas del país más afectadas por la Guerra Civil. Así pues, la edificación de un hospital en Fuerteventura, sin ser ésta escenario de la contienda, resulta suficientemente descriptiva de la situación extrema en que se encuentra la isla. Sin embargo, aunque el edificio es construido y se le dota de algún material médico, la falta de presupuesto hace que no llegue a funcionar como hospital (Sánchez Velázquez G., notas). De hecho, en 1960, y por hallarse desocupado el inmueble, se instala en su ala izquierda el Colegio Santo Tomás de Aquino (Hernández A. 2009, p. 213).

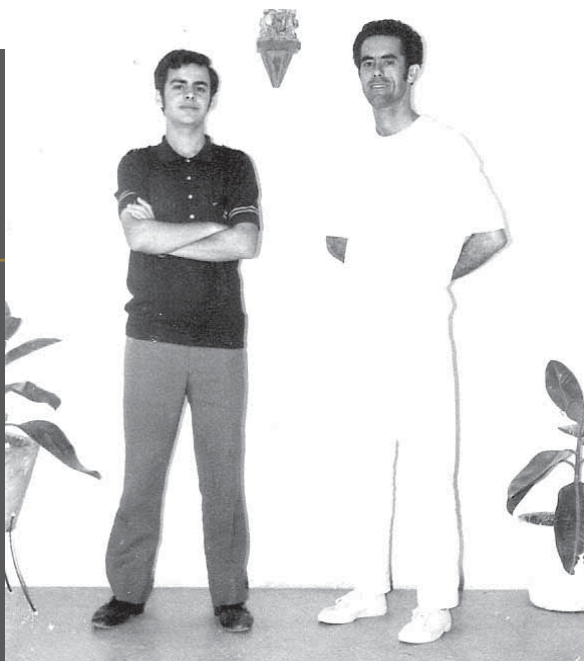
A pesar de ello, es utilizado de forma esporádica por los médicos de la Beneficencia Insular en los casos de urgencias. En 1961 se realiza la instalación eléctrica, lo que permite utilizar los rayos X (Hernández A. 2009, p. 213). Ese mismo año nace aquí el primer niño (Hernández A. 2009, p. 187). La mayor parte de los pocos casos que se atienden en estas dependencias durante los años sesenta son partos, y, de hecho, en 1964 se establece en ellas el Servicio de Maternidad de Urgencia. En 1966, se hace entrega del inmueble al Cabildo de Fuerteventura (Hernández 2009, p. 213) y, al año siguiente, en 1967, se instala en él un nuevo aparato de rayos X y una mesa de quirófano que son donados a la isla por el Capitán General de Canarias, Héctor Erquizia Aranda (Hernández A. 2009, pp. 108-109).

En la década de los sesenta, la ausencia de alojamiento para los técnicos del Plan de Adopción franquista, lleva a las autoridades de la isla a proponer la conversión del edificio en un hotel o parador y que, al mismo tiempo, el Hotel Fuerteventura pase a ser un hospital. Este proyecto es rechazado por las autoridades superiores de Madrid (Galván 1995, p. 164) por lo que las citadas instalaciones permanecen sin ser habilitadas para su uso originario hasta la llegada del vicealmirante Fontán Lobé.

Finalmente, el 20 de junio de 1968, se firma un convenio entre el Instituto Social de la Marina y el Cabildo Insular de Fuerteventura, mediante el cual este último cede desinteresadamente al primero las instalaciones del edificio Hospital, que a continuación el ISM repara y habilita para dotar a Fuerteventura del primer centro médico-quirúrgico de la isla, la Clínica Virgen de la Peña. Por esta desinteresada labor, realizada además con una gran prontitud y eficacia, y por otras obras que el ISM desarrolla en la isla²⁷, la Corporación Insular acuerda ese mismo año iniciar los trámites para conceder a Jesús Fontán Lobé el título de Hijo Adoptivo de Fuerteventura y dedicarle una calle en Puerto del Rosario, concretamente en el barrio de El Charco (Sánchez Velázquez G., notas).

2.4.1. ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DEL CENTRO

El primer director de la Clínica Virgen de la Peña es el cirujano, llegado desde Terranova, Juan de la Cruz Buhigas, quien se encarga de coordinar y supervisar la puesta en marcha del centro. Tomás Saavedra de León, administrativo adjunto de la Clínica Virgen de la Peña, relata que ésta es gestionada por el Instituto Social de la Marina, organismo que adquiere el material quirúrgico y sanitario y que contrata al primer equipo humano, compuesto por un cirujano, enfermeras, auxiliares, personal administrativo y celadores. El administrador del nuevo centro quirúrgico, Dámaso Rodríguez, es además el presidente del ISM en Fuerteventura, y tanto el propio Tomás Saavedra como los celadores José Rodríguez y Eusebio Carballo proceden de la plantilla del citado Instituto antes de la creación de la clínica. Por su parte, la Cruz Roja también presta su colaboración al nuevo centro aportando su equipo de ambulancia siempre que resulta necesario.



D. Tomás Saavedra y D. José Rodríguez, administrativo y celador, respectivamente, de la Clínica Virgen de la Peña, 1971.

Fuente: Índice de ilustraciones (27)

El Instituto Social de la Marina atiende por entonces a toda la población, esto es, no sólo a sus afiliados, sino también a aquellos que pertenecen a otras entidades, como el Instituto Nacional de Previsión (INP), y a mutuas privadas en asuntos relacionados con accidentes de trabajo, de tráfico y otros. Posteriormente, la Administración de la clínica, según palabras de Tomás Saavedra, se ocupa de enviar al INP y a las mutuas las facturas de los gastos ocasionados por sus asegurados, consistentes en el coste medio por estancia en la clínica o por tratamiento ambulatorio de cada uno de los pacientes.

²⁷Además de la apertura de la Clínica Virgen de la Peña, durante su estancia en Fuerteventura Jesús Fontán Lobé pone en marcha la construcción de la Casa del Mar de Puerto del Rosario y se ocupa del funcionamiento de la Escuela de Formación Profesional Náutico-Pesquera (Actas Cabildo 29 febrero 1968).

2.4.2. PERSONAL SANITARIO

Tomás Saavedra relata que la primera plantilla del centro, además de su director y cirujano, Juan de la Cruz, está constituida por tres enfermeras; los celadores José Rodríguez y Eusebio Carballo; un administrador, Dámaso Rodríguez, y su adjunto, Tomás Saavedra, y tres auxiliares de limpieza, una de ellas, Isabel Fuentes, destinada a la lavandería.



D. Dámaso Rodríguez
y D. Tomás Saavedra, personal
de Administración
de la Clínica Virgen de la Peña.

Fuente: Índice de ilustraciones (27)

Y aunque no forman parte de la plantilla, colaboran de manera desinteresada y altruista en la clínica el practicante de Puerto del Rosario, José González Melián, y los tres médicos que ejercen en la isla en ese momento: José María Peña como analista, Arístides Hernández como ayudante de quirófano e internista y Guillermo Sánchez como anestesista. A pesar de que no están contratados por el Instituto Social de la Marina y de que ejercen como practicante y médicos titulares de sus respectivos municipios, además de atender sus consultas privadas, estos profesionales asisten gratuitamente en la clínica a todo el que acude a ella, tanto si pertenecen a su cupo de asegurados como si no (Hernández Morán A., entrevista personal, julio 2009).

Tras la marcha de Juan de la Cruz Buhigas, unos años después de su inauguración, Guillermo Sánchez es designado por el ISM director de la clínica y pasa a formar parte de su plantilla. El practicante y los médicos restantes continúan realizando su labor de manera gratuita, tanto José González Melián, que acude diariamente para vacunar a quien lo precise, como José María Peña, que se sigue encargando de las analíticas, y Arístides Hernández Morán, que colabora desinteresadamente con todos los cirujanos que pasan por la clínica, ejerciendo de ayudante en todas las intervenciones quirúrgicas que se realizan a lo largo de esta etapa en el centro (Hernández Morán A., entrevista personal, julio 2009).

Las dependencias de la clínica están formadas en sus comienzos por cuatro estancias: un quirófano; una sala de curas; una habitación con seis camas, donde se hospitaliza a cualquier paciente, tanto a una parturienta como a un niño o a cualquier otro enfermo y, por último, la capilla, que alberga la imagen de la Virgen de la Peña, patrona de la isla y del centro sanitario. Al principio, las citadas áreas no ocupan la superficie total del edificio en el que se ubican, sino únicamente el ala derecha, pues en el sector de la izquierda se sitúa el Centro de Higiene, lugar donde se realizan las curas, se administran las vacunas y donde, también, el analista José María Peña instala el laboratorio (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

La primera operación que tiene lugar en la clínica se le practica a una paciente de Casillas del Ángel aquejado de apendicitis. En el quirófano se encuentran el cirujano Juan de la Cruz, el analista José Peña, el ayudante e instrumentista Arístides Hernández, el anestesista Guillermo Sánchez, las tres enfermeras y los celadores. También, se

halla debidamente dispuesto el motor del Cabildo, por si en algún momento se va la luz y es necesario activarlo. Tomás Saavedra recuerda este momento como “todo un espectáculo”, al encontrarse presentes en la intervención todo el personal sanitario del centro y el resto de los trabajadores de la oficina, pendientes todos de lo que allí acontecía. La trascendencia histórica que tiene la primera intervención quirúrgica que se realiza en Fuerteventura hace que ésta se siga con atención también fuera de la isla. Así, Dámaso Rodríguez y Tomás Saavedra reciben varias llamadas de la División Provincial de Las Palmas y del director comarcal del ISM, Manuel Pérez de la Barrera, quienes se interesan por su evolución, por saber si ha surgido algún contratiempo o por el tiempo que falta hasta que ésta finalice. La práctica quirúrgica se va normalizando a partir de este momento y las siguientes intervenciones se realizan sin la expectación inicial, según comenta Tomás Saavedra.

Juan de la Cruz, el primer cirujano que llega a la isla, permanece en ella, tal y como se ha indicado anteriormente, hasta 1970, año en el que se traslada a Lanzarote. A continuación, el siguiente especialista en Cirugía que se incorpora a la Clínica Virgen de la Peña es Wenceslao Granados y, durante el intervalo de tiempo en el que no hay cirujano fijo en el centro quirúrgico, colaboran en el centro profesionales de esta especialidad, llegados desde Gran Canaria, que se van turnando cada quince días. A Wenceslao Granados le siguen José Luis Castilla y, algo más tarde, en 1976, Gregorio Bajo Pérez, quien llega a Fuerteventura junto con la Legión, procedente del Sáhara. Tras la marcha de este último, ocurrida a finales de los setenta, según apunta Tomás Saavedra, el centro clínico permanece un tiempo sin cirujano y se hace preciso evacuar a los enfermos a otras islas para poder operarlos. Afortunadamente, este periodo no se prolonga mucho tiempo y, en 1980, la isla cuenta con los servicios del médico sevillano Antonio Rico. Asimismo, meses más tarde, en agosto, llega también procedente de Sevilla el doctor Juan Letang, quien años después es nombrado jefe del Servicio de Cirugía del Hospital General de Fuerteventura, donde llega a ocupar el cargo de gerente, y quien actualmente forma parte de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas como vocal de Fuerteventura²⁸.



Dr. D. Juan Letang Benjumea, 2010, Vocal de Fuerteventura del Colegio de Médicos de Las Palmas. Fuente: Índice de ilustraciones (26)

Las tres primeras enfermeras de la clínica provienen de la prestigiosa escuela de enfermeras de Madrid *Salus Infirmorum*. Una de ellas, Isabel Resilla Sánchez, natural de Cádiz, es además la primera matrona, a la que sigue la marroquí Fátima Ahmed Tribak, quien se incorpora a la clínica en 1973. Sin embargo, las parturientas en un principio se muestran reacias a acudir a la clínica para dar a luz, pues están acostumbradas a hacerlo en sus casas y a ser asistidas por las “parteras” de toda la vida. Se hace pues necesario convencerlas de las ventajas que conlleva

²⁸La primera sede en Fuerteventura del Colegio de Médicos de Las Palmas, abre sus puertas en octubre de 1995 en la calle Virgen del Rosario, 7. Posteriormente, en 2002, se inaugura una nueva sede en la calle Segura, 9. Son vocales de Fuerteventura, desde 1995 y hasta 2010, Javier Montalvo Fernández, Carlos Feijóo Gómez, Alejandro Falcón Santana, Miguel Mora y Cayetano, Juan Letang Benjumea y Lucas González Caballero.

alumbrar a sus hijos en el centro quirúrgico, donde existen más y mejores medios técnicos, médicos y una matrona profesional, quien poco a poco logra ganarse la confianza de la población, con lo que la tradición de dar a luz en las casas va desapareciendo progresivamente en Fuerteventura (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Con el tiempo, las primeras enfermeras se van marchando y dan paso a la llegada de otras nuevas; la mayoría de ellas son ahora naturales de Fuerteventura, como es el caso de Mercedes Rodríguez Berriel, quien se incorpora en 1973 y que, posteriormente, pasa a ser enfermera jefe y también la tercera matrona de la clínica tras formarse como tal. También se incorporan al centro las primeras auxiliares de clínica formadas en la isla, gracias a los cursos que imparten Arístides Hernández y Guillermo Sánchez. Algunas de ellas, una vez convertidas en auxiliares, acuden a Madrid para formarse como puericultoras en la escuela *Salus Infirmorum*, de manera que cuando regresan a la Clínica Virgen de la Peña desempeñan ambas especialidades (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

El centro quirúrgico cuenta, además, con un practicante, José González Melián, quien, según recuerda Saavedra, todos los días acude a la clínica temprano, sobre las siete de la mañana, y pregunta si hay algún recién nacido que vacunar. Cuando termina esta tarea, continua con su trabajo fuera del centro, poniendo inyecciones a sus pacientes o acudiendo a los colegios para realizar las vacunaciones a los alumnos de la isla.

Este reducido equipo de profesionales se ve obligado a hacer prácticamente de todo, y a asumir funciones que no se corresponden con sus puestos, al no existir más personal especializado en la isla para atender a los pacientes y anteponer en todo momento la asistencia sanitaria de éstos. Prueba de ello, es el hecho de que a José Rodríguez, uno de los celadores de la clínica, se le conoce en la isla como *Pepe El enfermero*, pues lo mismo ayuda a poner una escayola que atiende a un herido e, incluso, presta declaración en el juzgado cuando tiene lugar un accidente, tarea esta última que debe realizar tras finalizar su turno de veinticuatro horas, pues en un principio, al existir sólo dos celadores, éstos tienen que trabajar un día entero ininterrumpidamente en días alternos. De este modo, y según el testimonio del propio José Rodríguez, cuando se produce un accidente, al salir de la clínica y después de haber trabajado desde las ocho de la mañana hasta el día siguiente, tiene que acudir al juzgado para contar lo sucedido, tarea que no concluye hasta las diez u once horas de la mañana.

De entre las numerosas anécdotas y situaciones que vive en la clínica el celador José Rodríguez, éste recuerda especialmente la noche en que debe actuar como ayudante del cirujano Wenceslao Granados durante la operación urgente que debe practicarse a una paciente que se presenta en el centro con una úlcera perforada. Asimismo, cuando un celador toma entonces las vacaciones que le corresponden, el único que queda en la clínica acude diariamente a cubrir el turno de noche, mientras que por el día es el personal administrativo quien combina su trabajo con las tareas propias de celador. A este respecto, Tomás Saavedra señala que “era un gran equipo, una especie de familia donde nos arropábamos unos a otros. Si bien faltaban medios, sobraban voluntad y humanidad”.

2.4.3. DIFICULTADES DE SUMINISTROS DE AGUA Y LUZ

Cuando el centro hospitalario se inaugura, en 1968, Fuerteventura no dispone de agua corriente, pues la primera planta potabilizadora de la isla no se construye hasta el siguiente año, si bien no es hasta 1970 cuando Puerto del Rosario comienza a recibir suministro de agua potable (De Armas et al. 2000, pp. 152-154). Por este motivo, muchos edificios antiguos de la isla disponen de un aljibe para el almacenamiento del agua de lluvia. Sin embargo, la característica sequía permanente en Fuerteventura hace que, en incontables ocasiones, la población carezca por completo de agua potable, con la consiguiente aparición de enfermedades. El único recurso disponible hasta los años sesenta es traer agua a la isla en los “correillos”, una solución insuficiente debida a las escasas comunicaciones marítimas entre las islas en esta época, que en el caso de Fuerteventura se limitan a un barco a la semana.

Ante esta situación, el almirante de la Armada en Canarias, Luis Lallemand Menacho decide, en 1961, enviar agua a Fuerteventura en buques aljibe de la Armada Española, motivo por el que, a finales de ese mismo año, el Ayuntamiento de Puerto del Rosario le dedica una calle que lleva su nombre en el barrio de El Charco, por su contribución a la solución de esta situación en la isla. El agua importada se almacena en un depósito que se encuentra situado a las afueras de la ciudad, y la corporación local distribuye cada semana un bidón de agua de doscientos litros a cada familia. Según el testimonio de Tomás Saavedra, en el caso de la Clínica Virgen de la Peña, y durante los primeros años de su funcionamiento, el agua es transportada en cubas y depositada en el aljibe que se encuentra situado en el patio del edificio, desde donde, gracias a un motor, se llenan los bidones para su suministro.

Tampoco hay central eléctrica en Fuerteventura en 1968, pues la compañía UNELCO no empieza a operar en la isla hasta 1972 (De Armas et al. 2000, p. 158). En esos cuatro años intermedios, Puerto del Rosario se abastece de luz mediante un motor del ayuntamiento, que proporciona electricidad por zonas desde el ocaso hasta las doce de la noche, ya que no tiene capacidad suficiente para proveer de suministro a toda la ciudad. De esta manera, cuenta Saavedra que cada barrio dispone por entonces de electricidad a lo largo de un número limitado de horas, tras las cuales se producen tres señales luminosas intermitentes a modo de aviso y, a continuación, el motor se destina al siguiente distrito de turno (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Esta situación también afecta al centro quirúrgico, que solamente dispone de luz eléctrica durante las horas en que ésta le corresponde al barrio donde está ubicado, Los Pozos, si bien gracias a su presencia, este distrito cuenta con algo más de tiempo de suministro que los demás. Durante el citado intervalo deben realizarse las operaciones y cualquier otra práctica que implique el uso de aparatos eléctricos. El resto del día, la clínica se ve obligada a funcionar sin electricidad, salvo en casos de necesidad, cuando la gravedad del asunto hace necesario avisar al responsable del motor para que proporcione la necesaria luz al centro. Esto hecho, según relata Tomás Saavedra, conlleva las protestas de los vecinos a los que en ese momento les corresponde el suministro eléctrico. Posteriormente, el Cabildo logra adquirir un motor que pone a disposición de la clínica para los casos de emergencia, si bien, salvo en tales situaciones excepcionales, “lo habitual era esperar a que volviera el suministro” (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Con respecto al oxígeno, la clínica no contaba con éste de forma centralizada, de manera que cuando algún paciente lo necesita, el centro tiene que comprarlo en botellas en los talleres de soldadura. Tomás Saavedra recuerda haber ido personalmente a un taller a pedir una botella de oxígeno para un anciano enfermo, y tener que “lidiar con las quejas del soldador”, que alega que de venderla, él no puede trabajar. Pero, según sus propias palabras, “afortunadamente, siempre prevalecía la salud de los pacientes de la clínica”.

2.4.4. LABORATORIO

El laboratorio de la clínica Virgen de la Peña está constituido en sus inicios “por el analista José María Peña Yáñez, el practicante José González Melián, un practicante del cuartel, llamado Enrique, que no está fijo y que acude un rato por la mañana” y, desde 1974, la auxiliar Fefita Herrera. Ésta recuerda sobre su incorporación a este área del centro que, de entre todas las personas que hay realizado un curso de auxiliar de clínica en la isla, ella es la única que acepta hacer las prácticas en el laboratorio. Tras su periodo de aprendizaje, el doctor José María Peña le toma tanta estima que se niega a que Fefita Herrera se traslade a otras dependencias y, aunque ésta prefiere “el contacto directo con los enfermos”, el médico llega a afirmar que, “de irse ella, cerraba el laboratorio”. A la auxiliar no le queda más remedio que permanecer en estas dependencias, tal y como ella misma recuerda: “Me quedé, le cogí el gusto y ahí seguí hasta que me jubilé”. Posteriormente, se incorporan también algunos ATS (Herrera Cabrera J., entrevista personal, julio 2009).

El material disponible en la clínica solamente permite realizar las pruebas analíticas más básicas, como por ejemplo determinación de la glucosa, hemogramas o cultivos y sedimentos de orina. Además, todo el instrumental del laboratorio, como son pipetas, jeringuillas y demás, es reutilizable, —aún no se utiliza el material sanitario desechable—, por lo que, tras su uso, se hierve para esterilizarlo y se guarda para la siguiente aplicación (Herrera Cabrera J., entrevista personal, julio 2009).

Junto con esta reutilización, hay que señalar que durante la etapa de la clínica Virgen de la Peña, todos los análisis se realizan de manera totalmente manual, lo que resulta enormemente laborioso y requiere gran dedicación, además de gran precisión con el reloj. De esta forma, diez o doce analíticas pueden llevar toda una jornada de trabajo. Esta precariedad de medios contrasta con la actualidad, pues hoy en día, todas las muestras a analizar se introducen conjuntamente en una máquina que determina en menos de un minuto y de forma simultánea todas las variables indicadas, —hemograma, fórmula, velocidad, etc.—. En la época del “Hospital Viejo”, como se recuerda en la actualidad a este desaparecido centro médico-quirúrgico, el único aparato del que disponen para realizar análisis clínicos es el microscopio. (Herrera Cabrera J., entrevista personal, julio 2009).

A pesar de esta falta de recursos, los análisis realizados en este centro clínico permiten la curación de muchísimos enfermos mayoreros a lo largo de todos estos años, gracias al trabajo y a la dedicación del equipo que conforma su laboratorio. “Trabajamos sin descanso, porque allí había que estar para lo que se ofreciera: si había que estar ma-

ñana y tarde, pues se estaba mañana y tarde, y si había que levantarse por la noche e ir, pues se iba por la noche". Al frente de este equipo humano se encuentra el doctor Peña, de quien Fefita Herrera comenta también: "Aprendí mucho del doctor Peña, pues me enseñó todo lo que él pudo enseñarme: a hacer extracciones, a leer una fórmula, a teñir, a montar pipetas, a ver un sedimento, a hacer los contajes, ... Además, fue una persona muy cariñosa y muy buena conmigo, y me trató siempre como a una hija" (Herrera Cabrera J., entrevista personal, julio 2009).

2.4.5. DEMANDA QUIRÚRGICA DE SANGRE

La Clínica Virgen de la Peña no cuenta con medios para conservar la sangre, por lo que ésta sólo se extrae cuando es imprescindible, es decir, en el caso de operaciones y accidentes. De hecho, en los primeros tiempos de actividad, a veces transcurren meses e incluso años sin que sea necesario realizar transfusiones de sangre. En cuanto a las operaciones programadas, su obtención no supone ningún problema, puesto que son los familiares del paciente quienes previamente la donan. Las dificultades aparecen cuando se producen accidentes de gravedad que requieren disponer de ésta de forma inmediata. En tal caso, y mientras los médicos atienden al accidentado, el administrador, Dámaso Rodríguez, o bien el administrativo adjunto, Tomás Saavedra, recorren las casas de Puerto del Rosario, tocando puerta por puerta, para solicitar donantes (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Con el tiempo, se crea un archivo de donantes habituales que ya están estudiados con sus grupos sanguíneos y de quienes se sabe que no son personas de riesgo. Sin embargo, en ocasiones se pueden presentar urgencias y accidentes en intervalos de tiempo demasiado cortos, lo que supone un riesgo para la salud de este pequeño grupo de donantes al tener que extraerles sangre sin dejar pasar el periodo reglamentario. Por este motivo, cuando la Legión se instala en Fuerteventura a finales de 1975, la clínica decide recurrir a ella de manera habitual como principal banco de sangre. Para ello, la Administración de la clínica se dirige al cuartel y, el oficial de guardia, que cuenta con las inspecciones del coronel, envía a 50 o 60 soldados, a los que se les realiza la prueba del grupo sanguíneo antes de proceder a la transfusión (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

2.4.6. NUEVAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

En 1970, como ya se ha indicado, el director de la clínica, Juan de la Cruz Buhigas, dice adiós a su labor al frente de este centro para trasladarse a Lanzarote. En ese momento, el Instituto Social de la Marina decide nombrar director del centro a Guillermo Sánchez Velázquez, pues considera que sus conocimientos sobre la realidad de la isla y sobre la mecánica administrativa del centro hacen de él la persona idónea para este puesto (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

El nuevo director, en su deseo de impulsar el crecimiento de la Clínica Virgen de la Peña y de proporcionar una asistencia más completa a la población, recurre a sus contactos profesionales para conseguir la incorporación de más personal médico. Esto hace que, a partir de 1970, se amplíe el número de especialidades médicas existentes en el centro, gracias a que el Instituto Social de la Marina contrata a varios especialistas de Gran Canaria y de Lanzarote para que pasen consulta en la clínica durante los sábados. De esta forma, la población de la isla empieza a contar con un otorrinolaringólogo una vez al mes, y con un cardiólogo, un oftalmólogo, un dentista y un psiquiatra semanal o quincenalmente, lo que reduce considerablemente los traslados de pacientes a otras islas, salvo en los casos de enfermos graves e imposibilidad de esperar hasta el sábado siguiente (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Con la llegada semanal del oftalmólogo, el doctor José Ángel Cumplido, también acude los sábados a Puerto del Rosario José Luis Puyol, dueño de la Óptica Puyol, la única que existe en Fuerteventura en ese momento, situada en Gran Tarajal. Éste espera a los pacientes a la salida del oculista, llevando consigo varias maletas que contienen los muestrarios de las gafas disponibles en su óptica, de manera que aquéllos que las necesitan, escogen un modelo de inmediato y, al sábado siguiente, pueden retirarlas en la misma clínica. Tiempo después, se inaugura una Óptica Puyol en Puerto del Rosario.

El primer dentista que trabaja en Fuerteventura es Pedro Medina Voltes y, desde 1970 hasta 1973, se traslada desde Lanzarote, todos los sábados, para pasar consulta en la Clínica Virgen de la Peña. Dado que en esa época aún no existen ni el puerto de Corralejo ni el de Playa Blanca, el estomatólogo viaja en avión los sábados por la mañana para atender hasta las cuatro de la tarde, aproximadamente, a sus pacientes, momento en el que se dirige a toda prisa hacia el aeropuerto para poder tomar el último vuelo de regreso a Lanzarote. A este respecto, Tomás

Saavedra recuerda que, en ocasiones, el dentista “se marchaba al aeropuerto con las manos llenas de sangre para no perder el vuelo”. Ya en 1973 se instala en la isla el dentista Antonio González Falcón, y Pedro Medina deja de acudir a la isla al contar ésta con el nuevo servicio médico (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

El estomatólogo aruquense Antonio González Falcón, mientras trabajaba en Madrid tiene noticia, por medio de unos visitantes médicos, de que el director de la clínica, Guillermo Sánchez Velázquez, está buscando dentistas que quieran trabajar en el centro mayorero. El doctor González Falcón decide aceptar la propuesta y llega a Fuerteventura contratado por el Instituto Nacional de Previsión (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

La situación que encuentra el doctor González Falcón a su llegada al centro quirúrgico le resulta sorprendente: unas ochenta personas que hacen cola desde el día anterior le están esperando. Según recuerda el médico, “Aquello fue brutal. Yo creí que el mundo me comía, pues acababa de terminar la especialidad y todavía no tenía práctica, y no me sentía preparado para atender un contingente tan grande de pacientes”. De hecho, a partir de las doce del mediodía empiezan a producirse varias lipotimias y desmayos de algunos pacientes que llevan mucho tiempo esperando (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

Afortunadamente, el estomatólogo no sólo es capaz de resolver satisfactoriamente esa primera jornada, sino que, al acudir a la clínica diariamente, consigue en poco tiempo evitar las largas esperas, gracias a su dedicación y eficiencia. Incluso, cuando posteriormente trabaja en la clínica sólo dos días en semana por ejercer también de médico rural en La Oliva, en esos dos días atiende a todos los pacientes que se presentan ante él, sin que lleguen a formarse listas de espera y sin necesidad de enviar a ningún enfermo a Gran Canaria, pues el estomatólogo realiza en su consulta todas las operaciones necesarias, tanto las sencillas como las complicadas: extracciones, cirugía y otras (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

Entre los logros del doctor Antonio González en la clínica Virgen de la Peña figuran, además de eliminar las listas de espera, acabar con la piorrea, una enfermedad infecciosa de la boca que afecta a todas las piezas dentarias, presente en todas las zonas de la isla, algo que llama enormemente la atención al estomatólogo. Esta enfermedad, además de producir una infección periodontal que tiene como consecuencia el aflojamiento de las piezas dentarias y la caída de las mismas, puede generar diversos problemas en el organismo a causa de la ingestión de pus, por lo que se convierte en un asunto de prioridad máxima para el doctor González Falcón, quien gracias a su insistente esfuerzo consigue eliminar esta dolencia generalizada en la isla (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

Antes de que el centro quirúrgico sea clausurado en 1982, Antonio González establece su consulta privada en la calle Virgen del Rosario de Puerto del Rosario, donde continúa su labor de dentista —que compagina con el puesto de médico titular de APD de La Oliva— hasta el año 2003, cuando una baja laboral lo obliga a retirarse durante dos años hasta su jubilación, que tiene lugar dos años después (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

Unos años después de la llegada del estomatólogo González Falcón, la clínica cuenta cada semana o quince días con la consulta del primer psiquiatra que atiende en la isla, el doctor Domingo Robayna Ojeda, quien en 2007 se convierte también en Gerente del actual Hospital General de Fuerteventura.

En 1972 llega a Fuerteventura, contratado por el ISM, el primer ginecólogo, Santiago Santander Fernández, y el mismo día de su llegada, el celador Eusebio Carballo, quien acude al puerto a recibirlo, lo conduce a la clínica para que asista un parto complicado de gemelos que, gracias a la intervención del ginecólogo, se resuelve favorablemente. Cuando el marido de la parturienta se acerca al doctor Santander para agradecerle su intervención, éste se queda sorprendido ante el gesto, pues considera que únicamente ha cumplido con su trabajo. Sin embargo, la escasez de médicos en Fuerteventura hace que en esta época las muestras de agradecimiento sean frecuentes en la sociedad mayorera (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

El hecho de que Santiago Santander sea el único ginecólogo de la isla hace que, “a pesar de las maravillas que le cuentan sobre las playas de Jandía, no pueda visitar esta zona hasta varios años después de su llegada”, pues en ese entonces la carretera hacia el sur es de tierra y son más de tres horas las que se tardan en ir y volver a la capital: demasiado tiempo para mantenerse alejado del centro quirúrgico, puesto que en cualquier momento puede presentarse una emergencia. Del mismo modo, para que éste pueda practicar una de sus aficiones, la vela, el ginecólogo y el personal de la clínica tienen que ingeniárselas para estar comunicados permanentemente, pues en esta época no existen los teléfonos móviles. La solución que encuentran para ello consiste en izar una bandera en el mástil de la clínica, situada a pocos metros del mar, de manera que cuando el doctor la ve desde su barco, sabe que se requiere su presencia y, entonces, acude de inmediato al aviso, según relata para esta publicación el propio ginecólogo.

Cuando en 1982 se inaugura el Hospital de la Seguridad Social y la plantilla de la Clínica Virgen de la Peña se traslada al nuevo centro, un problema administrativo pone de manifiesto el cariño y el afecto que la sociedad majorera siente por el doctor Santander. El contratiempo surge a consecuencia de que los años que éste trabaja en la clínica, lo hace contratado por el Instituto Social de la Marina, lo que impide que, al convocarse la plaza de jefe de Sección de Ginecología del nuevo hospital, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) reconozca como mérito el tiempo que el ginecólogo trabaja en el anterior centro.

El que a Santiago Santander, primer y único ginecólogo de Fuerteventura durante ocho años, se le niegue el citado cargo, provoca una reacción de protesta entre la población majorera de tal magnitud que "dio lugar a la mayor manifestación habida en Fuerteventura", según palabras de Tomás Saavedra, hasta el punto de que "llegaron guaguas de toda la isla, hubo que cortar las carreteras e incluso vinieron periodistas de otras islas para cubrir la noticia". El celador José Rodríguez calcula que unas 4.000 personas acuden al hospital a manifestarse, pues las empresas dan el día libre a sus trabajadores para que puedan acudir a la concentración, y relata que "llamaron desde la misma Consejería de Sanidad en Gran Canaria para saber qué estaba pasando". La presión ejercida es tan fuerte que, finalmente, el doctor Santander consigue la plaza de jefe de Sección de Ginecología del Hospital General. El agradecimiento de la sociedad majorera a sus treinta y cinco años de servicio como ginecólogo sigue siendo patente hoy en día, tal y como demuestra la concesión del título de Hijo Adoptivo de Fuerteventura, otorgado al doctor Santander en mayo de 2009 por el Cabildo Insular de la isla.

2.4.7. EVACUACIÓN DE PACIENTES

La creación de la Clínica Virgen de la Peña supone un gran avance para la Sanidad majorera, pues posibilita, entre otras cosas, que muchas personas puedan ser operadas en la isla, situación imposible hasta entonces por falta de quirófano y de cirujano. Este hecho reduce considerablemente las evacuaciones a otras islas, pero aún así, éstas siguen siendo habituales entonces, debido a la falta de ciertos medios y a la ausencia de diversas especialidades, según relata Tomás Saavedra. De esta forma, cada vez que tiene lugar un accidente muy grave o un cuadro clínico no evoluciona favorablemente, se hace preciso evacuar a los pacientes. Esto se realiza en aviones militares del Servicio Aéreo de Rescate (SAR); se trata de aeronaves de carga, sin asientos, que permiten introducir una camilla.

Para iniciar los trámites pertinentes, el celador o el personal de Administración se dirigen a la Delegación del Gobierno si es de día, o a la Policía si la solicitud del médico correspondiente para llevar a cabo el traslado a Las Palmas de Gran Canaria tiene lugar por la noche. Entonces, el delegado del Gobierno o la Policía informan de la situación a la base aérea de Gando y solicitan el envío de un avión militar. Sin embargo, esto no siempre sucede de forma inmediata, pues en ocasiones el único avión disponible se encuentra evacuando a enfermos de otras islas, como La Palma o El Hierro, lo que retrasa la llegada del aparato, "que podía tardar cuatro, cinco o seis horas", según apunta Tomás Saavedra.

Una vez que éste aterriza en Fuerteventura, se traslada al paciente en ambulancia desde la clínica hasta el aeropuerto y, desde ahí, vuela a Gran Canaria en compañía de una enfermera o de un celador, salvo en los casos de extrema gravedad y cuando el enfermo no está estabilizado, en cuya circunstancia es el médico quien acompaña al paciente. A diferencia de los actuales helicópteros del Servicio Canario de Salud, los aviones militares que se utilizan entonces no están medicalizados, por lo que el celador o la enfermera acompañante llevan consigo una botella de oxígeno y una bolsa de suero.

Finalmente, tras el aterrizaje en el aeropuerto grancanario, una ambulancia traslada al enfermo al centro correspondiente, generalmente al Hospital de Nuestra Señora del Pino o al Hospital Insular, mientras que el acompañante regresa a Fuerteventura en el siguiente avión de línea regular. Hoy en día, las evacuaciones, aparte de ser mucho menos frecuentes debido a la mejora de los medios al alcance y a la existencia de un mayor número de especialistas, resultan mucho más sencillas y ágiles, y para su tramitación basta con llamar al número de emergencias 112. Además, "los trayectos en helicópteros medicalizados son más rápidos y siempre cuentan con personal sanitario a bordo" (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

2.4.8. EL ACCIDENTE DE LOS PARACAIDISTAS EN TEFÍA

El sistema de evacuaciones anteriormente mencionado se ve desbordado el día en que sucede la peor tragedia vivida en la Clínica Virgen de la Peña: el accidente de paracaidistas ocurrido con motivo de la operación 'Maxorata-72'. Para el personal, según palabras de Tomás Saavedra, "ésta es sin duda la experiencia más dramática de toda la historia del centro".

El día 11 de abril de 1972, noventa miembros de la Brigada de Paracaidistas del Ejército del Aire parten en cinco aviones desde la base aérea de Gando con rumbo al llano de La Laguna. Tras saltar varios de ellos, se levanta una fortísima racha de viento; sin embargo, el comandante de la brigada ordena que no se interrumpa la operación y que los militares continúen lanzándose al vacío. Las consecuencias de esta lamentable decisión no pueden ser peores: los paracaidistas son arrastrados varios kilómetros por el fuerte viento hasta estrellarse contra las paredes de piedra del lugar. El resultado final es que un total de trece personas —dos sargentos y once soldados—, fallecen en el accidente y otras cincuenta y seis resultan gravemente heridas.

Este suceso pone de manifiesto la solidaridad del pueblo majorero, que se vuelca y actúa desinteresadamente para intentar salvar el mayor número de vidas posibles. Los vecinos de Tefía acuden enseguida al lugar de la tragedia y cortan con sus cuchillos los arneses, "... salvando así a muchos de una muerte segura" (Aena 1997, p. 81). Además, puesto que las dos o tres ambulancias que existen en la isla resultan insuficientes para trasladar a todos los accidentados, los taxistas y los lugareños de Tefía colaboran en la tarea y llevan a un gran número de ellos a la clínica.

Los paracaidistas fallecidos son trasladados en una de las ambulancias al aeropuerto, a la espera de ser identificados, pues en ese momento todos los esfuerzos se concentran en intentar salvar a los que aún se mantienen con vida. A su vez, aquéllos que presentan fracturas leves y no corren peligro, tienen que esperar en los pasillos hasta ser atendidos, "pues había casos muy graves que requerían atención inmediata, como los traumatismos craneales, las fracturas abiertas y la piel quemada y levantada como consecuencia de haber sido arrastrados por la tierra durante varios kilómetros". En el centro médico, los doctores Arístides Hernández y Santiago Santander "estuvieron atendiendo a los más de ochenta heridos en la catástrofe, precariamente trasladados hasta Puerto del Rosario en destaraladas camionetas. Así pasaron todo el día...". Mientras tanto, el otro médico presente en la clínica, Guillermo Sánchez Velázquez, se encarga de las evacuaciones de los accidentados más graves a Las Palmas de Gran Canaria (Aena 1997, p. 82).

La imagen de los paracaidistas accidentados es realmente impactante, y la situación parece no acabar nunca, pues, tal y como recuerda Tomás Saavedra, cuando creen que no quedan más heridos, "de repente aparece una ambulancia con más hombres que habían encontrado detrás de una pared, en una gavia, al lado de una higuera, donde fuera, porque no se sabía exactamente cuántos eran".

En cuanto se extiende la noticia del accidente, "muchísima gente, prácticamente media isla y todo Puerto del Rosario, acude a la Clínica para donar sangre, hasta el punto de que llega un momento en que hay que decirles que no hacen falta más donantes. También colabora la vecina Gran Canaria, con la que se establece un puente aéreo y adonde son trasladados en helicóptero los heridos más graves. Para ello, cortan la Avenida Marítima de Las Palmas de Gran Canaria, donde aterriza el helicóptero, y desde allí los llevan al Hospital Insular", recuerda Tomás Saavedra.

El trabajo y el esfuerzo del personal de la Clínica Virgen de la Peña ante esta catástrofe aérea son reconocidos posteriormente con la concesión de un diploma, si bien el celador José Rodríguez reconoce, treinta y siete años después, que es tanta la pena y la rabia que le producen las muertes innecesarias de los paracaidistas, que tras recoger el diploma lo rompe, pues no quería conservar ningún recuerdo de aquel triste suceso que, tal y como él mismo afirma, "nunca debió haber ocurrido".

2.4.9. LA CLÍNICA SE QUEDA PEQUEÑA

El despegue económico que empieza a experimentar Fuerteventura en la década de los setenta, debido sobre todo a las construcciones de la potabilizadora, del aeropuerto de El Matorral y del Parador de Turismo, así como a la ampliación del Puerto y a la implantación del suministro eléctrico (Galván, en Martín 1995, pp. 155-156) hace que, a los pocos años de su inauguración, sea preciso ampliar la Clínica Virgen de la Peña, para lo que se habilitan nuevas alas del edificio donde ésta se ubica. De esta forma, se instala en ella una sala de Pediatría para atender a los niños en un área separada. También se habilita un paritorio, pues hasta entonces los partos se realizan en el quirófano, lo que en ocasiones da lugar a la inoportuna coincidencia de partos y operaciones (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Pero, aún así, la clínica sigue padeciendo la escasez tanto de medios como de personal sanitario para atender el creciente aumento poblacional, situación que queda de manifiesto con motivo del ya comentado accidente de los paracaidistas de 1972, y que hace que el director del centro, Guillermo Sánchez, solicite al ISM una mayor dotación de recursos materiales y humanos (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Sin embargo, es a finales de 1975 cuando Fuerteventura experimenta una auténtica explosión demográfica, como consecuencia de la descolonización del Sáhara, que trae consigo la llegada a la isla de los efectivos de la Legión, procedentes de África (De Armas et al. 2000, p. 165). Este colectivo militar, compuesto por más de 3.000 personas, incluyendo a los legionarios y a sus familias, hace que en tan sólo una semana casi se triplique la población de Puerto del Rosario, lo que obliga a acelerar el proceso de ampliación de la clínica y de contratación de personal iniciado unos años antes (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009). De esta forma, el Instituto Social de la Marina (ISM) incrementa la plantilla del centro quirúrgico de la isla con la incorporación de más enfermeras, auxiliares clínicas, celador y limpiadoras.

Además, a continuación, la clínica suscribe un convenio con la Universidad de La Laguna con la finalidad de que ésta envíe a médicos especialistas al centro mayorero en régimen de prácticas para que adquieran experiencia y, al mismo tiempo, ayuden a los facultativos en su trabajo. A estos médicos se les llama rotatorios, pues están unos meses y se van, al tiempo que llegan otros nuevos y así sucesivamente (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

A pesar de estas mejoras, los facultativos de la isla son conscientes de que los cambios socioeconómicos que está experimentando Fuerteventura en la década de los setenta hacen que el centro, unos años después de su inauguración, se quede a todas luces pequeño para atender a una población ya triplicada con respecto a sus comienzos, por lo que se hace necesaria la creación de un nuevo hospital. Para apoyar esta idea, el director y varios médicos de la clínica, acuden con frecuencia a Madrid con la intención de plantear la problemática sanitaria de Fuerteventura, pues en la capital del país prácticamente se desconoce la realidad de la isla, según cuentan los propios facultativos, quienes también relatan cómo, en un principio, la idea de ampliar los servicios sanitarios no es bien acogida, pues se alega que en el territorio peninsular una población de siete mil personas ni siquiera dispone de consultorio (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Sin embargo, los médicos de Fuerteventura siguen luchando por la creación de un nuevo hospital, pues el aislamiento que conlleva la insularidad hace necesario evacuar a los enfermos en casos graves que requieren de medios técnicos especiales, y en esa época el aeropuerto mayorero cierra a las ocho de la tarde. También, el Instituto Social de la Marina insta al Instituto Nacional de Previsión a hacerse cargo de la Sanidad de la isla por considerar que es a este último a quien le corresponde, pues más del setenta por ciento de los pacientes de la clínica pertenecen entonces al INP, mientras que los asegurados del ISM no llegan al treinta por ciento (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Afortunadamente, los continuos esfuerzos de Guillermo Sánchez Velázquez por convertir la Clínica Virgen de la Peña en un hospital básico con suficientes recursos humanos y materiales que eviten los múltiples traslados que se realizan comienzan a dar sus frutos a finales de la década de los setenta. El doctor Sánchez Velázquez recurre a sus contactos en Madrid, principalmente al director de Programas Asistenciales del INP, José Esteban Santisteban, a quien le traslada su proyecto. Afortunadamente, éste es muy bien acogido por Santisteban, lo que propicia que el Instituto Nacional de Previsión comience a interesarse por la situación sanitaria de Fuerteventura (Letang Benjumedá J., entrevista personal, septiembre 2008).

CLÍNICA INSULAR DE LA SEGURIDAD SOCIAL

"VIRGEN DE LA PEÑA"

FUERTEVENTURA

DIRECCION

RELACION DE PERSONAL Y MATERIAL IMPREINDIBLE.-**A.- MEDICOS:**

- 1º. Hasta tanto se cree la Plaza de Pediatra parece necesario enviar semanalmente durante TRES días un Pediatra a ésta Clínica (Si viernes ni sábados).-
- 2º.-La consulta de Oftalmología con periodicidad semanal de medio día, se debe ampliar a un día.-
- 3º.-La consulta de Cardiología se debe establecer semanal, en la actualidad se viene atendiendo quincenal.-
- 4º.-Psiquiatría, confirmar la consulta semanal.-
- 5º.-Otorrinolaringología con frecuencia mensual, se debe establecer quincenalmente.-
- 6º.-Urologo, se debe establecer consulta una vez al mes.
- 7º.-Dientólogo, se debe establecer consulta una vez al mes.

B.-PERSONAL.- Es de suma urgencia nombrar un Administrador para ésta Clínica. Hasta hoy la ADMINISTRACION está Cesada por el personal de la Delegación Insular del Instituto Social de la Marina, en un esfuerzo digno de elogio.

- 2º.-La dirección de ésta Clínica para tener una información total de las necesidades Sanitarias reales y actuales de la Isla tiene necesidad de una Asistente Social permanente y adjunta a ésta Dirección. Si no se pudiera lograr ésta petición, si por lo menos durante dos meses.-

- 3º.-Es necesario y de todo punto indispensable organizar el Servicio de Recepcion de Telefonos.

C.-PERSONAL NO

QUALIFICADO: Se debe contratar una persona para mantenimiento de la Clínica con conocimientos de: Fontanería, Electricidad y Carpintería.-

D.-MATERIAL.- Se necesita organizar la Biblioteca, disposición de los fondos necesarios.-

- 2º.-Para los Médicos que cubren una Especialidad las 24 horas del día puedan desplazarse a Zonas de ocio mas o menos alejada de ésta Clínica, necesitamos un equipo emisor con seis receptores.-
- 3º.-Servicio de ambulancias: Es necesario situar ambulancias en Corralajo y Pajaratto total 2 ambulancias.
- 4º.-Contratar con casa en Las Palmas la dotación de oxígeno y Protóxido para esta Clínica.

Puerto del Rosario, 24 de Abril de 1.978.

El Director,

Documento de la Clínica Virgen de la Peña, emitido bajo la dirección del Dr. Sánchez Velázquez, 1978

Este interés se hace patente con la visita totalmente inesperada y sin previo aviso de José Esteban Santisteban el 20 de diciembre de 1979. Una vez en la clínica, la respuesta que el alto cargo recibe del celador es que en ese momento no puede ser recibido por los médicos, quienes se encuentran en el quirófano y sin hora prevista de salida, debido a la cantidad de trabajo que tienen. Este hecho obliga a Santisteban a aguardar durante varias horas en el centro médico, donde tiene la oportunidad de comprobar por sí mismo cómo funciona la Sanidad en la isla (Sánchez Velázquez G., notas).

Al igual que sucede en 1968 con la llegada a la isla del vicealmirante Fontán Lobé, la visita a la Clínica Virgen de la Peña de José Esteban Santisteban resulta providencial, pues marca un antes y un después en la historia de la Medicina en Fuerteventura. Éste, que queda absolutamente impresionado por la precariedad de las condiciones del centro y por la realidad isleña —treinta mil habitantes atendidos por un escasísimo equipo médico— se compromete durante su estancia a buscar soluciones a corto plazo para mejorar la situación sanitaria de Fuerteventura (Sánchez Velázquez G., entrevista personal, abril 2008).

1º.- Situación actual y futura del personal (Médicos, A.T.S. y Auxiliares de Clínica), que trabaja en ésta Clínica para el I.S.M. La impresión del Sr. Santisteban es que solo pueden integrarse en INSALUD mediante concurso-oposición.

Otra posibilidad remota, que en la actual reforma Sanitaria se contemple la situación de ésta Clínica y mediante disposiciones legales puedan integrarse en INSALUD.

En definitiva, la situación de este personal continúa igual.

2º.- Reforzamiento del dispositivo Sanitario de la Isla. Se crearán las siguientes nuevas plazas, que promete cubrir las antes del 31 de Enero de 1.980, mediante traslados en comisión de servicios:

Un Jefe de Sección de Cirugía.
Un Adjunto de Cirugía.
Un Adjunto de Traumatología.
Un Adjunto de Tocoginecología.
Un Adjunto de Anestesia y Reanimación.
Un Adjunto de Análisis Clínicos.
Un Adjunto de Radiología.
Un Jefe de Sección de Medicina Interna.
Un Adjunto de Medicina Interna.
Un Adjunto de Pediatría.
Diez Plazas de A.T.S.
Tres Plazas de Auxiliares de Clínica.
Dos Plazas de Matronas.
Dos Plazas de Auxiliares de Asistencia.
Tres Plazas de Celadores.

3º.- Creación de un área de Urgencias en la Clínica con Cuatro Médicos.

Puerto del Rosario, 27 de Diciembre de 1.979.

El Director,

Documento dirigido a la Junta de Canarias relativo a la situación del personal de la Clínica Virgen de la Peña, 1979

2.4.10. ETAPA FINAL DE LA CLÍNICA (1980-1982): LOS MÉDICOS ADJUNTOS CONTRATADOS

La primera medida que adopta José Esteban Santisteban consiste en ponerse en contacto con facultativos de Sevilla y de Madrid para que en enero de 1980 lleguen a Fuerteventura media docena de médicos especialistas que a partir de agosto de ese mismo año se convierten ya en doce facultativos: diez especialistas y dos médicos de urgencias. Dado que el INP —ya convertido en INSALUD—, no puede convocar plazas de titulares en Fuerteventura, puesto que la Clínica Virgen de la Peña no está gestionada por este organismo sino por el ISM, Santisteban crea entonces una nueva figura en el cuadro médico de la Seguridad Social: el médico adjunto contratado. Este nuevo facultativo pertenece a la plantilla del INSALUD, por lo que su contrato tiene garantía oficial, pero es destinado a un centro clínico perteneciente al Instituto Social de la Marina. Esta medida ofrece una solución provisional a la falta de especialistas en la isla hasta que se construye el Hospital de la Seguridad Social, gestionado ya por el INSALUD (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

De esta manera, Guillermo Sánchez Velázquez,

“... como promotor único de esta idea, convierte el hospital rudimentario que había en un hospital básico donde se atienden casi todas las urgencias quirúrgicas más necesarias que implicaban un riesgo de traslado, y él como anestésista, cuenta también con otro anestésista que viene, con lo cual ya se empiezan a realizar operaciones programadas en Fuerteventura y no solamente de urgencia (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Los médicos adjuntos contratados llegan a la Clínica Virgen de la Peña a lo largo del año 1980. Más de la mitad de ellos provienen del Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla, donde uno de los jefes del Servicio de Cirugía, José Cantillana, amigo de José Santisteban, recibe de éste la notificación de que el INSALUD está buscando facultativos que deseen trabajar en la clínica mayorera. Cantillana se encarga de transmitir esta noticia a varios médicos del hospital sevillano, quienes deciden vivir esta nueva experiencia y se trasladan a Fuerteventura. A su vez, estos especialistas informan a otros compañeros del Hospital Virgen de la Macarena y los animan a hacer lo mismo. De este modo, a lo largo de 1980 llegan a Fuerteventura, procedentes de la ciudad hispalense, los cirujanos Antonio Rico y Juan Letang, los pediatras Javier Gentil y Teresa Camacho, el radiólogo Joaquín Ortega y el anestésista José Villalva. Otros facultativos proceden de Madrid, como es el caso de la traumatóloga Ángela de la Cruz o de uno de los médicos de Urgencias, Pedro Madero. (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

El primero en llegar a la isla es Antonio Rico Álvarez, quien gracias al contacto que mantiene con Esteban Santisteban y con el director de la clínica Guillermo Sánchez, tiene noticia de la demanda de médicos en el centro mayorero. A su vez, este cirujano es quien se encarga de informar a otros compañeros de profesión que trabajan con él en el hospital sevillano Virgen de la Macarena, de la falta de profesionales médicos en la clínica mayorera, lo que incentiva a varios de ellos a dar un giro en su carrera médica y viajar a Fuerteventura. En uno de sus viajes a Sevilla, Antonio Rico se encuentra por casualidad con Juan Letang Benjumeda, compañero de especialidad, a quien invita a viajar a la isla y a unirse al equipo médico, según el testimonio del propio Juan Letang.

También se instala en ella, por mediación de Antonio Rico, el segundo pediatra de Fuerteventura, Javier Gentil, quien a su vez informa a su compañera de Sevilla, Teresa Camacho, de que la pediatra de ambulatorio que trabaja en ese momento en la clínica, Isabel Merchán, primera pediatra que llega a la isla, natural de Villaverde, va a tomar sus vacaciones y necesita a alguien que la sustituya. Con tal motivo, Teresa Camacho llega a Fuerteventura, al igual que sus compañeros de profesión, en 1980, y queda gratamente impresionada por su clima y sus playas. Tanto es así que, una vez que tras esta sustitución, regresa al hospital sevillano de la Macarena para terminar su especialidad, cuando se entera de que Isabel Merchán pide el traslado a Tenerife, decide regresar a Fuerteventura y presentarse a las oposiciones a pediatra de ambulatorio que se convocan al poco tiempo (Camacho T. entrevista personal, julio 2009). En cuanto a sus comienzos, Teresa Camacho relata lo siguiente:

No había mucha consulta de Pediatría, pues cuando yo llegué aquí, el médico de los niños era don José Peña, y la gente no estaba acostumbrada a pediatras. Con el tiempo, la gente fue confiando más en los pediatras, a lo que hay que sumar el hecho de que don José Peña se jubiló y se dedicó a su consulta privada, mientras que los pacientes cada vez recurrían más a la Seguridad Social (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

Al igual que le ocurre a Aristides Hernández Morán treinta años antes, cuando la doctora Camacho llega a Fuerteventura, le llama poderosamente la atención una cruz pintada que muchos niños presentan en la espalda y que descubre que ha sido realizada por un curandero para curar el “mal de ojo”. Según recuerda la pediatra,

Al principio era muy frecuente, y después cada vez menos. Hubo una época en que ya era una cosa aislada, sobre todo niños que me venían de algún pueblo del interior de la isla, y ya hace tiempo que no veo a ningún niño con la cruz pintada. Ahora con la inmigración ha aumentado la gente que cree en esas cosas, pero en lugar de la cruz llevan amuletos (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

Desde la vecina Tenerife llegan el ginecólogo Domingo Méndez y el cirujano Carlos Vilar —este último lo hace en 1981—. También regresa a su isla natal el analista mayorero José María Hernández Hierro, quien permanece fuera durante cuatro años, desde 1976, ejerciendo la docencia en la Facultad de Medicina de Badajoz, donde imparte la asignatura de Fisiología. A finales de 1979 recibe la llamada del director de la clínica, Guillermo Sánchez, quien le

cuenta la intención del INSALUD de contratar a nuevos profesionales para el centro, donde se requiere la presencia de un analista, y razón por la que le propone formar parte de esta nueva plantilla. El doctor Hernández Hierro, que aún recuerda cómo unos años antes su padre, aquejado de un cáncer, tiene que desplazarse a otras islas para realizar los necesarios controles de hemogramas, no se lo piensa demasiado, pues para él este reto “supone la oportunidad de poder ayudar al desarrollo de la isla”. De esta forma, el 1 de marzo de 1980 José María Hernández Hierro se incorpora al centro mayorero, convirtiéndose en el segundo analista de Fuerteventura tras José María Peña Yáñez, (Hernández Hierro J.M., entrevista personal, 2009), quien ese mismo año se jubila y dona a la clínica Virgen de la Peña sus libros de Medicina, su microscopio, sus matraces y demás material de laboratorio (Herrera Cabrera J., entrevista personal, julio 2009).

De esta forma, la plantilla de médicos de Fuerteventura se amplía en 1980 con más de una docena de nuevos facultativos del INSALUD, llegados desde diferentes lugares y casi todos ellos especialistas. Dado que la figura de médico adjunto contratado es provisional, el contrato que se realiza es por una duración de nueve meses, que se van prorrogando otros nueve y así sucesivamente. Esta misma temporalidad, hace que la situación a su llegada sea algo caótica, pues las guardias no están coordinadas y tampoco existe una adecuada organización en las nóminas. Tal y como recuerda Juan Letang, “era un asunto algo complicado, pero funcionó”.

A su llegada a Fuerteventura, a los nuevos médicos les resulta muy difícil encontrar una vivienda en Puerto del Rosario. Puesto que la mayoría de estos facultativos se conocen de Sevilla y comparten una buena amistad, cuando finalizan las obras de construcción de un edificio situado a escasos metros de la clínica, deciden instalarse en este inmueble, al que bautizan con el sobrenombre de la *Torre del Oro*, en recuerdo al emblemático monumento de la ciudad hispalense. Sin duda, la cercanía a la clínica es una ventaja tanto para ellos como el resto de personal sanitario, tal y como recuerda Juan Letang: “El segundo hospital era el edificio donde vivíamos, que estaba a cincuenta pasos del “Hospital Viejo”, así que cuando había una emergencia, el celador no perdía ni de vista la puerta del hospital para ir a llamarnos” (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Los citados médicos proceden del Hospital Virgen de la Macarena, de carácter universitario y que consta de mil camas, posee todas las especialidades, y solamente en el servicio de Cirugía dispone de una plantilla de sesenta médicos. En su nuevo destino, deben habituarse a una clínica de veinte camas en la que trabajan siete enfermeras, dos matronas, varias auxiliares de clínica, tres celadores y cinco médicos —el estomatólogo Antonio González Falcón; el ginecólogo Santiago Santander; el dermatólogo, internista y ayudante de cirugía Aristides Hernández; el analista José Peña, y el anestesista y director, Guillermo Sánchez— sin apenas medios. De hecho, el centro médico resulta demasiado pequeño para acoger a los nuevos facultativos, y éstos se ven obligados a pasar consulta haciendo turnos en el mismo lugar —uno, de ocho a diez de la mañana; el siguiente, de diez a doce del mediodía, y así sucesivamente— debido a la falta de espacio suficiente en el edificio. Éste, además, presentaba un alto estado de deterioro debido a la humedad y a la falta de mantenimiento (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Pedro Madero define la antigua clínica como “un transatlántico en medio del océano”, y recuerda que el quirófano, donde se atiende desde a un accidentado hasta una extirpación del bazo o una fractura, es totalmente séptico y no está esterilizado. Por ello, los ginecólogos se muestran reacios a practicar operaciones en él, si bien reconoce que esta circunstancia obedece estrictamente a los problemas de financiación que impiden dotar al centro de los recursos necesarios para funcionar adecuadamente. A pesar de todo, el médico resalta que jamás se registra ninguna infección causada por la contaminación microbiana del quirófano, un hecho que los médicos de la época atribuyen, según sus palabras, “a la acción de la Virgen de la Peña, protectora de los enfermos mayoreros”.

En el área de Pediatría, la doctora Camacho cuenta que, además de contar únicamente con el celador que reparte los números al llegar los pacientes, ya que no dispone de personal de enfermería ni de auxiliar que ayude al médico en la consulta, todo lo que encuentra son una mesa, una camilla y un talonario de recetas. No hay medicamentos, como antitérmicos o antibióticos, y el instrumental básico de Pediatría, como un estetoscopio, una pesa estándar o una pesa de bebé, tienen que ser aportados por ella misma. (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

Algunas de las áreas médicas que más padecen entonces la falta de medios, circunstancia que afectaba a todas las especialidades, son la Analítica y el Radiodiagnóstico. Con respecto a los análisis clínicos, cuando José María Hernández Hierro llega a la clínica, con lo único que cuenta para hacer su trabajo es con un aparato de lo más elemental y rudimentario, que data de los años sesenta y que, además, está estropeado. Éste recuerda la dificultad que supone conseguir una autorización para enviarlo a reparar a Tenerife, pues al haberse dejado de fabricar, su

arreglo tiene un elevado coste. Por suerte, según él mismo comenta, cuenta “con la colaboración de la enfermera Carmina y de la auxiliar Fefita”, y entre los tres hacen lo que pueden para montar un laboratorio con lo básico. (Hernández Hierro, J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Hernández Hierro, casi treinta años después, recuerda que conseguir un equipo de laboratorio en condiciones “fue difícil porque no había mucha conciencia de la importancia que podía tener la analítica a la hora de diagnosticar, y no teníamos medios”. Por suerte, esos medios son aportados por el entonces presidente del Cabildo y actual presidente de la Cruz Roja en Fuerteventura, Gerardo Mesa Noda, de quien el doctor Hernández Hierro señala: “Le estoy eternamente agradecido y Fuerteventura debería estarle eternamente agradecida”. Algunos miembros del pleno, sin embargo, llegan a oponerse a la compra por parte del Cabildo del citado equipo, al considerar que su adquisición “sólo supondría beneficios económicos para algunos médicos”. Ante esta situación, José María Hernández Hierro decide intervenir en la sesión plenaria para rechazar la consideración de esta propuesta como un negocio, “pues dicho material no se pide para laboratorios privados, sino para la clínica, y su objetivo es mejorar la analítica de la Sanidad pública”. Finalmente, Gerardo Mesa Noda aprueba la propuesta y con el dinero que concede el Cabildo se compra un equipo de laboratorio “bastante completo” (Hernández Hierro J.M., entrevista personal, marzo 2009).

A partir de ese momento, en el laboratorio de la clínica ya se pueden realizar pruebas imposibles de practicar con anterioridad. Esto último permite, junto con el recién adquirido respirador asistido, que los pacientes sean operados con mayores garantías, pues se evitan problemas respiratorios o de hemorragias. Asimismo, el equipo de gases y de iones permite tratar de forma satisfactoria a los niños que presentan deshidratación de verano. Poco a poco, con constancia y dedicación, el doctor Hernández Hierro consigue modernizar el laboratorio e incorporar nuevos aparatos y técnicas diagnósticas, si bien la tarea no resulta sencilla. De esta forma, en el plazo de dos años, la Medicina mayorera experimenta un notable salto, pues la Clínica Virgen de la Peña pasa de tener en 1980 un material mínimo para realizar lo más urgente y vital, que son las transfusiones de sangre, a, en 1982, y gracias a la aportación del Cabildo, llegar a disponer de un equipo de laboratorio “decente y suficiente para aquel momento y aquel tiempo” (Hernández Hierro J.M., entrevista personal, marzo 2009).

A pesar de este significativo avance sanitario en la isla, el laboratorio de la clínica no dispone de nevera, por lo que la sangre no se puede conservar, y debe ser transfundida inmediatamente después de su extracción. Esto implica que, aún entonces, en caso de necesidad de disponer de sangre con urgencia, se siga llamando a la Legión para el envío de soldados donantes. A finales de 1982, y antes de ser construido el hospital actual, la clínica impulsa la norma que establece que sean las familias de los pacientes la principal fuente de obtención de sangre, no sólo en el caso de operaciones programadas sino también en el de accidentes. No obstante, y según comenta el doctor Hernández Hierro, si el paciente tiene pocos familiares o un grupo sanguíneo poco habitual, sigue siendo fundamental la colaboración de la Legión.

Los escasísimos materiales con los que cuenta el centro médico les obligaba a reutilizarlos en la medida de lo posible, pues no hay presupuesto para adquirir otros nuevos. Esto es lo que ocurre, por ejemplo, con los depresores linguales o con los conos para los oídos, que se lavan después de cada uso para volver a ser utilizados (Camacho T., entrevista personal, julio 2009). Del mismo modo ocurre, por ejemplo, con las jeringuillas, en un principio de cristal y que, después de ser usadas, tanto éstas como las agujas, son hervidas para su desinfección, empleándose con posterioridad.

Más tarde, a algunos miembros de la clínica les cuesta acostumbrarse a los productos desechables, que empiezan a utilizarse en la etapa de actividad final del centro. El doctor Hernández Hierro recuerda el desconcierto del administrador Dámaso Rodríguez “cuando veía que los tubos para extraer sangre se usaban una vez y después se tiraban. Sin duda, esto era una novedad pues, anteriormente, tras ser utilizados, estos tubos se lavaban para quitarles los restos de sangre y volvían a emplearse para otros enfermos”. También, el celador José Rodríguez observa entonces con asombro los nuevos cambios, pues “los guantes de goma que hoy sólo se usan una vez, en ese entonces se lavaban para esterilizarlos y después, con una gasa, se guardaban en un recipiente”. Este tipo de prácticas nada tienen que ver con la actualidad, pues, tal y como el celador, ya jubilado, afirma, “hoy todo es de usar y tirar” (Rodríguez García J., entrevista personal, septiembre 2008).

La falta de aparatos y de instrumental hace que los médicos tengan que ingeniárselas como puedan. Según explica el doctor Letang, llega un momento en el que esta situación de gran precariedad y práctica imposibilidad de realizar su trabajo en condiciones, hace que los médicos decidan ponerse en huelga. Antes, y con la intención de aplacar los ánimos de los facultativos, José Esteban Santisteban acude nuevamente a la isla y promete acometer

las reformas y mejoras que Guillermo Sánchez tiene en mente, consistentes en dotar al “Hospital Viejo” de medios y en proceder a la construcción inmediata de un nuevo hospital.

En 1980, la precaria situación hace que a los facultativos de la clínica les cueste creer que esas promesas se cumplan, pues todo parece demasiado lejano y poco factible.

Todo eso se fue cumpliendo poco a poco con el tesón de don Guillermo, que no nos dejó en ningún momento, ni como anestésista, ni como director del hospital, ni como organizador de todos los pasos que dábamos en ese hospital, pues nunca desfalleció, nunca lo vi faltar al hospital ni que tuviera una excusa para no ir a cualquier hora del día o de la noche ante un asunto hospitalario (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Las dificultades derivan del complicado sistema de funcionamiento de la clínica, que siendo gestionada por el ISM, se encuentra ubicada en un edificio que es propiedad de otra institución, el Cabildo de Fuerteventura, y cuenta con una mayoría de médicos contratados por una entidad distinta, el INSALUD. Esta estructura obstaculiza enormemente la financiación del centro pero, tal y como afirma Juan Letang, el director de la clínica, que tiene experiencia como presidente del Cabildo en gestionar asuntos complicados, en precarias condiciones y sin apenas medios, hace lo posible para que, pese a ello, el centro funcione y la Sanidad de la isla mejore:

Sólo una cabeza como la de Guillermo Sánchez podía llevar adelante una empresa tan complicada, con un edificio propiedad de un organismo, con profesionales dependiendo de otro distinto y con una gestión dependiente de un tercero. Meter eso en alíneo era bastante complicado y Guillermo Sánchez supo, pudo y lo quiso hacer (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

El resultado es que “con el concurso de todos y cada uno de los miembros de esa pequeña plantilla de especialistas y de los dos médicos de urgencias, así como con la dirección y el apoyo indiscutible y total de Guillermo Sánchez, aquí se pudo hacer mucha y muy buena Medicina sin medios” (Letang J., entrevista personal, septiembre 2008).

Prueba de ello es que en estos casi tres años —desde enero de 1980 hasta septiembre de 1982—, la gestión del director Guillermo Sánchez Velázquez consigue que, de tener un hospital rudimentario en el que solamente se realizan operaciones quirúrgicas de urgencia, siendo las restantes derivadas a otras islas, Fuerteventura pasa a contar con un hospital básico donde, a pesar de las múltiples carencias y problemas de financiación, se practican más de cien intervenciones quirúrgicas anuales. Este cambio constituye el primer paso del hospital actual de Fuerteventura, pues durante este periodo de tiempo, el doctor Sánchez Velázquez se preocupa de que en Madrid se reconozca la necesidad que tiene la isla, a pesar de su bajo número habitantes, de contar con un hospital del INSALUD, financiado por éste y con plazas de médicos titulares pertenecientes también a este organismo. Este compromiso lo consigue en 1981, y por fin, a finales de 1982, ve la luz el Hospital General de Fuerteventura, ya dependiente del INSALUD y actualmente en proceso de reforma por ampliación.

Toda esta labor de pasar hospitalariamente de la nada a todo lo que tenemos hoy tiene un nombre y unos apellidos y todas las generaciones futuras deben saber que hubo un hombre anestésista, en su día Presidente del Cabildo y comprometido con la isla que fue artífice y promotor y primera figura de ese primer hospital básico y después del hospital actual que tenemos hoy (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

A pesar del avance que supone para la Sanidad mayorera la llegada de los nuevos especialistas, en muchas ocasiones, como se ha comentado anteriormente, sigue siendo necesario evacuar los casos muy graves a Gran Canaria, pues aún faltan varias especialidades en la isla y necesarios recursos materiales. Puesto que el aeropuerto de El Matorral cierra en esta época a las ocho de la noche, los trámites y el tiempo que supone abrir el aeropuerto una vez cerrado y movilizar a todo el personal que trabaja en el mismo hacen que sólo se evacúen en horas nocturnas a los enfermos extremadamente graves. Juan Letang añade que “aunque el Servicio Aéreo de Rescate tenía enfermeros, en las ocasiones en que, por ejemplo, el paciente necesitaba ventilación asistida, éste iba acompañado por un médico de la clínica, a no ser que fuera el único de su especialidad que se encontrara en la clínica, en cuyo caso debía ir con él otro facultativo”.

Sobre el funcionamiento de este sistema de traslado de enfermos desde Fuerteventura, Juan Letang señala que:

Jamás tuvimos queja ni por parte de la Delegación del Gobierno ni por parte de los militares. Todas las evacuaciones se hicieron muy bien. Jamás hubo un problema serio para traer un avión ni para llevar a un

enfermo, y la colaboración siempre fue magnífica. Los dos años que yo estuve en el Hospital Virgen de la Peña, con todas las carencias, con todos los problemas de ese hospital, de habitabilidad, de funcionamiento y de todo tipo, lo único que vimos los que vinimos de fuera fue colaboración por parte de todos: del Instituto Social de la Marina, del Cabildo, de la Policía, de la Delegación del Gobierno, de los militares y de la Legión. Y eso habla de la necesidad que tenían los majoreros de tener un hospital, aunque fuera ése. Era algo para ellos muy importante.

Al respecto, José María Hernández Hierro destaca lo siguiente:

El esfuerzo de los médicos, tanto de los que llegaron en 1980 como de los que estaban desde antes, y de todo el personal de la Clínica Virgen de la Peña, por ofrecer a los majoreros la asistencia sanitaria que precisaban, les hacía estar disponibles las veinticuatro horas del día durante los trescientos sesenta y cinco días del año —pues no había más de uno o dos médicos por especialidad—, y además recibiendo únicamente el salario de su horario oficial, pues en ningún momento se pagaban las horas extras, hasta que entre el año 83 y el 84, y después de muchas reivindicaciones, el Gobierno les retribuyera una parte de todos esos años sin cobrar las guardias (Hernández Hierro J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Esta situación se mantiene durante muchos años y continúa de este modo en la primera etapa del hospital de la Seguridad Social, hasta que, según apunta Hernández Hierro, “poco a poco y tras mucho esfuerzo e insistencia, aumenta la plantilla de profesionales y se consiguen, primero, técnicos de laboratorio para el fin de semana; después, llegan enfermeros para las noches y, finalmente, el laboratorio permanece abierto las veinticuatro horas del día, con la consiguiente organización de turnos”.

A la necesidad de estar disponibles permanentemente, hay que añadir los problemas de localización. Hasta principios de los años ochenta, son muy pocas las casas particulares que en Fuerteventura disponen de teléfono, motivo por el que, cuando hay que localizar donantes de sangre, Dámaso Rodríguez y Tomás Saavedra van en coche, casa por casa pidiendo voluntarios, tal y como se ha comentado con anterioridad. De la misma manera, cada vez que se hace necesaria la asistencia de algún médico fuera de su horario laboral, “uno de los celadores, Pepe, Eusebio o Felipe, tenía que acudir a su casa a avisarlo” (Hernández Hierro J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Cuando los facultativos salen de su casa, deben llamar a la clínica, avisar de dónde se encuentran y dejar un número de contacto. Esto implica que solamente pueden acudir a lugares donde hay teléfono. Tiempo después, la clínica crea un sistema de localización mediante unos “búsquedas” de grandes dimensiones, pero, sin duda, la gran innovación “que ya fue un cambio completo en nuestras vidas” llega con el teléfono móvil (Hernández Hierro J.M., entrevista personal, marzo 2009).

A pesar de todos estos inconvenientes, el apoyo y la colaboración de la población majorera supone un aliciente para los médicos del “Hospital Viejo”:

En el tiempo que nosotros estuvimos funcionando en condiciones muy precarias en el hospital, jamás y nunca recordamos ninguno de nosotros una queja de ningún usuario, de ningún enfermo ni familiar majorero, para ellos era una cosa nueva que mejoraba la isla y todas las personas de aquí, todos los majoreros nos ayudaron mucho a que ese hospital fuera para adelante (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

2.4.11. CIERRE DE LA CLÍNICA VIRGEN DE LA PEÑA

La Clínica Virgen de la Peña se queda pequeña, como ya se ha repetido, para atender adecuadamente a “una población en crecimiento como era la de Fuerteventura en los años setenta”. Esta situación resulta especialmente manifiesta en 1972, cuando la tragedia de los paracaidistas que maniobran en Tefía “desbordó totalmente las posibilidades de aquel centro sanitario”. Este triste episodio, junto con el creciente aumento poblacional y las continuas quejas y demandas por parte de los profesionales médicos y de las instituciones de la isla para que se provea a ésta de las prestaciones sanitarias necesarias, motivan al Instituto Nacional de Previsión a incluir entre sus proyectos para el cuatrienio 1976-1979, la construcción de una clínica de ochenta camas en la isla de Fuerteventura (Hernández A. 2009, p. 236).

El 14 de octubre de 1982, tiene lugar la inauguración del Hospital General de la Seguridad Social de Fuerteventura, hecho que supone un cambio fundamental en la asistencia sanitaria de la isla —como lo significa en su día

la apertura de la Clínica Virgen de la Peña—, y que marca un antes y un después en la historia de la Medicina en Fuerteventura.

La Clínica Virgen de la Peña es finalmente clausurada, y todo el material médico y quirúrgico es trasladado al nuevo hospital, adonde marchan también los médicos y demás profesionales que hasta ese momento desarrollan su actividad profesional en la clínica.

En su *Libro de Recuerdos de un Médico Rural*, Arístides Hernández Morán dedica unas páginas a todas las enfermeras, auxiliares, practicantes, celadores y personal de limpieza y de administración que hacen posible el funcionamiento de la Clínica Virgen de la Peña:

Dña. Ana Reina, Dña. Isabelita Resilla, Dña. Carmina Santana, Dña. Estebana Hernández Brito, Dña. Asunción Ravelo, Dña. Ana Fleitas, Dña. Mercedes Berriel, Dña. Isabel de León, Dña. M^a del Carmen Álamo, Dña. Josefa Rodríguez, Dña. Hortensia Mesa y Dña. Veluca; las auxiliares de clínica Dña. Juanita Jorge, Dña. Ildé Rodríguez, Dña. Francisca Hernández Jordán, Dña. M^a Luz Ramos, Dña. Otilia Carrión, Dña. Dominga Morales, Dña. Agustina Cabrera, Dña. Narcisca Padilla, Dña. Flora Hernández, Dña. Mita Santana, Dña. Herminia Cabrera, Dña. Fefita Herrera, Dña. Luli Hernández y Dña. Manola Gómez; el practicante D. José González Melián; los celadores D. Eusebio Carballo, D. Felipe [...] [Gil] y D. Pepe Rodríguez; el personal de limpieza y cocina formado por Dña. Rosa Rodríguez y Dña. Isabelita Fuentes; y Dña. Loly Santana; y al frente de la oficina, para el trabajo administrativo, estaban D. Dámaso Rodríguez, Dña. M^a José Hierro, D. Tomás Saavedra y Dña. Censa Gutiérrez.

Estas personas formaron el primer equipo hospitalario con que contó la isla. A todos ellos, muchos ya fallecidos, los recuerdo con gran cariño y también con admiración y respeto por la agotadora tarea que realizaron para mejorar la calidad sanitaria de la isla. Sin duda fueron y en muchos casos siguen siendo excelentes profesionales que se sacrificaron por la salud y el bienestar de los habitantes de Fuerteventura (Hernández A. 2000, pp. 214-215).

En el antiguo edificio permanecen activos únicamente el Centro de Higiene y el Ambulatorio, donde continúan su trabajo el doctor Arístides Hernández Morán como jefe de Sanidad, la pediatra Teresa Camacho Alvarez, la médica de cabecera Dulce M^a Morales Rocha, el celador Eusebio Carballo, una auxiliar y una limpiadora.

Poco antes del cierre del centro médico se implanta en el Ambulatorio el Servicio de Urgencias, que funciona desde las cinco de la tarde hasta las nueve de la mañana. Este dispositivo, en el que trabaja durante muchos años el médico de Urgencias Miguel González Dalloz, se mantiene en este edificio hasta que, en enero de 1996, se inaugura el Centro de Salud de Puerto del Rosario (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

Tras el cierre de la Clínica Virgen de la Peña, las instalaciones que durante catorce años albergan este centro médico son reconvertidas por el Cabildo de Fuerteventura en Universidad Popular en 1986, (De Armas et al. 2000, p. 186) y, en la actualidad, acogen el Centro Bibliotecario Insular.



2.5. EL HOSPITAL GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Para los médicos que tuvimos que ejercer en la isla durante las décadas de los años cincuenta, sesenta y setenta, la inauguración del nuevo hospital de la Seguridad Social era un sueño hecho realidad. Ello supuso un cambio esencial en la sanidad de la isla y en la forma de practicar la medicina. En comparación con épocas anteriores ahora se disponía de medios técnicos avanzados que permitían hacer mejor los diagnósticos, había personal auxiliar, personal administrativo, cada médico tenía su consulta, su cupo de pacientes, su horario de trabajo, sus auxiliares de enfermería, etc. (Hernández A. 2009, pp. 236-237).

El día 14 de octubre de 1982 se inicia una nueva etapa en la historia de la Sanidad majorera con la apertura del Hospital General de Fuerteventura, dotado de ciento veinte camas. A principios de los años ochenta, la población majorera asciende a unos treinta mil habitantes, lo que supone el derecho a un hospital de sesenta camas —dos camas por cada mil habitantes— según la normativa vigente. Sin embargo, el esfuerzo de las autoridades sanitarias de la isla por lograr un centro hospitalario de cien camas les lleva a reclamar su condición de Insularidad, situación extraordinaria que mantiene a la población de Fuerteventura aislada del centro hospitalario de referencia en Gran Canaria la mitad del año, pues por la noche el aeropuerto permanece cerrado y se hace imposible la evacuación hasta la mañana siguiente. Por esta vía, se logra una cama más por cada mil habitantes para el hospital majorero, que finalmente abre sus puertas con ciento veinte camas para garantizar la dotación suficiente en las siguientes décadas ante el crecimiento poblacional que la isla viene experimentando desde los años setenta, y que ya en esta época se prevé que va a aumentar notablemente en el futuro, tal y como efectivamente sucede (Sánchez Velázquez G., notas).



Vista aérea del Hospital General de Fuerteventura, 1983. Fuente: Índice de ilustraciones (25)

Con respecto a los profesionales médicos del centro, pertenecientes ya al INSALUD, este organismo convoca plazas de médicos titulares para Fuerteventura. Si bien algunos de los facultativos de la plantilla, destinados en la anterior Clínica Virgen de la Peña como adjuntos contratados cambian de destino, otros obtienen su plaza titular y se establecen definitivamente en la isla. Es el caso de Juan Letang, José María Hernández Hierro, Teresa Camacho, Ángela de la Cruz y Pedro Madero. También, pasa a formar parte del INSALUD y a trabajar en el nuevo hospital gran parte del personal sanitario de la clínica que pertenecía al ISM, como el ginecólogo Santiago Santander, las enfermeras, las auxiliares de clínica y los celadores José Rodríguez, Eusebio Carballo y Felipe Gil, a los que se añade Tino, quien aún hoy continúa en activo en el hospital.

En este proceso de adjudicación de plazas para la isla majorera tiene una especial relevancia Juan García Talavera, entonces jefe del INSALUD en Canarias. Este facultativo, quien ostenta en la actualidad el puesto de jefe de Hematología del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria de Tenerife, presta una gran ayuda a los médicos de la isla, pues apoya la convocatoria de plazas de especialistas médicos en Fuerteventura e incluso se desplaza a la

isla para organizar todo el proceso de oposición, incluyendo la creación de tribunales, la convocatoria de plazas y, en definitiva, conforma la composición de la primera plantilla de médicos del INSALUD de Fuerteventura (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Asimismo, se produce por entonces un cambio en la Administración del centro, pues Dámaso Rodríguez, director en Fuerteventura del Instituto Social de la Marina hasta entonces, se traslada a la Casa del Mar de Puerto del Rosario –Tomás Saavedra lo hace previamente en 1979–, y la gestión del nuevo hospital corre a cargo del trabajador del INSALUD Andrés Vinaches, quien se incorpora en la última etapa de la antigua clínica (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

En el “Hospital Nuevo”, el número de médicos especialistas va aumentando progresivamente. Uno de los facultativos que se incorpora al nuevo centro sanitario desde sus comienzos es el mayorero Antonio Ortega, “hijo del pueblo de Antigua, cuna de prestigiosos médicos”. Ortega, primer médico rehabilitador de Fuerteventura, pone en marcha, en enero de 1983, el Servicio de Medicina Física y Rehabilitadora del Hospital General de Fuerteventura, junto con un celador, un auxiliar clínico y dos fisioterapeutas. “En ese entonces fue una novedad importante, pues era la primera vez que existía ese tipo de asistencia sanitaria”, recuerda Ortega. Casi treinta años después, el médico rehabilitador continúa ejerciendo su labor al frente de esta especialidad “infatigable y con el espléndido humor que le caracteriza” (Revista Orobol 2008, nº 87, p. 26).

Muchos de los médicos que conforman aquella primera plantilla, recuerdan en la actualidad, y de manera especial, el alto nivel profesional y humano de muchos facultativos que ya no ejercen en el hospital mayorero. Destaca, especialmente, el desarrollo que experimenta la Medicina Interna gracias a la presencia de los especialistas Joaquín Franco, Mario Armas y, posteriormente, Saturnino Suárez, a quienes sus compañeros del hospital no dudan en calificar como “unos extraordinarios internistas”.

2.5.1. DIRECCIÓN DEL CENTRO

Juan Letang relata que el primer director del hospital es el inspector del INSALUD en Fuerteventura, Antonio San Juan. El segundo director, Antonio Alemán Artilles, tiene en mente la configuración de un hospital moderno, y pone en marcha el proyecto de organizarlo administrativamente, esto es: dotarlo de archivos de historia clínica –una carencia de la que ya se parte en la antigua Clínica Virgen de la Peña–, de servicios de admisión, un servicio de atención al usuario y, en definitiva, de una estructura administrativa suficiente como para poder realizar la gestión de cobros a terceros y toda la tramitación de facturación que un hospital requiere. Tras su breve gestión, que apenas dura un año, le sustituye Alberto Talavera, quien permanece en el puesto durante casi tres años.

En este tiempo, se amplía la plantilla de médicos y se normaliza el diseño de hospital comarcal, al que corresponden tanto el de Fuerteventura como los hospitales de otras islas y también muchos de la Península. Tras la marcha de Alberto Talavera a Lanzarote, el siguiente gerente es Juan Letang, actual jefe del Servicio de Cirugía del centro hospitalario. Letang dirige el hospital durante dos años, 1989 y 1990, tras los cuales la Sanidad es transferida desde el Estado a las Comunidades Autónomas, pasando en Canarias el INSALUD a convertirse en el Servicio Canario de Salud. La siguiente gerente de la entidad sanitaria es Blanca Fraguera, quien posteriormente se desplaza a Lanzarote, y a quien sustituye Honorio Marrero, actual jefe de Urgencias del centro hospitalario.

Tras Marrero, el cargo de gerente pasa a ser ocupado por Susana Barbosa, quien lleva la dirección del centro durante unos diez años y que, actualmente, es jefa de Admisión. El siguiente director del hospital es Domingo Robayna Ojeda, quien ya ha estado en contacto con la Sanidad mayorera al haber sido el primer psiquiatra de la isla, ocupación que ejerce en los años setenta en la antigua clínica Virgen de la Peña. A éste le sigue Manuel Gianonatti y, el último y actual gerente del Hospital General de Fuerteventura es Jaime Cabal Serrano, lo que hace un total de diez directores en casi treinta años, si bien no todos han ocupado el cargo durante el mismo periodo de tiempo (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

En 1986, en el ala norte del Hospital General, que en ese momento se encuentra vacía, se ubica, a falta de edificio propio, el antiguo Ambulatorio, que pasa a convertirse en el primer Centro de Salud de Puerto del Rosario, al que se entra por un acceso exterior del hospital. A éste se incorpora el personal del antiguo Ambulatorio, Arístides Hernández Morán y Teresa Camacho, quien a partir de esta nueva etapa ya cuenta con dos compañeras más de especialidad en el centro, Gladys E. Rodríguez Pérez y, posteriormente, Marisa Naranjo. Con el tiempo se van incorporando más pediatras al hospital, como por ejemplo Pilar Álvarez, Carmen Romero y también un pediatra majore-

ro, José Manuel Sánchez López, natural de Gran Tarajal. Finalmente, en enero de 1996 se inaugura el edificio que en la actualidad alberga el Centro de Salud de Puerto del Rosario (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

2.5.2. ETAPAS DEL "HOSPITAL NUEVO"

Al igual que sucediera con la Clínica Virgen de la Peña, el Hospital General de Fuerteventura ha ido evolucionando y ampliándose de forma paralela al desarrollo socioeconómico de la isla. En sus comienzos, el nuevo centro se construye con una gran visión de futuro, pues de las cuatro alas de las que consta, solamente se habilitan dos de ellas, ya que las otras dos no son necesarias en ese momento. Sin embargo, el «boom» económico que experimenta Fuerteventura en las últimas décadas, debido al turismo, hace que en pocos años el hospital se vaya quedando pequeño y que sea preciso ocupar las dependencias que inicialmente están vacías (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Se puede considerar, según indica Letang, que en sus casi treinta años de existencia, transcurren tres etapas en la historia del hospital, a lo largo de las cuales se consigue triplicar los medios técnicos y los servicios sanitarios con respecto a los comienzos. La primera fase la constituye una etapa básica, en condiciones similares a las de los dos últimos años de existencia de la Clínica Virgen de la Peña, con poco personal, tanto auxiliar como de administración y de enfermería, y con casi los mismos médicos del "Hospital Viejo", pero con la diferencia de que ahora éstos pasan a ejercer la Medicina en un centro mucho más amplio, "enormemente grande para las necesidades que en principio teníamos que cubrir". Esta primera etapa básica coincide con el periodo de gerencia del primer director del hospital, Antonio San Juan.

Tras la llegada del segundo director, Antonio Alemán Artilles, comienza una segunda etapa en la que, además de configurarse un hospital moderno, con servicios administrativos no existentes hasta ese momento como son los de admisión, archivo de historiales médicos o facturación de centros privados y de aseguradoras, se convocan oposiciones de nuevas especialidades: Urología, Otorrinolaringología, Cardiología, Hematología, o Anatomía Patológica. "La incorporación de especialistas de estas nuevas áreas hace que casi se duplique la plantilla del hospital y que, en consecuencia, éste suba de nivel" (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Finalmente, en la tercera y actual etapa, además de crearse el Servicio de Atención al Cliente, se incorporan los últimos servicios básicos de los que el hospital carece, como son la UCI y la Unidad de Diálisis, así como las restantes especialidades médicas: Neurología, Alergología, o Aparato Digestivo. También aumenta la plantilla de ginecólogos y de traumatólogos —los especialistas más demandados—, como consecuencia del crecimiento de la población majorera. Únicamente faltan algunos tratamientos como Radioterapia y las «superespecialidades» quirúrgicas: Neurocirugía, Cirugía Pediátrica, Cirugía Vasculor o Cirugía Maxilofacial, que son ramas muy específicas que no se pueden desarrollar por ser muy escaso el número de pacientes demandantes de las mismas, lo que supone un gasto demasiado elevado (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Lo mismo ocurre en el laboratorio, pues determinadas pruebas analíticas no se realizan por su escasa demanda, y resulta más económico extraer las muestras y enviarlas al laboratorio pertinente situado fuera de la isla. De este modo, se puede decir que el Hospital General de Fuerteventura dispone actualmente de todas las especialidades médicas con las que cuentan los hospitales comarcales" (Hernández Hierro J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Pero, además de las especialidades, los medios técnicos del hospital también evolucionan a lo largo de estos casi treinta años. Uno de los primeros es, sin duda, la nevera para conservar la sangre, que se añade al material de analítica trasladado desde la Clínica Virgen de la Peña y que revoluciona el sistema de transfusiones. Aún así, este equipo de laboratorio sigue sin alcanzar el nivel de otros hospitales de la Comunidad Autónoma, pues ya desde la clínica se parte de un retraso considerable. En el nuevo hospital, los profesionales de la analítica empiezan a elaborar planes de necesidades. Como consecuencia de ello, el laboratorio del hospital majorero, fiel a su compromiso de realizar transfusiones con total garantía, es uno de los pioneros en Canarias, en los años ochenta, en realizar análisis de hepatitis y de HIV, dado que su banco de sangre proviene de la Legión y las zonas acuarteladas son proclives a convertirse en focos de transmisión de enfermedades, tal y como indica Hernández Hierro.

Poco a poco, el laboratorio va modernizándose hasta llegar a constituir en la actualidad uno de los más prestigiosos de los existentes en los hospitales de Canarias, hasta el punto de superar en algunos aspectos el nivel de los hospitales universitarios del archipiélago. De hecho, el actual jefe de Laboratorio del hospital majorero, José María Hernández Hierro, asistente asiduo a congresos y conferencias, afirma que "éste se encuentra totalmente a la vanguardia con respecto a lo que se puede encontrar en cualquier hospital del mundo".

Junto con la mejora de los medios materiales y el aumento de especialidades, también es necesario aumentar la plantilla de personal sanitario en aquéllas ya implantadas, si bien dicho incremento en muchas ocasiones no se produce con la celeridad deseada. Éste es el caso, por ejemplo, de la Medicina Física y Rehabilitadora, una de las primeras especialidades médicas que incorpora el Hospital General de Fuerteventura. Antonio Ortega, jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitadora del Hospital, y durante dos décadas el único médico rehabilitador de la isla, opina sobre esta cuestión:

...hemos mejorado en cuanto a dotación de personal y en dotación de aparataje, aunque hemos sabido lo que es la precariedad. Hemos vivido años tremendamente difíciles, principalmente porque ha habido una sobrecarga de trabajo brutal, y un personal que no aumentaba. [...] En estos últimos años, la presión asistencial ha sido mucha. En 25 años de ejercicio médico, no he estado nunca de baja laboral, veníamos a trabajar incluso con fiebre (*Orobal 87, p. 26*).

Afortunadamente, algunos años atrás, este servicio también se habilita en Morro Jable y en Corralejo: "Anteriormente, los pacientes tenían que recorrer más de 200 kilómetros para ser atendidos en Puerto del Rosario". De las palabras del doctor Ortega se desprende que la Medicina Física y Rehabilitadora en Fuerteventura, como otras muchas especialidades, ha mejorado considerablemente en los últimos años, aunque aún queda mucho por hacer:

Para la población que tiene Fuerteventura, que supera los 100.000 habitantes, no hay personal sanitario suficiente. [...] ...actualmente, Fuerteventura cuenta con tres especialistas en Medicina Física, además de mí, hay otro especialista en Puerto del Rosario y una compañera en Gran Tarajal, un número insuficiente (*Orobal 87, p. 26*).



2.6. LA MEDICINA RURAL DESDE LOS AÑOS SETENTA HASTA LA ACTUALIDAD

Sin duda, este centro hospitalario y los centros de salud abiertos posteriormente en distintos lugares de la isla como Morro Jable, Gran Tarajal, Corralejo y Puerto del Rosario, los numerosos consultorios médicos de los pueblos y los centros médicos privados, han supuesto, pese a las carencias y deficiencias que siempre existen, un paso de gigante en la atención sanitaria de la población de Fuerteventura (Hernández A. 2009, pp. 112-113).

Varios de los actuales médicos de APD de Fuerteventura comienzan a ejercer en la isla desde más de veinticinco años atrás, lo que les permite ser testigos del profundo cambio que ésta experimenta en las últimas décadas. Entre ellos, se encuentran Carlos González Cuevas, quien llega a Fuerteventura en 1972 y es médico titular del municipio de Pájara desde 1976; Antonio González Falcón, médico de APD del municipio de La Oliva desde 1975 y residente en la isla desde 1972; Carlos Martín Montoro, llegado a la isla en 1974 y médico de APD de Tuineje hasta su fallecimiento, y José María Cataráin Tagle, médico titular del municipio de Antigua desde 1983.

En épocas pasadas, los médicos titulares de Asistencia Pública Domiciliaria tienen encomendadas básicamente dos funciones: por un lado, la asistencia médica a los habitantes de un municipio, cargo que depende de la Seguridad Social; por el otro, también deben asumir la inspección de Sanidad de cualquier establecimiento público –bares, restaurantes, hoteles y otros– del distrito, pues estos facultativos tienen la categoría de técnicos de salud pública, por lo que también son funcionarios del Ministerio de Sanidad. Con el traspaso de la Sanidad desde el Gobierno Central a las comunidades autónomas, se produce la creación en Canarias del Servicio Canario de Salud, que pasa a gestionar la labor de este cuerpo de médicos y que les exime de la tarea de inspección sanitaria al disponer el citado organismo de su propio cuerpo de inspectores de Sanidad (Cataráin Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Como funcionarios de APD, los médicos rurales atienden su consulta durante varias horas y, además, tienen a su cargo la atención domiciliaria de los pacientes que la soliciten y el servicio de urgencias de veinticuatro horas (González Falcón, A., entrevista personal, julio 2009). La atención de este servicio de urgencias por parte de un solo médico en todo el municipio le obliga a éste a estar localizable las veinticuatro horas del día durante todo el año (Cataráin Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

2.6.1. NORTE

En 1973 llega a Fuerteventura el médico estomatólogo Antonio González Falcón, natural de Arucas, contratado por el Instituto Nacional de Previsión para ejercer en la Clínica Virgen de la Peña como dentista. El doctor González Falcón, quien estudia la carrera de Medicina en Salamanca y la especialidad en Madrid, se convierte en el segundo dentista de Fuerteventura, tras Pedro Medina Voltes, gracias a la gestión de Guillermo Sánchez Velázquez, tal y como se comenta en el capítulo dedicado a la clínica.

Para Antonio González Falcón, quien lleva un tiempo trabajando en Madrid, no resulta fácil adaptarse a la vida en Fuerteventura. El propio estomatólogo recuerda, entre otras cosas, la ausencia de alumbrado público; que al mediodía cierran todos los bares y no se puede tomar café en ningún sitio; que los escasos establecimientos donde es posible cenar cierran a las nueve de la noche, y que los taxis dejan de circular a partir de las diez. Esta última circunstancia obliga al médico a volver caminando todas las noches a su domicilio en Playa Blanca desde la clínica, con los bolsillos llenos de piedras para ahuyentar a los perros que suelen aparecer por el camino. También le llama la atención la alta proporción de mujeres que hay en la isla en relación a los hombres, pues en esta época muchos de ellos están trabajando en Sidi Ifni y en el Sáhara (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

A los dos años de estar ejerciendo como dentista en Puerto del Rosario, sale a concurso la plaza de APD de La Oliva, plaza que ocupa en régimen de interinidad; cuatro años después obtiene la titularidad tras presentarse a las oposiciones restringidas, aunque su destino es provisional; finalmente, al año siguiente, consigue el puesto de médico titular con destino definitivo en La Oliva. En este municipio ejerce el doctor Antonio González la medicina primaria hasta el año 2003, fecha en la que se retira por baja laboral hasta su jubilación, que tiene lugar dos años después (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

Cuando el estomatólogo comienza a desempeñar su labor como médico de APD en La Oliva, aún no existe policía municipal ni guardia civil en este distrito, por lo que se ve obligado a disponer de una pistola en su consulta “por lo que pueda pasar”, hábito que se prolonga durante varios años hasta que la policía tiene presencia en la localidad.

Tampoco existe a su llegada alumbrado público, y la electricidad es suministrada por un motor del ayuntamiento únicamente hasta las doce de la noche, por lo que las urgencias que se producen después de esta hora tienen que ser atendidas por el médico mediante el empleo de velas o con una bombona de butano. Asimismo, el doctor Antonio González recuerda que, a su llegada a Fuerteventura, la carretera que va desde Puerto del Rosario hacia el norte por la costa llega hasta el Parque Holandés, y la que lleva a La Oliva por el interior, acaba en Villaverde. Por lo tanto, aún no existe carretera hasta Corralejo, aunque al poco tiempo de llegar el estomatólogo se abre una pista de tierra que conecta Villaverde con Corralejo. (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

En un principio, el doctor González Falcón pasa consulta de APD en la Casa del Médico del pueblo de La Oliva, que es la cabecera de partido del municipio, pero tiempo después, el jefe de Sanidad de Las Palmas le solicita que también pase consulta una vez en semana en Corralejo, a petición del Instituto Social de la Marina. Este organismo construye una Casa del Mar en esta localidad, y dado que la ley vigente en ese momento determina que en un núcleo de población con menos de cien mil habitantes sólo puede ejercer el médico titular de ese municipio, en dicha Casa del Mar sólo puede desempeñar su trabajo el médico rural o bien uno contratado por el Instituto Social de la Marina. Como estas nuevas instalaciones no están provistas de servicio médico y, por lo tanto, no pueden funcionar, la Jefatura de Sanidad de Las Palmas recoge la propuesta del ISM y, como se ha comentado anteriormente, pide al doctor González Falcón que preste sus servicios en esta Casa del Mar de Corralejo (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

El facultativo accede a la solicitud y, de este modo, además de atender diariamente a sus pacientes en La Oliva, durante unos siete años acude dos o tres veces en semana a Corralejo, de forma totalmente gratuita y sin cobrar por atender a los vecinos de esta localidad. También en Corralejo dirige durante varios años el funcionamiento de Cruz Roja cuando este organismo establece su sede en la Casa del Mar (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

Al igual que relatan otros médicos que ejercen en Fuerteventura en esta época y en otras anteriores, la escasez de facultativos hace que, junto a la presencia del médico rural, coexista la práctica de la medicina tradicional. Así, el doctor Antonio González recibe en su consulta a algunos pacientes que han sido previamente tratados por curanderos mediante "santiguados" o huevos fritos en el pecho. Aunque no son muchos los casos de este tipo que se le presentan al médico, es consciente de que el curanderismo está muy arraigado y de que son numerosas las personas que recurren a esta práctica que, normalmente, se oculta al médico por vergüenza (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

En cuanto a las enfermedades más comunes que tiene que tratar en La Oliva, el doctor Antonio González recuerda una especial incidencia de trastornos de la piel, hipertensión, diabetes, cáncer y, sobre todo, de las fiebres paratíficas, a las que califica de endémicas en este municipio. El médico tiene noticia de su importancia gracias a su antecesor en el puesto, Arístides Hernández Morán, quien le aconseja que esté alerta con respecto a su alta presencia en el municipio, y que se caracterizan por fiebre alta, sudoración y gorgoteo al palpar la fosa inguinal derecha. El origen de las fiebres paratíficas se encuentra, tal y como indica el doctor Hernández Morán en su *Libro de Recuerdos de un Médico Rural*, en la contaminación de las fosas sépticas y de los pozos negros, cuyos gérmenes van a parar a los aljibes. En verano, cuando el nivel del agua de los aljibes disminuye, el doctor González Falcón recuerda que "empezaban a aparecer las paratíficas por todos lados, y había que tener mucho cuidado" (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

2.6.2. CENTRO

José María Cataráin Tagle, médico titular de Antigua desde 1983, se traslada a Fuerteventura desde Santander "buscando un clima cálido y sin lluvias". Este municipio del interior de la isla, a su llegada, cuenta ya con el recién inaugurado Hospital General de la Seguridad Social de Puerto del Rosario y, también, con luz eléctrica en el municipio desde hace unos pocos años, por lo que el médico santanderino no llega a padecer las extremas dificultades de épocas anteriores, tal y como les sucede a otros médicos rurales (Cataráin Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Sin embargo, a principios de los ochenta aún no existen centros de salud ni ambulatorios en los pueblos de la isla, por lo que el doctor Cataráin, al igual que otros médicos rurales, se aloja durante quince años en la Casa del Médico, que se encuentra anexa al consultorio y separada de éste por una puerta. Y es que a los médicos de APD

les sucede algo similar que a los maestros rurales de la época, quienes al llegar a su destino se hospedan en la Casa del Maestro, ubicada en la misma escuela (Cataráin Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

El motivo de que se disponga la vivienda de estos funcionarios públicos en su mismo lugar de trabajo estriba, además, en la falta de otro tipo de alojamiento, pues en estos años no se alquilan casas en los pueblos ni existen hoteles rurales. Tampoco tiene sentido que un médico o un maestro rural adquiera una vivienda en un lugar donde posiblemente no permanecerá definitivamente. Por ello, los ayuntamientos de los pueblos remotos habilitan una zona para su alojamiento en el ambulatorio y en la escuela si desean que sus localidades dispongan de estos servicios. Esta realidad no se da sólo en Fuerteventura, sino que es frecuente en las zonas rurales de toda Canarias. De hecho, muchos centros de salud actuales de los pueblos de las islas son antiguas "casas de médicos" reformadas (Cataráin Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

José María Cataráin Tagle ejerce su trabajo como médico de APD en esta casa—consultorio de Antigua hasta el año 2006, aunque desde 1998 ya no reside en ella. Con el tiempo, el aumento de población hace que desde 1990, aproximadamente, se incorporen nuevos médicos, incluido un pediatra, y otros profesionales sanitarios —al principio está sólo él—, y se hace preciso reformar el edificio para dar cabida al personal y a los pacientes. Aún así, las instalaciones resultan demasiado pequeñas, y prueba de ello es el hecho de que el administrativo tiene que hacer su trabajo en la sala de espera por no existir otro espacio disponible (Cataráin Tagle, J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Cuando los médicos plantean al ayuntamiento la problemática que presenta el edificio, demasiado antiguo y pequeño, la corporación municipal acuerda ceder dos antiguas aulas de la escuela para ambulatorio. En la actualidad y, desde hace tres años, los habitantes de Antigua son atendidos por los facultativos en las nuevas instalaciones, que constituyen el actual Ambulatorio, mientras que la vieja casa—consultorio está clausurada. Sobre la implicación del Ayuntamiento de Antigua en el servicio médico del municipio, el doctor Cataráin señala lo siguiente:

El ayuntamiento siempre se ha portado con nosotros de forma ejemplar, independientemente del color político. Cualquier cosa que hiciera falta la aportaba: el primer electrocardiógrafo, el resto del material, el mobiliario, las camillas... En definitiva, la primera dotación material, pues cuando yo llegué no había absolutamente nada, todo lo compró el ayuntamiento. Y ahora también. En lo que a servicios médicos y escolares se refiere, ha habido una línea de continuidad independientemente de los gobiernos de turno (Cataráin Tagle, J.M., entrevista personal, marzo 2009).

El actual Ambulatorio de Antigua cuenta con tres médicos de atención primaria —quienes también tienen asignado el municipio de Betancuría—, un pediatra, un ATS y algunas enfermeras y administrativos. A pesar de suponer una importante mejora en el servicio médico del municipio, estas instalaciones siguen siendo exiguas para atender en condiciones adecuadas a su población, por lo que en un breve espacio de tiempo se espera que den comienzo las obras de construcción de un nuevo centro más amplio (Cataráin Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

El médico titular José María Cataráin cuenta que, aunque recibe pacientes de las localidades costeras de Caleta de Fustes o Nuevo Horizonte, la mayoría de los enfermos de estos dos núcleos turísticos no suelen acudir al Ambulatorio de Antigua, pues al estar mejor comunicados por transporte público con Puerto del Rosario, prefieren trasladarse al Centro de Salud de este municipio. La cercanía con la capital de la isla también explica el hecho de que no suelen llegar "casos muy complicados" al Ambulatorio de Antigua, ya que, al encontrarse el municipio a tan sólo 20 kilómetros de Puerto del Rosario, los enfermos de gravedad, como pueden ser los heridos en un accidente de tráfico, son trasladados directamente al Hospital General, pues en cualquier caso van a requerir atención hospitalaria (Cataráin Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Con frecuencia, los médicos de Antigua deben desplazarse a las casas de los pacientes, pues el municipio cuenta con un importante grupo poblacional de personas mayores, que incluye a unos cuatrocientos jubilados y a unos ochenta vecinos que superan la edad de ochenta años. En Betancuría, este colectivo es aún más numeroso, ya que casi todos los habitantes son de edad avanzada. En ambas localidades es habitual encontrar a personas octogenarias; incluso algunas superan los noventa años. Entre las causas probables de esta longevidad, el doctor Cataráin Tagle señala "la vida en el campo, que está más sincronizada con la naturaleza—se levantan y se acuestan temprano— y que les hace permanecer siempre activos" (Cataráin Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

2.6.3. SUR

Carlos González Cuevas, médico titular del municipio de Pájara desde 1976, llega a Fuerteventura en 1972 contratado por la asociación de vecinos de Jandía AVEJA. Este facultativo, nacido en 1944 en Vegarienza, un pueblo situado al norte de la provincia de León, en 1969 se licencia en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Un anuncio en la Facultad de Medicina es el causante de que el doctor González Cuevas acabe ejerciendo su profesión en la isla mayorera. Dicho anuncio pertenece a la citada asociación de vecinos y, en él, se solicita un facultativo que quiera desplazarse a Fuerteventura para atender a la población de Morro Jable. El médico leonés se pone en contacto con AVEJA, y le explican que un niño, hijo de uno de sus responsables, ha fallecido ahogado en la playa sin poderse hacer nada para salvar su vida por no existir un médico en esta zona del sur de la isla, suceso que conciencia a los vecinos de la necesidad de que Morro Jable disponga de un médico fijo y que les lleva a movilizarse (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

La única asistencia sanitaria que reciben hasta entonces los habitantes de Morro Jable son las visitas esporádicas de los facultativos de otros municipios: José María Peña Yáñez, médico titular de Betancuria; Guillermo Sánchez Velázquez, médico titular de Antigua, y Eliseo Castellano, médico titular de Tuineje. Este último cuenta el doctor González Cuevas, viajaba una vez en semana desde Gran Tarajal hasta Morro Jable en barco, acompañado del farmacéutico de Gran Tarajal, José Luis Puyol, quien lleva medicinas para los enfermos. Debe destacarse asimismo la labor de don Tomás, farero de Jandía, quien, aunque ejerce como tal, también es ATS y presta sus servicios en materia sanitaria siempre que puede a los vecinos del lugar (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Una vez que Carlos González Cuevas se instala en Morro Jable, comienza a pasar consulta en el local de la asociación AVEJA y, más tarde, en las dependencias privadas de Gustav Winter, pues esta región aún no cuenta con instalaciones sanitarias propiamente dichas a la llegada del médico. Afortunadamente, esta situación no se mantiene demasiado tiempo, pues al cabo de poco tiempo, es contratado por el Instituto Social de la Marina para atender a los marineros del sur de la isla y a sus familias y, en 1976, el considerable número de personas que conforman este colectivo lleva al Instituto Social de la Marina a construir en Morro Jable el primer consultorio médico de Jandía (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Ese mismo año, en 1976, Carlos González Cuevas ingresa por oposición en el Cuerpo de Médicos Titulares de APD y obtiene la plaza de Pájara. De este modo, se convierte en el médico titular de este municipio, cargo que desempeña durante más de treinta años y del que se jubila en breve. (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Aunque a partir de ese momento pasa a formar parte de la plantilla del Instituto Nacional de Previsión, Carlos González Cuevas sigue pasando su consulta en el consultorio construido por el ISM en Morro Jable. De hecho, en la labor del Instituto Social de la Marina en Fuerteventura destaca la asistencia sociosanitaria prestada a los marineros y, por extensión, a la población de la isla, pues, además de la puesta en funcionamiento del primer centro médico-quirúrgico —la Clínica Virgen de la Peña—, el ISM también es el organismo que inaugura, dentro de la correspondiente Casa del Mar, el primer consultorio médico de las localidades tradicionalmente pesqueras de Corralejo, Gran Tarajal y Morro Jable (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2009).

Todavía, a principios de los años setenta, los servicios básicos en el municipio de Pájara, como en casi toda la isla, son prácticamente nulos. No existe una carretera propiamente dicha que llegue hasta Morro Jable, pues ésta finaliza en Tarajalejo y, a partir de este punto, debe transitarse por una pista de tierra. De hecho, el aislamiento de la Península de Jandía con respecto al resto de la isla, dada la distancia y la incomunicación, es tan acusada que el estomatólogo Antonio González Falcón, quien llega a Fuerteventura en 1973, cuenta que los pacientes de Jandía que acuden en esta época a su consulta en la Clínica Virgen de la Peña de Puerto del Rosario, “tienen una pronunciación diferente al resto de la población de la isla” (González Falcón A., entrevista personal, julio 2009).

En cuanto al abastecimiento público, el agua se transporta todavía en cubas y se deposita en bidones o en aljibes, pues no existe aún agua corriente. Tampoco disponen los vecinos de suministro eléctrico, y la luz proviene de un motor que el ayuntamiento enciende a partir de las ocho de la noche. Finalmente, el único teléfono existente en esta época en la zona es el del Hotel Jandía Playa, desde donde se da aviso de las emergencias. Por este motivo, al principio, los lugareños tienen que ir a buscar al doctor González Cuevas a su propio domicilio, pues no existe otra forma posible de comunicación (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Por suerte, las infraestructuras que se construyen en la isla a finales de los años sesenta y principios de los setenta, como son la potabilizadora, la central eléctrica, el parador de turismo, el inicio de la carretera a Jandía o el aeropuerto internacional de El Matorral, permiten que Fuerteventura experimente un importante desarrollo socioeconómico a lo largo de la década de los setenta. En este avance influye, asimismo, el comienzo del fenómeno turístico que tiene lugar en la isla a finales de los años sesenta. González Cuevas recuerda que, cuando él se instala en Morro Jable en 1972, Jandía cuenta ya con algunos hoteles —entre ellos, el Hotel Casa Atlántica y el Hotel Jandía Playa— y que, al poco tiempo, se inicia la construcción del Hotel Los Gorriones (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Unos años después de la llegada del doctor González Cuevas, los habitantes del sur de la isla empiezan a disponer de luz eléctrica fija, agua corriente y teléfono. Además, se empieza a construir el último tramo de la carretera a Jandía, proyecto que se completa a finales de esa década (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

El mismo año en que Carlos González Cuevas llega a Fuerteventura, lo hace Santiago Santander Fernández, el primer ginecólogo de la isla, por lo que a partir de ese momento, prácticamente todos los partos son asistidos por este último en la clínica Virgen de la Peña. No obstante, el médico de Pájara recuerda haber atendido más de una veintena de partos a lo largo de su trayectoria en el sur de la isla. Se trata de casos de urgencia que presentan complicaciones y en los que no da a tiempo de recorrer los 100 kilómetros que separan Morro Jable de Puerto del Rosario. Por el contrario, en el caso de los partos que evolucionan a un ritmo regular, se traslada a las pacientes al hospital para que sean asistidas adecuadamente (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Con anterioridad a la llegada del doctor González Cuevas, la falta de médico en esta región hace que sean las “parteras”, figura de la que se hablado con anterioridad en este capítulo, quienes ayuden en los partos, si bien éstas no son muy numerosas y en cuanto el municipio cuenta con médico titular, su presencia disminuye. También destaca en esta región, al igual que en el resto de Fuerteventura y de Canarias en general, la existencia de una medicina popular ligada a los rezos y al uso de ciertas plantas con propiedades medicinales, como consecuencia de la falta de asistencia sanitaria y de medicamentos. Un caso que González Cuevas señala como ejemplo de esta medicina tradicional, consiste en, para tratar la tos rebelde y persistente, matar una pardela, extraerle el aceite del pecho e ingerir este líquido (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

En Morro Jable, Carlos González Cuevas pasa diecisiete años como único médico del municipio de Pájara, lo que supone “un problema no solo de índole técnico-profesional, también humano, sobre todo cuando tu colega más cercano está a más de 50 kms, y el Municipio tiene 383,7 km² y donde las distancias entre núcleos pueden superar los 70 kms” (Revista Orobol 2008, nº 87, p. 26). Durante esos años, el médico cuenta únicamente con la ayuda de una ATS perteneciente a una comunidad religiosa que se incorpora casi tres años después de él, y quien tiempo después se traslada a la clínica Virgen de la Peña y es sustituida por otra monja ATS de su misma orden. Como todos los médicos rurales de esta época y de etapas anteriores, el doctor González Cuevas debe permanecer disponible las veinticuatro horas del día, estar siempre localizable e indicar dónde se le puede encontrar si se ausenta de Morro Jable, además de visitar por las noches las veces necesarias —aunque a este respecto el facultativo reconoce que “la gente era bastante considerada y si podían, no te llamaban por la noche”—, y de atender como único médico a una población que a principios de los años setenta asciende a unas tres mil personas en un municipio tan extenso como el de Pájara (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Esta asistencia sanitaria debe realizarla, además, con los medios más básicos, pues en sus comienzos, el municipio no cuenta ni siquiera con ambulancia, vehículo únicamente disponible en Puerto del Rosario y en Gran Tarajal, adonde hay que dirigirse para solicitar su envío y, a continuación, esperar a que ésta llegue, lo que puede suponer una larga espera si en ese momento el vehículo traslada a un enfermo de otra localidad de la isla. La primera ambulancia que opera en el municipio de Pájara es adquirida por el ayuntamiento tiempo después de la llegada del médico leonés. Se trata de una ambulancia básica, que no está medicalizada y que, por lo tanto, sólo permite trasladar al paciente, sin posibilidad de procurarle asistencia durante el trayecto. Por este motivo, en los casos que revisten gravedad, antes de llegar al hospital, situado a 100 kilómetros, se hace preciso llevar al enfermo hasta Gran Tarajal y, una vez allí, pasarlo a una ambulancia mejor equipada, en la que puede ser atendido con mayores garantías (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Tampoco existen farmacias en Morro Jable ni en el resto de Pájara en los años setenta. Hasta ese momento, la población del municipio ha de acudir a la farmacia de José Luis Puyol, la única existente en Gran Tarajal. Debido a la distancia existente entre Gran Tarajal y Morro Jable, los residentes en esta zona recurren a un habitante del

pueblo, Matías Marrero, quien adquiere la primera guagua que traslada a los vecinos a otras localidades de la isla, y a quien los lugareños entregan sus recetas para que él les compre los medicamentos que necesitan. Hay que esperar a la década de los ochenta para que se inaugure la primera farmacia en Morro Jable. En la actualidad, existen varios establecimientos farmacéuticos en diversas localidades del municipio, como son La Lajita, Costa Calma o Esquinzo (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Carlos González Cuevas relata que, desde un principio, en la zona norte del municipio, donde se encuentra la localidad de Pájara, la población acude con mayor frecuencia al médico de Gran Tarajal o al hospital de Puerto del Rosario que a Morro Jable. La razón estriba en la distancia, pues desplazarse hasta Morro Jable, en el extremo sur de la isla y donde sólo cuentan con un Ambulatorio y un médico rural, supone alejarse del centro hospitalario de Puerto del Rosario, que dispone de mayores medios para poder prestar una adecuada atención sanitaria. Por este motivo, “los residentes en Pájara o en La Lajita suelen optar, en caso de enfermedad, por acudir a la capital de la isla o bien a Gran Tarajal, situado a unos veinte minutos de Pájara, mientras que el trayecto a Morro Jable dura casi una hora y es a través de una carretera en mal estado” (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Posteriormente, al configurarse un mapa sanitario, se crean dos zonas básicas de salud (ZBS) en el municipio: por un lado, la de la Península de Jandía, que comprende desde Costa Calma y el Istmo de la Pared hasta Morro Jable, donde se ubica el Centro de Salud y, por otro, el resto del municipio situado al norte de la Península de Jandía y que, junto con Tuineje constituye la unidad básica de salud de Tuineje y Pájara, cuya atención sanitaria se encuentra en el centro de salud de Gran Tarajal (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

En sus casi cuatro décadas de ejercicio profesional en el sur de Fuerteventura —que incluye su labor al frente de la Concejalía de Urbanismo del Ayuntamiento de Pájara durante casi treinta años—, el doctor González Cuevas es testigo del cambio que experimentan la situación sanitaria de la población y el tipo de dolencias padecidas por ésta. Dicho cambio se basa principalmente en dos aspectos: por un lado, el desarrollo socioeconómico, que lleva aparejado un nuevo estilo de vida y de alimentación, con las consiguientes patologías asociadas al mismo; por otro lado, la llegada a finales de los años sesenta y principios de los setenta de una gran cantidad de población externa, que llega a constituir el cuarenta y cinco por ciento de los habitantes del municipio y que trae consigo enfermedades diferentes a las características de la población autóctona, si bien hay que destacar que este hecho no supone un cambio demasiado acusado (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

En cuanto a las patologías más comunes en el sur de la isla, Carlos González Cuevas destaca, entre otras, las relacionadas con el aparato osteomuscular, tales como artrosis, reumas y otras; trastornos derivados de la endogamia —práctica frecuente durante bastante tiempo en esta zona, como consecuencia de su aislamiento— y, al igual que en el resto de Fuerteventura, dolencias propias de las sociedades occidentales, como por ejemplo el colesterol, la diabetes o la hipertensión. Estas últimas son resultado del desarrollo socioeconómico comentado en el párrafo anterior, y que ha llevado consigo el consumo de una alimentación inadecuada, rica en grasas, y el aumento del sedentarismo, como consecuencia del cambio de actividad económica, tradicionalmente basada en la ganadería y la pesca (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

Tras diecisiete años como único médico de Pájara, Carlos González Cuevas ve llegar por fin al municipio nuevos facultativos, a partir de finales de los años ochenta y durante la siguiente década: el pediatra Roberto Renaud y los médicos de Medicina General Juan Carlos Naranjo y Rafael Bermejo. El aumento de la población y de las necesidades sanitarias de la misma hace construir, a finales de los años noventa, al INSALUD, en Morro Jable, el primer Centro de Salud de esta localidad, lo que supone un enorme avance en la calidad de la atención médica en esta zona de la isla. El nuevo centro se inaugura con cuatro facultativos de Medicina General y un pediatra (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009), y aumenta sus servicios hasta llegar a los catorce médicos (diez de Medicina General, dos médicos de incidencias y dos pediatras), además de nueve DUE, siete administrativos, dos técnicos de Radiología, un celador y un vigilante de seguridad, que esforzadamente mantienen un digno nivel de cobertura sanitaria para toda la población” (González Cuevas C., entrevista Orobai, agosto 2008).

No obstante, aún faltan muchos aspectos por cubrir en materia sanitaria en Jandía. Uno de ellos es la necesaria dotación de intérpretes para poder atender satisfactoriamente a la población turista extranjera de Morro Jable, que duplica a la local y con la que en ocasiones se originan dificultades a la hora de realizar un diagnóstico correcto por problemas de comunicación, si bien la mayoría de estos pacientes acuden preferentemente a las clínicas y consultorios privados para turistas que existen en esta localidad (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

En cualquier caso, las necesidades más importantes y necesarias a cubrir en la actualidad en la ZBS de la Península de Jandía son: la construcción de un centro comarcal de urgencias y la adquisición de una ambulancia medicalizada que permita atender adecuadamente a enfermos graves o muy graves sin tener que dirigirlos hacia Gran Tarajal o a Puerto del Rosario, pues las ambulancias existentes en la actualidad son de soporte vital básico y en ellas no es posible prestar asistencia médica. Aunque en teoría, la vía de evacuación tiene lugar mediante helicóptero, este medio tiene el inconveniente de no encontrarse siempre disponible al operar en todo el Archipiélago Canario, lo que obliga, en tal caso, a recurrir a las ambulancias básicas, con el riesgo que esto implica en situaciones de gravedad (González Cuevas C., entrevista personal, agosto 2009).

2.7. PATOLOGÍAS MÁS COMUNES EN FUERTEVENTURA A FINALES DEL SIGLO XX

El desarrollo económico que experimenta Fuerteventura en los últimos treinta años también influye en la salud y en el tipo de problemas médicos que presentan sus habitantes. Al contrario de lo que sucede en otras zonas de España, como Baleares o la Costa del Sol, adonde llegan en su mayoría personas mayores en busca de descanso, Fuerteventura comienza a recibir a partir de los años setenta y ochenta a una población joven que llega a la isla a trabajar, atraída por la gran demanda de mano de obra en los sectores de la construcción y del turismo. En esta época, pues, se observa una escasa patología derivada de la edad madura; tampoco abundan las enfermedades infecciosas, lo cual no significa que no se produzcan casos, pero éstos no constituyen un problema sanitario. El verdadero problema, causante de gran parte de los fallecimientos que se producen en la isla, lo ocasionan los accidentes de tráfico, originados principalmente por la existencia de un parque móvil muy desarrollado, por el exceso de alcohol y, también, por la pésima calidad de las carreteras –sin arcén y sin alumbrado–, que hacen que prácticamente todas las semanas mueran varias personas en accidentes automovilísticos (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).



Médicos veteranos de la isla y otros compañeros, 1991.

Aristides Hernández Morán, Teresa Camacho Álvarez, Agustín de León Lima (celador), Antonio Ortega Rodríguez, Ángela de la Cruz García, Francisco Domínguez Martín, Pedro Madero del Campo, Alfonso Villalva Basabe (creo que es administrador), José Rodríguez García, Honorio Marrero Bordón, Pedro Rodríguez Arteaga, Guillermo Sánchez Velázquez, Román Rodríguez Rodríguez, Blanca Fragueta Gil, Miguel Mora y Cayetano, Felipe Gil (celador), Tomás Saavedra de León (administrativo), Armando Pérez Peñate, Juan (Manuel) Letang Benjumeda y Martín de Francisco Lorenzo.

Fuente: Índice de ilustraciones (25)

En las últimas décadas, Fuerteventura acoge a un gran número de personas procedentes de otras regiones españolas y, también, de otros países, tanto de Europa como de otros continentes. Este hecho, tal y como indica Letang, aporta al territorio majorero una gran diversidad social, al tiempo que contribuye a que, actualmente, se den en Fuerteventura prácticamente las mismas patologías que en otras regiones y, por lo tanto, existan en la isla numerosos casos relacionados con problemas respiratorios, alérgicos y de artrosis, entre otros.

En este sentido, Pedro Madero, quien desde 1990 ejerce en el Centro de Salud de Puerto del Rosario, destaca el considerable aumento de los casos de diabetes y, especialmente, de estrés y de ansiedad, trastornos que a su llegada a Fuerteventura, en 1980, eran muy escasos. Sin embargo, el crecimiento económico de la isla, del que ya se ha hablado, ha supuesto un cambio en el estilo de vida que tiene como consecuencia que, actualmente, de una media de cuarenta pacientes que son atendidos a diario en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud, un treinta por ciento presenten ansiedad y otros trastornos psicósomáticos.

Por su parte, José María Catarain Tagle coincide con el doctor Madero en la importancia de la diabetes en Fuerteventura, y añade que, en general, su incidencia en las Islas Canarias es mayor que en el resto del país. Otras patologías que el doctor Catarain tiene que atender con muchísima frecuencia en la isla mayorera son las digestivas, tales como “ácido, del que prácticamente todo el mundo padece aquí”. (Catarain Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

En cuanto a la población infantil, Teresa Camacho, quien lleva ejerciendo la Pediatría en Fuerteventura desde 1980, como ya se ha indicado, y que desde su apertura trabaja en el Centro de Salud de Puerto del Rosario, resalta entre las enfermedades más frecuentes que afectan a este grupo de edad, las alergias, las crisis asmáticas y las dermatitis atópicas, como consecuencia de la sensibilización a los ácaros. A este respecto hay tener en cuenta la abundancia en Canarias de un tipo especial de ácaro y la etiología genética de esta clase de patologías. También aumenta la obesidad infantil como resultado de una alimentación basada en el consumo de comidas rápidas, productos envasados y bollería industrial y, sobre todo, debida al sedentarismo. El problema del tráfico y la inseguridad, junto con el uso de Internet y de la televisión como principales opciones de ocio, ocasionan que cada vez sea menos frecuente que los niños jueguen en la calle y hagan ejercicio. Y aunque puede decirse que el problema de la obesidad infantil se incrementa en toda España y, en general, en todos los países desarrollados, el porcentaje de obesidad infantil en algunas comunidades autónomas, entre las que se incluye Canarias, es algo superior a la media nacional (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

La doctora Camacho también señala que, en los últimos tiempos, el principal cambio que se produce en cuanto a la atención sanitaria prestada a la población infantil y juvenil, radica en la prevención de patologías, cambio que se materializa oficialmente en el *Programa del Niño Sano*. Con anterioridad, la consulta de Pediatría se organiza en función de la demanda, es decir, se lleva a ella únicamente a los niños enfermos para que los pediatras los diagnostiquen y los sanen. Además, el sistema de vacunaciones no lo marcan los pediatras, sino una enfermera contratada por Sanidad, por lo que no existe coordinación entre ambas entidades (Camacho T., entrevista personal, julio 2009). Pero, poco a poco, tanto la doctora Camacho como los demás pediatras que llegan posteriormente a la isla, comienzan a poner en práctica un sistema de prevención de enfermedades infantiles, consistente en aprovechar las consultas médicas para instar a los padres a que lleven a los niños a vacunar cuando les corresponda dentro del calendario de vacunaciones —en un principio se realiza a los tres, cinco y siete años y, actualmente, se aplica a los dos, cuatro y seis años— y, a su vez, hacer coincidir este calendario de vacunaciones con las revisiones de los niños pequeños, pues hasta entonces lo habitual es que solamente se vacune a los niños cuando acuden a la consulta por algún problema médico y, además, no se les practica ninguna revisión. Por este motivo, los pediatras se encargan de “captar” a la población infantil para vacunarla y revisar su salud. (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

De esta forma, se consigue vacunar a un número cada vez mayor de niños. Ya para lograr vacunar al cien por ciento de la población infantil, los pediatras acuden a los colegios para garantizar la vacunación de los niños a partir de los seis años. Gracias a este sistema de vacunaciones, que incluye a todos los niños y no solo a aquellos que llegan enfermos a la consulta, se consigue prácticamente eliminar muchas de las enfermedades típicas de la infancia. Así, la doctora Camacho comenta que, hoy en día, resulta muy raro encontrar un caso de sarampión o de paperas, y que también han descendido considerablemente los casos de meningitis (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

Gracias a las revisiones que empiezan a realizarse conjuntamente con las vacunas, se consiguen detectar patologías crónicas y tratarlas a tiempo. Esas revisiones incluyen: pesar y medir a todos los niños para establecer un patrón estándar por edades; revisar la vista y la salud bucodental; controlar la alimentación, y fomentar la práctica de deporte y los hábitos de higiene. De este modo, se consiguen detectar retrasos en el crecimiento y en el desarrollo psicomotor; problemas oculares, como la miopía o la ambliopía —popularmente conocida como el ojo vago, que de no tratarse a tiempo no se puede curar—; las luxaciones de cadera, que si no se detectan antes del momento de empezar a andar, impiden al niño caminar; la escoliosis, que una vez que el niño se desarrolla, alrededor de los once años, ya permanece para siempre si no es tratada; las enfermedades bucodentales, como caries, y otro tipo de patologías que pueden afectar a su rendimiento escolar como, por ejemplo, la hiperactividad (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

Todo este trabajo de los pediatras se realiza conjuntamente con el Centro de Higiene, donde, entre 1981 y 1990, se llevan a cabo diversos programas de salud escolar que incluyen análisis de las condiciones higiénico-sanitarias y ambientales de los centros escolares; del estado de vacunación de los alumnos; del control de las vacunaciones; del estado de inmunización de los colegios y, también, “un estudio analítico-inmunológico del municipio de Puerto

del Rosario. Paralelamente se realizaron numerosos reconocimientos médicos y revisiones de vista, columna vertebral y pies de toda la población" (Hernández A. 2009, p. 126).

Las revisiones de salud de la población infantil que se realizan en toda Canarias, en un principio son puestas en práctica por los pediatras de manera individual, siguiendo los criterios científicos establecidos y basándose en los conocimientos adquiridos durante su formación. Las medidas de salud preventiva en Fuerteventura son aportadas por la doctora Camacho y por la doctora Rodríguez Pérez, quienes organizan este plan de trabajo en la isla.

Posteriormente, las autoridades sanitarias deciden hacer oficial este conjunto de medidas preventivas y, en 1992, son plasmadas por el INSALUD en el libro Programa del Niño Sano, en el que se reúnen y se unifican los criterios que hasta ese momento se aplican de manera independiente por parte de los pediatras de los diferentes centros de salud del Archipiélago Canario. Además, este Programa del Niño Sano se actualiza periódicamente —la última actualización se realiza en 2003—, con cambios e incorporaciones de nuevas vacunas.

Cabe señalar que durante varios años, Teresa Camacho ejerce como la única pediatra del Ambulatorio de Puerto del Rosario, mientras que Carmen Piqué ocupa este mismo puesto en Gran Tarajal y Javier Gentil hace lo mismo en el hospital hasta la llegada a éste de Pilar Álvarez (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

DOTACIÓN DE RECURSOS

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Nº CAMAS (a 31/12/01)	120
MÉDICAS	31
QUIRÚRGICAS	41
PEDIÁTRICAS	18
Incubadoras	4
OBSTÉTRICAS	18
UCI	4
UIB	8

ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

LOCALES DE CONSULTA	13
ERGÓMETRO	1
ECOCARDIOGRAFO	1
CAMPÍMETRO	1
FACOELMUSIFICADOR	1
ECÓGRAFO	1
ELECTROENCEFALÓGRAFO	1

ÁREA DE URGENCIAS

CAMAS OBSERVACIÓN ADULTOS	5
CAMAS BOX PEDIÁTRICO	2
BOX DE CRÍTICOS	1
BOX DE PARADAS	1
BOX DE CONSULTAS	4

ÁREA DE PARTORIO

PARITORIO	2
ECÓGRAFO	1

ÁREA DE EXPLORACIONES ESPECIALIZADAS

SALA DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS	1
SALA DE CISTOSCOPIAS	1

ÁREA DE HOSPITAL DE DÍA

PUESTOS	3
---------	---

ÁREA DE DIÁLISIS CONCERTADA

PUESTOS	10
---------	----

ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO

SALA TAC	1
SALA ECÓGRAFO	1
SALA MAMÓGRAFO	1
SALA TELECOMANDADA	1
SALA EST. CONVENCIONALES (*)	2

(*) Incluye el Ortopantomógrafo.

ÁREA QUIRÚRGICA Y REANIMACIÓN

QUIROFANOS	3
Programados	2
Urgentes	1

Relación de recursos del Hospital General de Fuerteventura por áreas, 2001.

2.8. LA SANIDAD MAJORERA EN LA ACTUALIDAD Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

“Hoy la figura del médico de pueblo —la que me tocó desempeñar durante varios años—, el médico de cabecera amigo de toda la familia, que iba de casa en casa atendiendo a los enfermos, tratando a los niños, asistiendo a los partos y a los moribundos ya no existe, pues como sabemos se nace en un hospital y se suele morir también en un hospital. Evidentemente ello tiene enormes ventajas y ofrece un altísimo grado de seguridad a todos, médicos y pacientes, pero también es cierto que de alguna manera es una forma menos humanizada de vivir la relación entre enfermo y médico” (Hernández A. 2009, pp. 139-140).

En la actualidad, el mapa sanitario de Fuerteventura está constituido por cinco Zonas Básicas de Salud (ZBS): la ZBS de La Oliva, con su centro de salud de referencia en Corralejo y dos consultorios locales en La Oliva y Lajares; la ZBS de Puerto del Rosario, que tiene su centro de salud de referencia en Puerto del Rosario; la ZBS de Antigua-Betancuria, cuyo centro de salud de referencia está en Antigua y que además dispone de tres consultorios locales en Betancuria, Vega de Río Palmas y Valle de Santa Inés; la ZBS de Tuineje-Pájara, que cuenta con su centro de salud de referencia en Gran Tarajal y con seis consultorios locales en Tuineje, Pájara, Tiscamanita, La Lajita, Tarajalejo y Tesejerague; y, por último, la ZBS de la Península de Jandía, con su centro de salud de referencia en Morro Jable y con un consultorio local en Costa Calma (Servicio de Control de Gestión del Hospital General de Fuerteventura).

Por su parte, la atención especializada del Hospital General de Fuerteventura en 2009 comprende los siguientes servicios:

- *Servicios centrales:* Anatomía Patológica, Anestesiología y Reanimación, Farmacia Hospitalaria, Laboratorios, Medicina Preventiva, Radiodiagnóstico, Rehabilitación, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias.
- *Servicios médicos:* Alergología, Aparato Digestivo, Cardiología, Cuidados Paliativos, Dermatología Médico–Quirúrgica y Venerología, Endocrinología, Geriátrica, Hematología y Hemoterapia, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Oncología Médica, Pediatría y Psiquiatría.
- *Servicios quirúrgicos:* Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología.

(Servicio de Control de Gestión del Hospital General de Fuerteventura, año 2009)

Atrás quedan los años de los médicos rurales y de la Clínica Virgen de la Peña, en que se debe tocar de casa en casa en Puerto del Rosario para conseguir donantes de sangre. Hoy en día, “cada vez que el Hospital General de Fuerteventura necesita suministro de sangre, envía una petición por medio de fax al Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia y éste la remite inmediatamente, ya estudiada y analizada”, comenta Hernández Hierro. Para las evacuaciones, cada vez menos frecuentes, tampoco es necesario llamar al Servicio Aéreo de Rescate ni abrir los aeropuertos por la noche, pues basta con llamar al 112 para que acuda al hospital un helicóptero medicalizado del Servicio Canario de Salud. En la actualidad, el Hospital General de Fuerteventura dispone de Unidad de Cuidados Intensivos, mientras que “en la época de la Clínica Virgen de la Peña, la UCI eran una botella de oxígeno y un médico pendiente de la persona” (Saavedra de León T., entrevista personal, marzo 2008).



Fachada de la nueva entrada del Hospital General de Fuerteventura. Fuente: Índice de ilustraciones (25)

Entre los médicos y el resto del personal sanitario que vive esa primera etapa, queda el recuerdo de un buen equipo, donde destacan el compañerismo y la ayuda que se prestan mutuamente los médicos, aunque se dediquen a diferentes especialidades. “Cuando terminaban de trabajar, lo habitual era que salieran o que fueran a comer todos juntos, y si se presentaba una urgencia y no había suficiente personal en la clínica, el celador iba a buscarlos y acudían todos al centro a ayudar” (Camacho T., entrevista personal, julio 2009). En la actualidad, el crecimiento del hospital y su plantilla hace que esta situación de familiaridad y camaradería sea diferente, tal y como expresa Pedro Madero:

Yo voy al hospital y a la mitad no los conozco. Nosotros nos conocíamos, tomábamos café en la cafetería, ... éramos pocos, claro... Había un accidente de tráfico en el que venían cuatro o cinco traumatizados, y como la traumatóloga, que estaba sola, no daba abasto, pues entonces íbamos todos. Iba el cirujano y hasta el pediatra. Ahora no, ha cambiado ese aspecto.

También es distinta la relación médico-paciente, mucho más cercana antaño, cuando es costumbre llevar al médico un queso o un bordado como gesto de agradecimiento por su trabajo. Teresa Camacho señala entre las razones que más han influyen en los importantes cambios experimentados en esta relación, la llegada masiva en los últimos años de población foránea a la isla, como consecuencia del auge del turismo y de la construcción. El paciente habitual en la actualidad “ya no es el mayorero de siempre” (Camacho T., entrevista personal, julio 2009).

Además, la actual falta de especialistas y el cupo excesivo de pacientes por facultativo es en gran parte responsable de que la relación entre ambos sectores sea mucho más fría en la actualidad que en épocas pasadas. Hoy en día, en los centros sanitarios públicos el médico cuenta con un tiempo limitado para atender a un enfermo, un tiempo que, en la mayoría de los casos, impide realizar una exploración exhaustiva o establecer con él una comunicación adecuada para indagar en su historial clínico o para informarle detalladamente sobre su estado de salud y las medidas que debe tomar. Testigo de excepción de esta realidad es el doctor Aristides Hernández Morán, quien, tras más de cincuenta años de ejercicio profesional en Fuerteventura, señala que:

...con respecto al pasado se ha perdido algo muy importante, la fraternal relación entre médico y paciente. La realidad actual de aumento de la población, masificación de las consultas, burocratización de los servicios sanitarios, listas de espera, escasez de personal médico y auxiliar, etc. imposibilita que el trato humano entre médico y paciente sea el deseado. El facultativo se encuentra con que cada día tiene que atender en un tiempo determinado a una gran cantidad de enfermos, por lo que en la mayoría de las ocasiones apenas dispone de tiempo para hablar con los pacientes (Hernández A. 2009, p. 237).

Desde luego, no todo son desventajas en la Medicina actual:

Pese a ello ciertamente hoy se practica una medicina infinitamente mejor que la de antaño. Hoy se curan muchas enfermedades que hace tres décadas eran mortales, pues se ha avanzado más en investigación, en conocimientos, medios, en formación de los equipos humanos y en medios técnicos (Hernández A. 2009, p. 237)

Actualmente, el Hospital de la Seguridad Social de Fuerteventura sufre la misma crisis que afecta al conjunto de la Sanidad española, y especialmente a los hospitales comarcales y más aún a los insulares comarcales, como es el caso del centro mayorero y del resto de centros de las islas periféricas. Tal crisis está causada por la falta de médicos especialistas, debido a la actual política de admisión de las especialidades, que hace que en casi todas ellas no haya más de dos profesionales por centro médico. Este hecho los obliga a estar permanentemente localizables las veinticuatro horas del día y, en el caso de la isla mayorera, “muchos especialistas que vienen optan por marcharse al cabo de un tiempo al sentirse desbordados por este ritmo de trabajo” (Catarain Tagle J.M., entrevista personal, marzo 2009).

Parte del actual equipo médico-quirúrgico del Hospital General de Fuerteventura durante su trabajo.
Fuente: Índice de ilustraciones (25)



Según señala Juan Letang, las consecuencias de esta situación

...las sufre la población, quien tiene que soportar listas de espera demasiado largas, que en algunos casos duran incluso más de un año, cuando una lista de espera aceptable para operarse no debería durar más de tres meses, ni más de diez días en el caso de exploraciones para detectar enfermedades. Ni siquiera el hecho de que los cirujanos estén realizando horas extras y operen por las tardes es suficiente para disminuir las enormes listas existentes. Además, actualmente, casi la mitad de los especialistas de hospital en Canarias supera los cincuenta y cinco años, y a partir de esa edad las guardias no son obligatorias, por lo que se hace necesario aumentar las plazas de médicos internos residentes para evitar un problema serio en la sanidad canaria si esta situación persiste durante muchos años (Letang Benjumeda J., entrevista personal, septiembre 2008).

Con respecto a Fuerteventura en particular, si la isla continúa creciendo al ritmo imparable de los últimos tiempos, en un futuro habrá que plantearse, señala Letang, la posibilidad de construir otro hospital en el sur, a no ser que se mejore la actual red viaria para que el tráfico sea más fluido y rápido entre esta zona y el norte de la isla. Su configuración alargada, con una baja densidad de población y con núcleos dispersos por todo el territorio, hace necesaria una considerable inversión en infraestructuras y en carreteras para poder mantener unas comunicaciones adecuadas entre los diversos puntos de Fuerteventura.

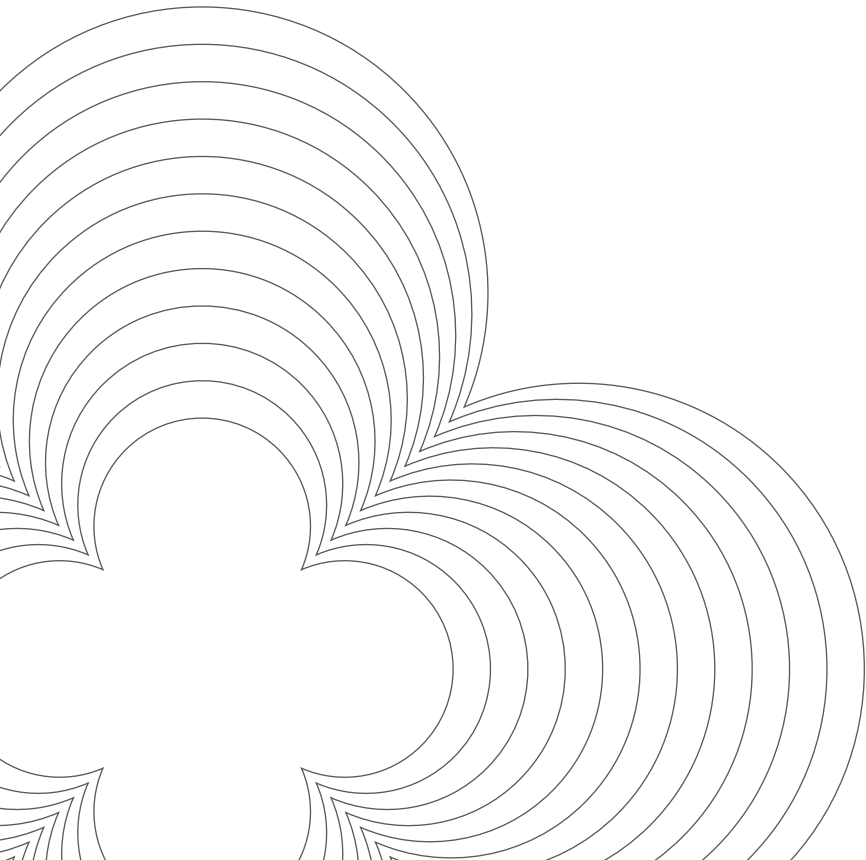
Para concluir este capítulo, quedan por citar las palabras de Aristides Hernández Morán, publicadas en su *Libro de Recuerdos de un Médico Rural*, y que resumen los deseos de futuro para la Sanidad en Fuerteventura:

En nuestra isla si bien es verdad que el hospital nuevo ha significado un avance extraordinario si tenemos en cuenta la situación sanitaria de la isla en los años en que comencé a trabajar como médico, también es verdad que la creciente demanda de servicios hace que tanto los centros de salud como el propio hospital resulten insuficientes para atender a los enfermos adecuadamente y para acabar con las eternas listas de espera.

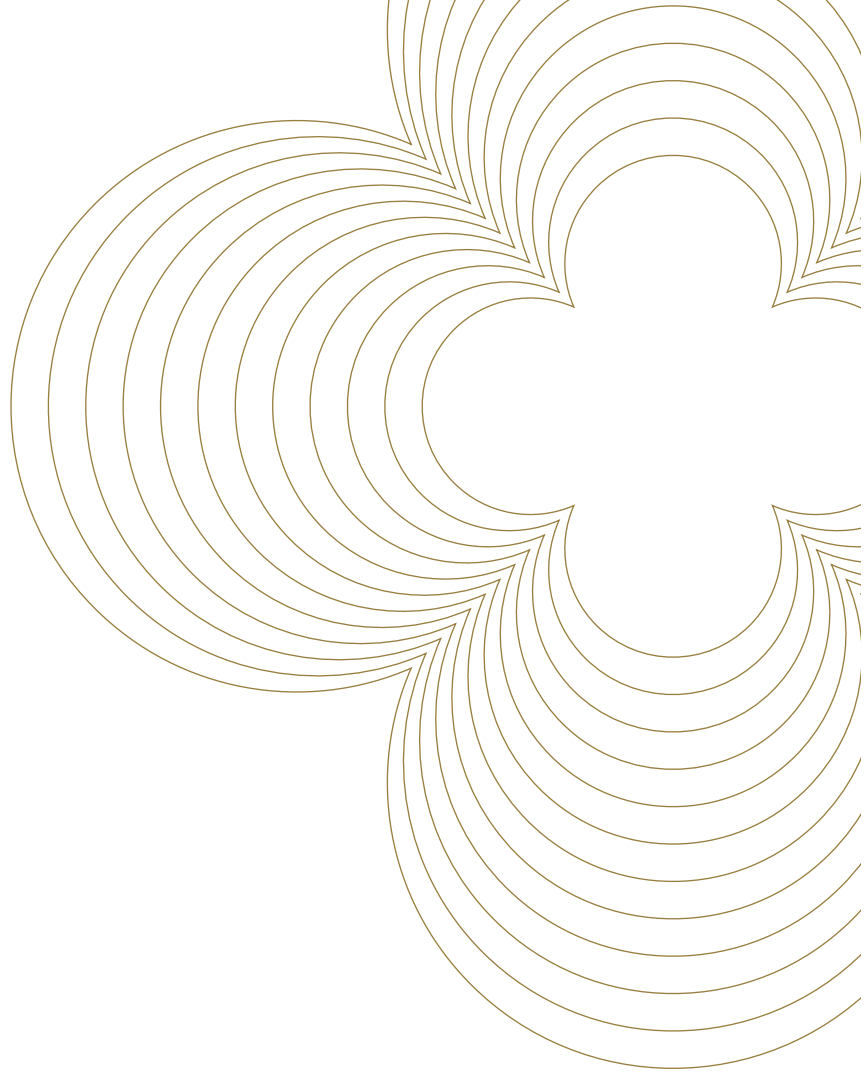
Por todo ello, para que prime ante todo la salud de las personas, es necesario seguir luchando para que se subsanen las deficiencias que se detectan y por el aumento de las plantillas de personal sanitario. Sólo de este modo conseguiremos una sanidad cada vez mejor (Hernández A. 2009, pp. 237-238)



Vista aérea del Hospital General de Fuerteventura, 2002. Fuente: Índice de ilustraciones (25)



BIBLIOGRAFÍA



Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea (AENA). (ed.). 1997. *Historia de los Aeropuertos de Fuerteventura*. Madrid.

Alcina, J. 1969. "Origen Trasatlántico de la Cultura Indígena de América". *Revista Española de Antropología Americana*. 4: 9-64. En Pérez Pérez, Pilar-Julia. 1981. *Enfermedades y Accidentes de la Población Aborigen*. Las Palmas de Gran Canaria: Mancomunidad de Cabildos, Plan Cultural y Museo Canario.

Anaya Hernández, Luis Alberto. 1987. "Nuevas Aportaciones a la Historia de la Piratería Norteafricana en las Canarias Orientales". En *Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 121-137.

————— 1990. "La Religión y la Cultura de los Moriscos de Lanzarote y Fuerteventura a través de los Procesos Inquisitoriales". En *Actes du IV Symposium International d'Etudes Morisques*. Zaghouan. Citado en Lobo Cabrera, Manuel. 1993. "La Esclavitud en Fuerteventura en los Siglos XVI y XVII". En *V Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-37.

Archivo Histórico Provincial de Las Palmas (A.H.P.L.P.), Juan Alonso Hernández, nº 2.991, f.r. Citado en Lobo Cabrera, Manuel y Germán Santana Pérez. 1996. "El Comercio en Fuerteventura en el siglo XVII". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-74.

Archivo Histórico Provincial de Las Palmas (A.H.P.L.P.), Pedro Lorenzo Hernández, nº 2.998, f.r. Citado en Lobo Cabrera, Manuel y Germán Santana Pérez. 1996. "El Comercio en Fuerteventura en el siglo XVII". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-74.

Archivo de la Mancomunidad Interinsular de Cabildos de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife (A.M.I.C.P.S.C.T.): *Expediente sobre Construcción de un Hospital en el Pago de Ampuyenta Jurisdicción de Casillas del Ángel con un Legado del Doctor Tomás Antonio Mena*. Papeles por ordenar. Citado en Darías Príncipe, Alberto. 1990. "Una Aportación a la Arquitectura Canaria Decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta". En *II Jornadas de historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo II. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 255-262.

Barroso Alfaro, Manuel. 1997. *Dr. Tomás Mena y Mesa. Médico Ilustre de Fuerteventura. 1802-1868*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

————— 2002. *La Biblioteca del Doctor Tomás Mena y Mesa*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Boccaccio, Giovanni. 1998. *De Canaria y de las Otras Islas Nuevamente Halladas en el Océano Allende España (1341)*. La Orotava: J.A.D.L.

Boletín Oficial de la Provincia, número 107, 1 de septiembre de 1897. Citado en Darías Príncipe, Alberto. 1990. "Una Aportación a la Arquitectura Canaria Decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta". En *II Jornadas de historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo II. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 255-262.

Bontier, Pierre, y Jean Le Verrier. 1986. *Le Canarien*. Crónicas Francesas de la Conquista de Canarias. Introducción y traducción de Alejandro Cioranescu. Santa Cruz de Tenerife: Cabildo Insular de Tenerife.

Bosch Millares, Juan. 1949. "Los Hospitales de Gran Canaria". *Revista del Museo Canario* 29-30.

————— 1950. "Hospitales de Gran Canaria: el Hospital de San Lázaro". *Revista del Museo Canario* pp. 33-36. Citado en Santana Pérez, Juan Manuel. 2005. *Excluidos y Recluidos en el Antiguo Régimen: Hospitales en Gran Canaria*. Las Palmas de Gran Canaria: Anroart Ediciones.

————— 1961. "La Medicina Canaria en la Época Prehispánica". Vol. 1. *Anuario de Estudios Atlánticos* 7: 539-620.

————— 1962. "La Medicina Canaria en la Época Prehispánica". Vol. 2. *Anuario de Estudios Atlánticos* 8: 11-66.

————— 1965. "Don Tomás Mena Mesa y el Hospital de La Ampuyenta, en la Isla de Fuerteventura". *El Museo Canario* 26: 93-96.

————— 1967. *Historia de la Medicina en Gran Canaria*. Vol. 1. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria.

————— Bosch Millares, Juan. 1975. *Paleopatología Ósea de los Primitivos Pobladores de Canarias*. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria.

————— y Juan Bosch Hernández. 1981. *La Medicina en la Provincia de Las Palmas, desde su Origen hasta Fines del Siglo XIX*. Las Palmas de Gran Canaria: Mancomunidad de Cabildos, Plan Cultural y Museo Canario.

Bruquetas de Castro, Fernando. 1996. "La Población de Fuerteventura a Principios del Siglo XVIII". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 451-463.

Cabrera Déniz, Gregorio J. y Carmen J. Hernández Hernández. 1989. "«Las Canarias» o Veinticinco Años de Historia Apasionada de Lanzarote y Fuerteventura (1901-1925)". En *III Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 165-197.

Cabrera Pérez, José Carlos. 1993. *Fuerteventura y los Majoreros*. Santa Cruz de Tenerife: Centro de la Cultura Popular Canaria.

————— 1996. *La Prehistoria de Fuerteventura: un Modelo Insular de Adaptación*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Calbarro Morales, Juan Luis. 2004. *Memorias de Chanita Suárez*. Puerto del Rosario: Calco.

Cámara y Murga, Cristóbal. 1631. *Constituciones Synodales del Obispado de la Gran Canaria*. Folio 347. Madrid. Citado en López García, Juan Sebastián. "La Villa de Betancuria, Centro Histórico de Fuerteventura". En *I Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo II. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 367-391.

Carreras Panchón, Antonio. 1991. *Miasmas y Retrovirus. Cuatro Capítulos de la Historia de las Enfermedades Transmisibles*. Barcelona. Citado en Hernández González, Manuel. 2004. *Enfermedad y Muerte en Canarias en el Siglo XVIII*. Tomo I. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea.

Casteel, R.W. 1983. "Two Static Maximum Population-Density Models of Hunters-Gatherers: a First Approximation". En *World Archaeology* 15 (1): 19-40. Citado en Cabrera Pérez, José Carlos. 1996. *La Prehistoria de Fuerteventura: un Modelo Insular de Adaptación*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Cerdeña Armas, Francisco Javier. 2008. *Puerto de Cabras 1870-1900*. Puerto del Rosario: Ayuntamiento de Puerto del Rosario.

Cerdeña Ruiz, Rosario. 2007. *La Lucha por la Capitalidad en Fuerteventura durante el Siglo XIX*. Puerto del Rosario: Concejalía de Cultura del Ayuntamiento del Puerto del Rosario.

Chil y Naranjo, Gregorio. 2006. *Estudios Históricas, Climatológicos y Patológicos de las Islas Canarias*. La Laguna: Artemisa Ediciones.

Cioranescu, Alejandro. 1977. *Historia de Santa Cruz de Tenerife*. Tomo II. Santa Cruz de Tenerife: Confederación Española de Cajas de Ahorros. Citado en Lobo Cabrera, Manuel y Germán Santana Pérez. 1996. "El Comercio en Fuerteventura en el siglo XVII". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-74.

Cola Benítez, Luis. 1996. *Santa Cruz Bandera Amarilla. Epidemias y Calamidades (1494-1910)*. Tenerife. Citado en Hernández González, Manuel. 2004. *Enfermedad y Muerte en Canarias en el Siglo XVIII*. Tomo I. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea.

Coleman Mac-Gregor, Francis. 2005. *Las Islas Canarias según su Estado Actual y con Especial Referencia a la Topografía, Industria, Comercio y Costumbres (1831)*. Traducción, Estudio Introductorio y Notas de José Juan Batista Rodríguez. Tenerife: Centro de la Cultura Popular Canaria.

Darias Príncipe, Alberto. 1985. *Arquitectura y Arquitectos en las Canarias Occidentales: (1874-1931)*. Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorro. Citado en Darias Príncipe, Alberto. 1990. "Una Aportación a la Arquitectura Canaria Decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta". En *II Jornadas de historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo II. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 255-262.

_____. 1990. "Una Aportación a la Arquitectura Canaria Decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta". En *II Jornadas de historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo II. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 255-262.

_____. y Teresa Purriños Corbella. 1988. "Las Sociedades Constructoras en Canarias". En *VI Coloquio de Historia Canario-americana*. Tomo II. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria, pp. 627-672. Citado en Darias Príncipe, Alberto. "Una Aportación a la Arquitectura Canaria Decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta". En *II Jornadas de historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo II. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 255-262.

De Abreu Galindo, Juan. 1977. *Historia de la Conquista de las Siete Islas de Canaria*. Edición crítica con introducción, notas e índice por Alejandro Cioranescu. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones.

De Armas Morales, Inmaculada, Francisco Javier Cerdeña Armas, José Ramón Gil Calero y Pedro Nicolás Nieves Hormiga. 2000. *Puerto del Rosario, Cien Años en la Memoria*. Puerto del Rosario: Ayuntamiento de Puerto del Rosario.

De Espinosa, fray Alonso. 1952. *Historia de Nuestra Señora de Candelaria*. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones. Citado en Díaz Pérez, Ana María. 1989. "Epidemias y Enfermedades en Fuerteventura (Siglos XV-XIX)". En *III Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 99-112.

De Olive, Pedro María. 1865. *Diccionario Estadístico-Administrativo de las Islas Canarias*. Barcelona. Citado en Díaz Pérez, Ana María. 1989. "Epidemias y Enfermedades en Fuerteventura (Siglos XV-XIX)". En *III Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 99-112.

Del Arco Aguilar, María del Carmen y Juan Francisco Navarro Mederos. 1987. *Los Aborígenes*. Santa Cruz de Tenerife: Centro de la Cultura Popular Canaria. Citado en Cabrera Pérez, José Carlos. 1996. *La Prehistoria de Fuerteventura: un Modelo Insular de Adaptación*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Del Castillo, Pedro Agustín. 1965. *Descripción Histórica y Geográfica de las Islas Canarias*. Tomo I, fascículo 4. Edición Crítica, Estudio Bio-bibliográfico y Notas de Miguel Santiago. Madrid: Gabinete Literario de Las Palmas.

Díaz Hernández, Ramón. 1991. "La Población y el Habitat". En *Historia de Canarias*. Tomo II. Las Palmas de Gran Canaria: Editorial Prensa Ibérica, pp. 261-280.

Díaz Pérez, Ana María. 1989. "Epidemias y Enfermedades en Fuerteventura (Siglos XV-XIX)". En *III Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 99-112.

Fajardo Spínola, Francisco. 1995. "La Hechicería Morisca de Lanzarote y Fuerteventura". En *IV Jornadas de Estudios sobre Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo I. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 267-364.

Fernández Castañeyra, Ramón. 1991. *Memoria sobre las Costumbres de Fuerteventura Escrita para el Sr. D. Juan Bethencourt Alfonso*. Edición, introducción y notas de Francisco Navarro Artilles. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Fernández Martín, Luis. 1975. "Aspectos económicos, administrativos y humanos de la diócesis de Canarias en la segunda mitad del siglo XVI". *Anuario de Estudios Atlánticos* 21: 95-130. Citado en López García, Juan Sebastián. 1987. "La Villa de Betancuria, Centro Histórico de Fuerteventura". En *I Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo II. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 367-391.

Galván Betancor, Miguel. 1995. "Estudio Histórico: del Franquismo a la Democracia". *Puerto de Cabras / Puerto del Rosario. Una Ciudad joven*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 143-185.

García García, Carlos. 1993. *Las Enfermedades de los Aborígenes Canarios: Estudio de Patología Osteoarticular*. La Laguna: Centro de la Cultura Popular Canaria.

García Ortega, José. 1936. *Nuestra Señora del Pino. Historia del Culto a la Veneranda Imagen de la Patrona de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Librería y Tipografía Católica. Citado en Suárez Grimón, Vicente. 1989. "Crisis de Subsistencia en Lanzarote y Fuerteventura a Principios del Siglo XVIII". En *Coloquio Internacional de Historia da Madeira*. Madeira: Centro de Estudios de Historia do Atlantico, pp. 779-796.

Glas, George. 1976. *Descripción de las Islas Canarias 1764*. Traducción del inglés por Constantino Aznar de Acevedo. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios.

González Lemus, Nicolás. *Viajeros Victorianos en Canarias*. 1998. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria.

González Rodríguez, Pedro Bonoso y Félix Pintado Pico. 1996. "Fuerteventura en los Orígenes y Evolución de la Segunda Enseñanza en Canarias". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 271-284.

Hernández González, Manuel. 1987. "Libertad de Comercio y Economía de Autoconsumo: Lanzarote y Fuerteventura como Islas Granero durante el Trienio Liberal". En *I Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 77-89.

—————. 2004. *Enfermedad y Muerte en Canarias en el Siglo XVIII*. Tomo I. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea.

Hernández Morán, Arístides. 2009. *Libro de Recuerdos de un Médico Rural*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Ladero Quesada, Miguel Ángel. 1979. *Los Primeros Europeos en Canarias (Siglos XIV y XV)*. Las Palmas de Gran Canaria: Mancomunidad de Cabildos, Plan Cultural y Museo Canario. Colección Guagua.

Lahuerta García, Javier. 2004. *La Cruz Roja en Canarias. 125 Años de Labor Humanitaria (1874-1999)*. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea.

Ledru, André-Pierre. 1982. *Viaje a la Isla de Tenerife (1796)*. Traducción de José A. Delgado Luis. La Orotava: colección A Través del Tiempo. Título original: Voyage Aux Iles de Teneriffe, La Trinite, Saint-Thomas, Sainte Croix et Porto-Ricco.

Lobo Cabrera, Manuel. 1981. *Aspectos Artísticos de Gran Canaria en el Siglo XVI. Documentos para su Historia*. Las Palmas de Gran Canaria: Excm. Mancomunidad de Cabildos de Las Palmas. Citado en Darías Príncipe, Alberto. 1990. "Una Aportación a la Arquitectura Canaria Decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta". En *II Jornadas de historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo II. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 255-262.

—————. 1982. *La Esclavitud en las Canarias Orientales en el Siglo XVI (Negros, Moros y Moriscos)*. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo de Gran Canaria. Citado en Lobo Cabrera, Manuel. 1993. "La Esclavitud en Fuerteventura en los Siglos XVI y XVII". En *V Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-37.

—————. 1989. "Agua y Sed en Fuerteventura". En *III Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 49-62.

—————. 1991. *Los Antiguos Protocolos de Fuerteventura (1578-1606)*. Santa Cruz de Tenerife, doc. 237. Citado en Lobo Cabrera, Manuel y Germán Santana Pérez. 1996. "El Comercio en Fuerteventura en el Siglo XVII". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-74.

—————. 1993. "La Esclavitud en Fuerteventura en los Siglos XVI y XVII". En *V Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-37.

————— y Germán Santana Pérez. 1996. "El Comercio en Fuerteventura en el Siglo XVII". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-74.

López García, Juan Sebastián. 1987. "La Villa de Betancuria, Centro Histórico de Fuerteventura". En *I Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo II. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 367-391.

Macías Hernández, Antonio Manuel. 1978. "La Transformación de la Propiedad Agraria Concejil en el Paso del Antiguo Régimen al Nuevo Régimen". *Revista de Historia Canaria*. Citado en Santana Pérez, Juan Manuel. 1995. "Importancia Social de los Cereales en Canarias durante el Antiguo Régimen". En *IV Jornadas de Estudios sobre Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo I. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 139-181.

Marín de Cubas, Tomas Arias. 1986. *Historia de las Siete Islas de Canaria*. Proemio de Juan Régulo Pérez. Las Palmas de Gran Canaria: Real Sociedad Económica de Amigos del País.

Martínez Alcubilla, Marcelo. 1914. *Diccionario de Administración*. Tomo II. Madrid. Citado en Darías Príncipe, Alberto. 1990. "Una Aportación a la Arquitectura Canaria Decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta". En *II Jornadas de historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo II. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 255-262.

Millares Torres, Agustín. *Colección de Documentos para la Historia de Canaria*. Tomo II. Folios 38-41. Manuscrito. Museo Canario. Citado en Lobo Cabrera, Manuel. 1993. "La Esclavitud en Fuerteventura en los Siglos XVI y XVII". En *V Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-37.

Morales Padrón, Francisco. 1993. (1978). *Canarias: Crónicas de su Conquista*. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria.

Núñez de la Peña, Juan. 2006. *Conquista y Antigüedades de las islas de la Gran Canaria y su Descripción. Con Muchas Advertencias de sus Privilegios, Conquistadores, Pobladores, y otras Particularidades en la muy Poderosa Isla de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea.

Ojeda Báez, Felipe y José Luis González Martín. 1996. "La Crisis de Subsistencia y el Mercado de la Tierra en Fuerteventura (1769-1772)". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 113-131.

Orobal. 2008. Número 87, página 26. Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

Palenzuela Domínguez, Natalia. 1991. "La Situación Interna en la Época Señorial". En *Historia de Canarias*. Tomo I. Las Palmas de Gran Canaria: Editorial Prensa Ibérica, pp. 149-164.

Pérez Pérez, Pilar-Julia. 1981. *Enfermedades y Accidentes de la Población Aborigen*. Las Palmas de Gran Canaria: Mancomunidad de Cabildos, Plan Cultural y Museo Canario.

Pevsner, Nikolaus. 1979. *Historia de las Tipologías Arquitectónicas*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili. Citado en Darías Príncipe, Alberto. 1990. "Una Aportación a la Arquitectura Canaria Decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta". En *II Jornadas de historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo II. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 255-262.

Quintana Andrés, Pedro C. 1995. "Algunas Consideraciones sobre la Cabaña Ganadera en Fuerteventura durante el Antiguo Régimen". En *VI Jornadas de Estudios sobre Lanzarote y Fuerteventura*. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 49-73.

————— 2000. "La Lepra y la Elefancia en Canarias a Comienzos del Siglo XIX: su Desarrollo, Prevención e Intentos de Erradicación por las Instituciones Civiles y Eclesiásticas". *Anuario de Estudios Atlánticos* 46: 417-487.

————— y Felipe Ojeda Báez. 2000. *Ecós del Sufrimiento: las Crisis de Subsistencia en Fuerteventura y Lanzarote (1600-1800)*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Rodríguez Martín, Conrado. 1994. "The Epidemic of Modorra (1494-1495) among the Guanches of Tenerife" *Journal of Paleopathology* 6 (1): 5-14. Citado en Tejera Gaspar, Antonio, López Medina Luis y Hernández, Justo. 2000. "Las Enfermedades de los Antiguos Canarios en la Etapa de Contacto con los Europeos". *Anuario de Estudios Atlánticos* 46: 383-406.

Roldán Verdejo, Roberto. 1966. *Acuerdos del Cabildo de Fuerteventura 1729-1798*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios.

————— 1968. *El Hambre en Fuerteventura (1600-1800)*. Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife.

————— y Candelaria Delgado González. 1967. *Acuerdos del Cabildo de Fuerteventura 1660-1728*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios.

————— y Candelaria Delgado González. 1970. *Acuerdos del Cabildo de Fuerteventura 1605-1659*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios.

Rumeu de Armas, Antonio. 1947. *Piraterías y Ataques Navales contra las Islas Canarias*. Tomo I. Madrid. Citado en Lobo Cabrera, Manuel. 1993. "La Esclavitud en Fuerteventura en los Siglos XVI y XVII". En *V Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-37.

————— 1957. *España en el África Atlántica*. Madrid. Citado en Lobo Cabrera, Manuel. 1993. "La Esclavitud en Fuerteventura en los Siglos XVI y XVII". En *V Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-37.

————— 1964. "La Exploración del Atlántico por Mallorquines y Catalanes en el Siglo XIV". *Anuario de Estudios Atlánticos* 10: 163-178. Citado en Cabrera Pérez, José Carlos. 1996. *La Prehistoria de Fuerteventura: un Modelo Insular de Adaptación*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

————— 1969. *La Política Indigenista de Isabel la Católica*. Valladolid: Instituto Isabel la Católica de Historia Eclesiástica. Citado en Lobo Cabrera, Manuel. 1993. "La Esclavitud en Fuerteventura en los Siglos XVI y XVII". En *V Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 13-37.

————— 1975. *La Conquista de Tenerife. 1494-1496*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife. Citado en López García, Juan Sebastián. 1987. "La Villa de Betancuria, Centro Histórico de Fuerteventura". En *I Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo II. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 367-391.

Sacoto Aizaga, Patricia Helena. 2009. *Médico por Vocación. José María Peña Yáñez, Hijo Adoptivo de Puerto del Rosario*. Puerto del Rosario: Ayuntamiento de Puerto del Rosario.

Sánchez Herrero, José. 1973-1976. "Aspectos de la organización eclesiástica y administración económica de la diócesis de Canarias a finales del siglo XVI (1575-1585)". *Revista de Historia Canaria* 35(170): 76. Citado en López

García, Juan Sebastián. 1987. "La Villa de Betancuria, Centro Histórico de Fuerteventura". En *Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo II. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 367-391.

_____. 1975. "La Población de las Islas Canarias en la segunda mitad del siglo XVII (1676-1688)". *Anuario de Estudios Atlántico* 21: 237-419. Citado en Quintana Andrés, Pedro C. y Felipe Ojeda Báez. 2000. *Ecós del Sufrimiento: las Crisis de Subsistencia en Fuerteventura y Lanzarote (1600-1800)*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Santana Godoy, José Ramón. 1987. "1720: Motines en Lanzarote y Fuerteventura". En *Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*, tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo de Fuerteventura. Páginas 91-120.

Santana Pérez, Juan Manuel. 1989. *Instituciones Benéficas en Canarias bajo el Absolutismo Ilustrado*. La Laguna: Universidad de La Laguna.

_____. 1995. "Importancia Social de los Cereales en Canarias durante el Antiguo Régimen". En *IV Jornadas de Estudios sobre Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo I. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 139-181.

_____. 1998. *La Población de Fuerteventura a fines del Antiguo Régimen*. Separata Boletín Millares Carló 17: 152-182. Las Palmas de Gran Canaria: Centro Asociado UNED.

_____. 2000. "El Mundo de la Infancia en Fuerteventura y Lanzarote en el Siglo XVIII". *Tebeto. Anuario del Archivo Histórico Insular de Fuerteventura* 13: 33-48.

_____. 2005. *Excluidos y Recluidos en el Antiguo Régimen: Hospitales en Gran Canaria*. Las Palmas de Gran Canaria: Anroart Ediciones.

_____. y María Eugenia Monzón Perdomo. 1987. "Fuerteventura en el siglo XVIII a través de los Autores de la Época". En *Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 139-158.

_____. 1990a. "Fuerteventura y Tenerife: Exportación de Miseria (Segunda Mitad del Siglo XVIII)". En *II Jornadas de Historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo I. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 413-432.

_____. 1990b. "La Población Majoreja en el Hospital de los Dolores (1760-1790)". En *II Jornadas de Historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo I. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 433-448.

Schwidetzky, Ilse. 1963. *La Población Prehispánica de las Islas Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Museo Arqueológico.

Serra Ràfols, Elías. (ed.). 1949. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife: 1497-1507*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios.

_____. 1968. "La Repoblación de las Islas Canarias". *Anuario de Estudios Medievales* 5: 409-429.

Stone, Olivia M. 1995. *Fuerteventura: 1884*. Edición, traducción y notas de Marcos Hormiga. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

Suárez Acosta, José Juan, Félix Rodríguez Lorenzo y Carmelo L. Quintero Padrón. 1988. *Conquista y Colonización*. Santa Cruz de Tenerife: Centro de la Cultura Popular Canaria.

Suárez Grimón, Vicente. 1989. "Crisis de Subsistencia en Lanzarote y Fuerteventura a Principios del Siglo XVIII". En *Coloquio Internacional de Historia da Madeira*. Madeira: Centro de Estudios de Historia do Atlantico, pp. 779-796.

_____. 1991. "La Administración Local: Realengo y Señorío". En *Historia de Canarias*. Tomo II. Las Palmas de Gran Canaria: Editorial Prensa Ibérica, pp. 241-260.

Tavío de León, María Dolores y Concepción Medina Arteaga. 1995. "El Abastecimiento de Trigo de Lanzarote y Fuerteventura a Tenerife en la Edad Moderna. Notas para su Estudio". En *VI Jornadas de Estudios sobre Lanzarote y Fuerteventura*. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 75-82.

Tejera Gaspar, Antonio. 2006. "Los Aborígenes Canarios en la Crónica *Le Canarien*". En *Le Canarien. Retrato de Dos Mundos*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, pp. 145-175.

_____ y Rafael González Antón. 1987. *Las Culturas Aborígenes Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Canarias.

_____ López Medina, Luis y Justo Hernández. 2000. "Las Enfermedades de los Antiguos Canarios en la Etapa de Contacto con los Europeos". *Anuario de Estudios Atlánticos* 46: 383-406.

Tessier, H.A. 1805. "Memoria sobre el Estado de la Agricultura en las Islas Canarias Leída en el Instituto de las Ciencias de París". *Semanario de Agricultura y Artes Dirigido a Los Párrocos por el Real Jardín Botánico de Madrid* 18 (467). Citado en Hernández González, Manuel. 1987. "Libertad de Comercio y Economía de Autoconsumo: Lanzarote y Fuerteventura como Islas Granero durante el Trienio Liberal". En *Jornadas de Historia de Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 77-89.

Toledo Trujillo, Francisco Manuel y Miguel Hernández de Lorenzo Muñoz. 2001. *Historia de la Medicina Palmera y sus Protagonistas*. Tenerife: Centro de la Cultural Popular Canaria.

Torriani, Leonardo. 1978. *Descripción e Historia del Reino de las Islas Canarias, antes Afortunadas, con el Parecer de sus Fortificaciones*. Traducción del italiano, con introducción y notas por Alejandro Cioranescu. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones.

Verneau, René. 1996 (1981). *Cinco Años de Estancia en las Islas Canarias*. Traducción de José A. Delgado Luis. La Orotava: Ed. J.A.D.L.

_____ 2005. *Viviendas, Sepulturas y Lugares Sagrados de los Antiguos Canarios*. Traducción de Marian Montesdeoca. La Laguna: Artemisa Ediciones.

Viera, Isaac. 1999. *Por Fuerteventura: Pueblos y Villorrios*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.

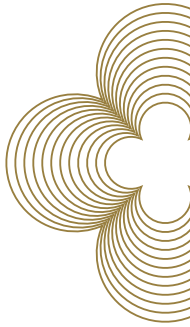
Viera y Clavijo, Joseph de. 1982. *Noticias de la Historia de Canarias*. Tomo I. Goya Ediciones.

_____ 1982. *Noticias de la Historia de Canarias*. Tomo II. Goya Ediciones.

Villena Jurado, José. 1985. "Una Epidemia en Málaga: la de Tabardillo de 1738". *Jabega* 49. Citado en Hernández González, Manuel. 2004. *Enfermedad y Muerte en Canarias en el Siglo XVIII*. Tomo I. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea.

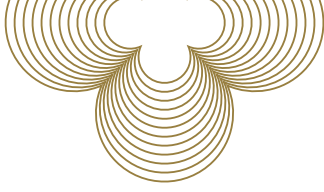
Viña Brito, Ana. 1991. "La Conquista Señorial". En *Historia de Canarias*. Tomo I. Las Palmas de Gran Canaria: Editorial Prensa Ibérica, pp. 117-132.

Vycichl, Werner. 1987. "Les Berbères des Îles Canaries. Éléments historiques et linguistiques". *Études et Documents Berbères* (2): 42-62. París. Citado en Cabrera Pérez, José Carlos. 1996. *La Prehistoria de Fuerteventura: un Modelo Insular de Adaptación*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.



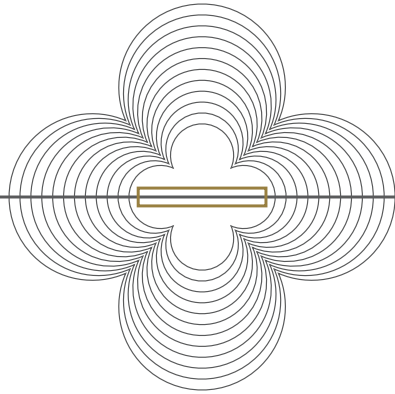


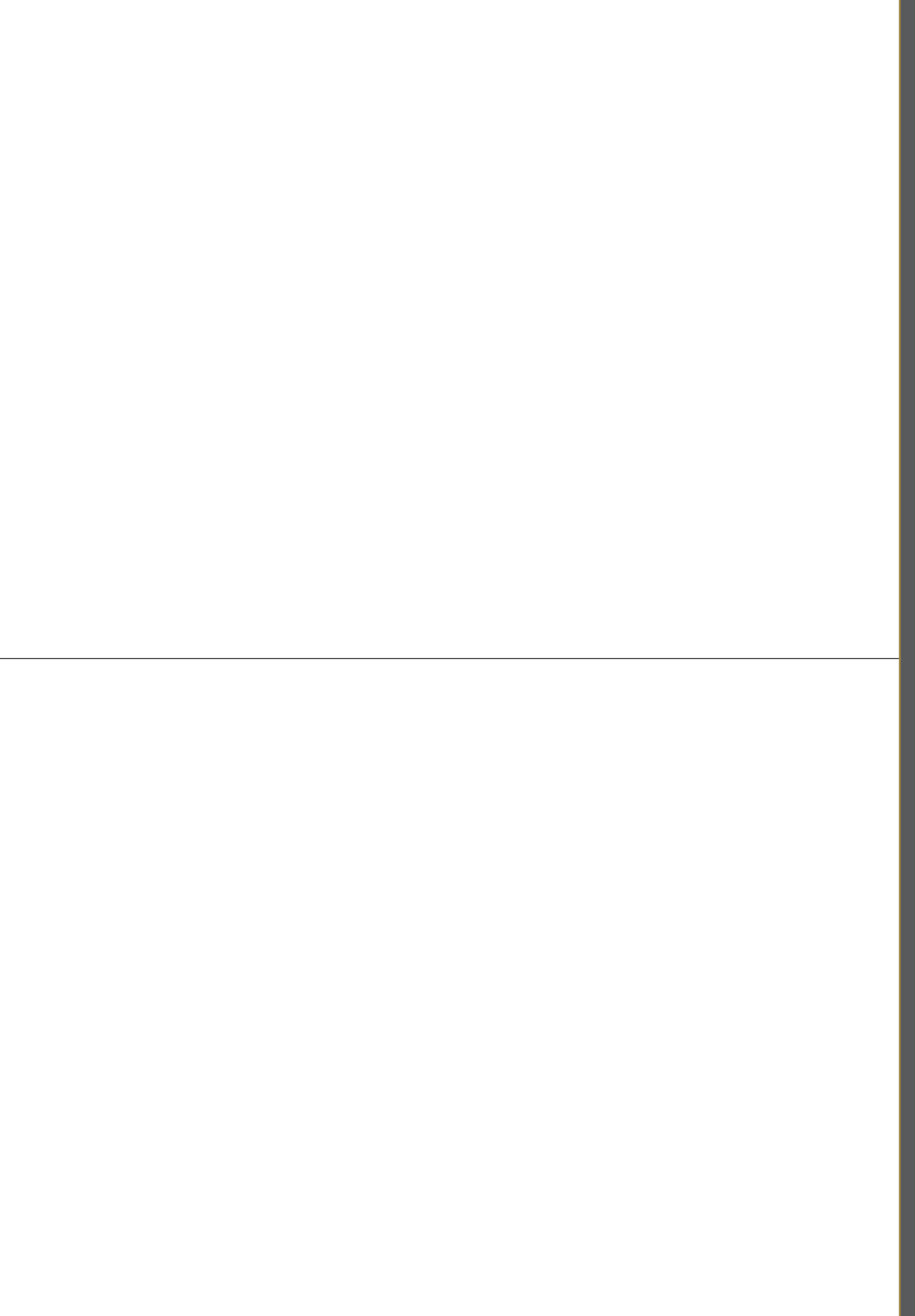
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

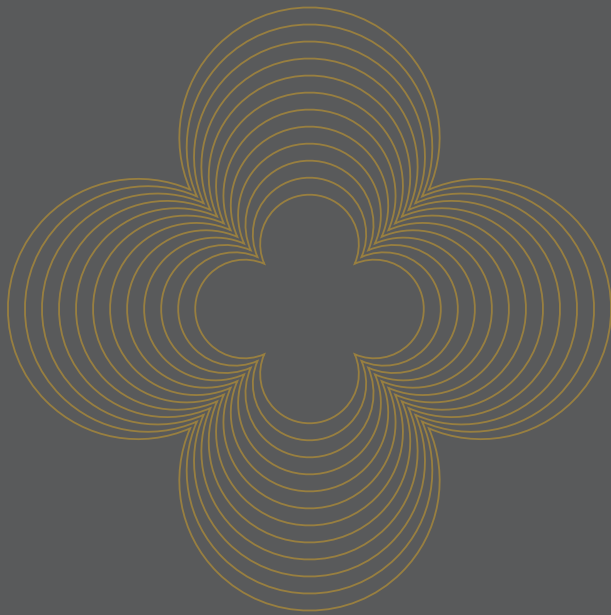


1. Cabrera Pérez, José Carlos. 1996. *La Prehistoria de Fuerteventura: un Modelo Insular de Adaptación*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.
2. Cabrera Pérez, José Carlos. 1993. *Fuerteventura y los Majoreros*. Santa Cruz de Tenerife: Centro de la Cultura Popular Canaria.
3. Schwidetzky, Ilse. 1963. *La Población Prehispánica de las Islas Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Museo Arqueológico.
4. Bosch Millares, Juan. 1975. *Paleopatología Ósea de los Primitivos Pobladores de Canarias*. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria.
5. García García, Carlos. 1993. *Las Enfermedades de los Aborígenes Canarios: Estudio de Patología Osteoarticular*. La Laguna: Centro de la Cultura Popular Canaria.
6. Bosch Millares, Juan. 1967. *Historia de la Medicina en Gran Canaria*. Vol. 1. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria.
7. Marín de Cubas, Tomas Arias. 1986. *Historia de las Siete Islas de Canaria*. Proemio de Juan Régulo Pérez. Las Palmas de Gran Canaria: Real Sociedad Económica de Amigos del País.
8. <http://www.vierayclavijo.org/>
9. Díaz Pérez, Ana María. 1989. "Epidemias y Enfermedades en Fuerteventura (Siglos XV-XIX)". En *III Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 99-112.
10. Santana Pérez, Juan Manuel. 1998. *La Población de Fuerteventura a fines del Antiguo Régimen*. Separata Boletín Millares Carló 17: 152-182. Las Palmas de Gran Canaria: Centro Asociado UNED.
11. Bruquetas de Castro, Fernando. 1996. "La Población de Fuerteventura a Principios del Siglo XVIII". En *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. Tomo I. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura, pp. 451-463.
12. Santana Pérez, Juan Manuel. 1995. "Importancia Social de los Cereales en Canarias durante el Antiguo Régimen". En *IV Jornadas de Estudios sobre Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo I. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 139-181.
13. Quintana Andrés, Pedro C. 1995. "Algunas Consideraciones sobre la Cabaña Ganadera en Fuerteventura durante el Antiguo Régimen". En *VI Jornadas de Estudios sobre Lanzarote y Fuerteventura*. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 49-73.
14. Toledo Trujillo, Francisco Manuel y Miguel Hernández de Lorenzo Muñoz. 2001. *Historia de la Medicina Palmera y sus Protagonistas*. Tenerife: Centro de la Cultural Popular Canaria.
15. Santana Pérez, Juan Manuel. 1990b. "La Población Majorera en el Hospital de los Dolores (1760-1790)". En *II Jornadas de Historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Tomo I. Arrecife: Cabildo Insular de Lanzarote, pp. 433-448.
16. Barroso Alfaro, Manuel. 1997. *Dr. Tomás Mena y Mesa. Médico Ilustre de Fuerteventura. 1802-1868*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.
17. Historia de Canarias, 1991. Editorial Prensa Ibérica, S.A.

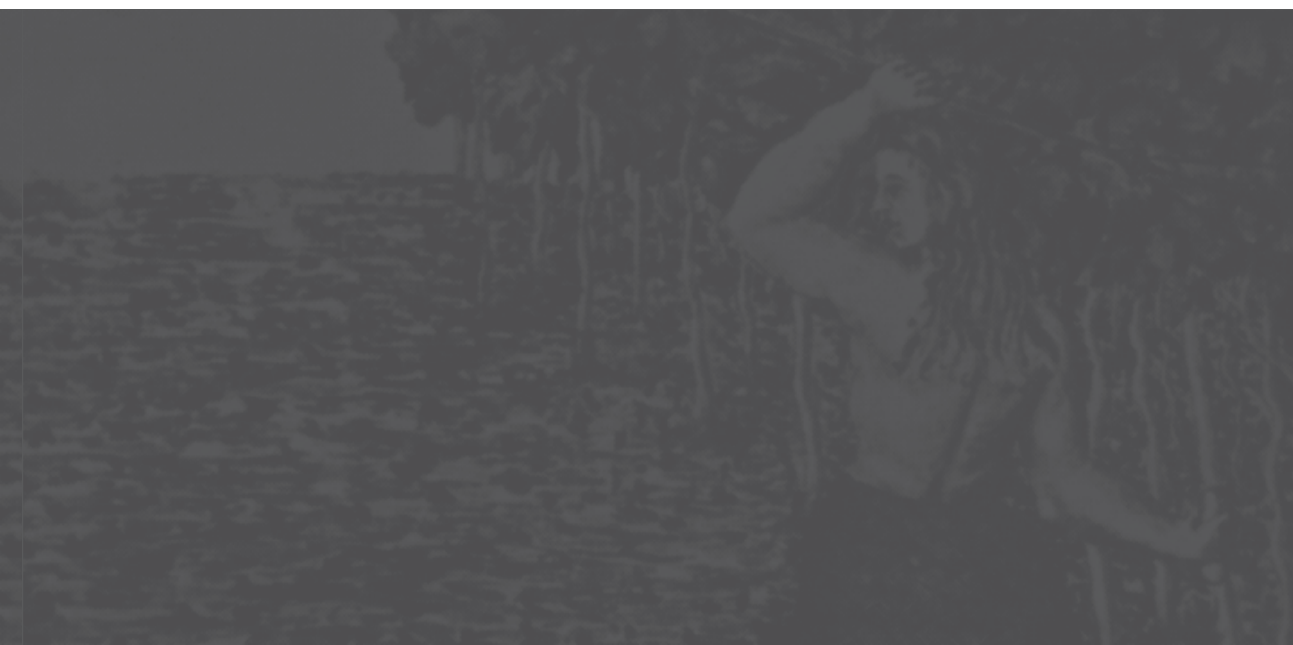
18. De Armas Morales, Inmaculada, Francisco Javier Cerdeña Armas, José Ramón Gil Calero y Pedro Nicolás Nieves Hormiga. 2000. *Puerto del Rosario, Cien Años en la Memoria*. Puerto del Rosario: Ayuntamiento de Puerto del Rosario.
19. José María Peña Yáñez. Médico por vocación. Hijo adoptivo de Puerto del Rosario. 2008. Ayuntamiento de Puerto del Rosario.
20. Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea (AENA). (ed.). 1997. *Historia de los Aeropuertos de Fuerteventura*. Madrid.
21. Hernández Morán, Arístides. 2009. *Libro de Recuerdos de un Médico Rural*. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.
22. M.D. Garraldá, et. al., 1981. Nº 64.
23. <http://www.fedac.org/>
24. Idaira Alonso Hernández.
25. Hospital General de Fuerteventura.
26. Colegio de Médicos de Las Palmas.
27. Tomás Saavedra de León.

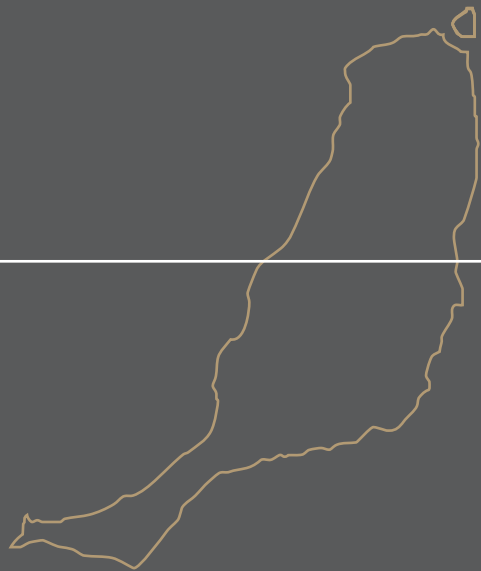












FUNDACIÓN
CANARIA DEL COLEGIO
MÉDICOS LAS PALMAS