

CAPÍTULO 5.

Estado de la Salud y de la Asistencia Sanitaria en el siglo XIX.

5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

***5.2. BENEFICENCIA. SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SANITARIA DURANTE SIGLO XIX.***

***5.3. MARCO LEGAL EN EL QUE SE DESARROLLA
LA ASISTENCIA SANITARIA DURANTE EL SIGLO XIX.***

5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La civilización cristiana ha sido considerada como la primera entidad asistencial pública por su carácter universal e interclasista. Fue la primera institución en tomar conciencia de la atención sanitaria. Los Monasterios asumieron dicha función, convirtiéndose en los primeros Centros donde se ofrecían cuidados a los necesitados pobres y desvalidos, enfermos e indigentes¹⁴⁹.

Ante la falta de médicos y farmacéuticos, fueron los religiosos (*) quienes ejercieron sus funciones, iniciándose en la preparación y la venta al público de productos curativos y medicinales¹⁵⁰. El rey visigodo Eurico, en el **484**, promulgaba un **Código** con las primeras normas sobre el ejercicio de la medicina en España. La ley primera ordenaba que *“ningun físico debe sangrar, nen medicinar moyer libre si non estoviere so padre o so madre delante ó sos fijos ó sos hermanos ó sos tíos ó otros parientes...”*¹⁵¹

(*) Durante la Alta Edad Media (caída del Imperio Romano hasta el inicio del siglo XI) el dominio de la Iglesia Católica iba en aumento, con tanto poder y riqueza como los reyes y señores feudales. La vida se desarrollaba alrededor del Monasterio, generándose una situación sociocultural similar al Feudalismo. El primer impulsor del Monasticismo en Occidente fue San Benito, que combinaba oración y trabajo. Las casas monásticas para mujeres crecieron en número durante los siglos VI y VII. Benedictinos, Franciscanos, Dominicos y demás Órdenes Religiosas fundaron Conventos y Monasterios a lo largo de toda España, creando una suerte de enfermerías u *hospitales* anejos, asumiéndolo como deber cristiano// *Infirmaryum* fueron celdas donde se atendía a monjes y enfermos de fuera del Monasterio. Algo más tarde, se creaba el **Hospital para Pobres**, dependencia al lado del Monasterio y también, la **Casa para los Huéspedes**, a quienes también se atiende. Se hacían sangrías, baños, enemas...

Las Hermanas Agustinas (primera orden religiosa de enfermería y la más importante) vivían en el propio Hospital¹⁵². Al principio, no eran una orden religiosa; pero, más tarde, la Iglesia les obligó a tomar votos y a llevar hábito. Todas las hermanas tenían asignadas actividades específicas como el trabajo externo, la administración del *Hospital*, el cuidado de los enfermos, los servicios religiosos, mantenimiento del *hospital* e incluso enterraban a los muertos¹⁵³. El **Hotel Dieu** surgía como Centro no monástico que se construye en el interior de las ciudades, a veces, al lado de las Catedrales e Iglesias más importantes o junto a la Casa del Obispo¹⁵⁴. Según autores, el primer *Hospital* de estas características, fundado en España, data del año **589**, por el Obispo Mosova. El **Concilio de Orleans** decidió que una cuarta parte de los ingresos de la Iglesia debían destinarse a estos hospitales⁷⁰.

Por el comercio, las guerras y las peregrinaciones religiosas, la lepra se extendió por los países mediterráneos, creándose los **Lazaretos**. El sistema organizativo inicial de Enfermerías, Hospicios y Hospitales establecido por **Regla Benedictina**, sirvió de modelo estructural para los siglos venideros; así como la hospitalidad en la tradición Benedictina: *“...que se honre a todos los huéspedes..., sobre todo a los más pobres”*¹⁵⁵.

¹⁴⁹ García Esteban, A. (2002). *De los Centros de Acogida a las Instituciones Sanitarias. Evolución de la política Socio-Sanitaria en la ciudad de Segovia: s. XV-XIX*. Tesis Doctoral. Segovia: Diputación Provincial de Segovia. Biblioteca Facultad Geografía e Historia. UCM. Signatura: D 364.44 (46) GAR// A.H.N. (1739). *Real Provisión mandando a los justicias informar al Consejo de los Hospitales que hubiere en sus distritos, de su fábrica, estado actual, enfermos,...* Consejos. Libro 1478, nº 5 y 17. Madrid, 27 de enero.

¹⁵⁰ Vázquez-González Quevedo, F. (1982). *Las ciencias Médicas de Cantabria a través de sus Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios*. Santander: Fundación Marcelino Botín. Universidad de Santander. B.M.M.P.

¹⁵¹ Sánchez Grangel, L. (1979). *La Medicina Española del siglo XVIII*. Salamanca: Universidad de Salamanca// Instituto de Salud Carlos III. *El Ejercicio de la Medicina en España*. Museo Virtual de la Sanidad en España.

¹⁵² García, C.; Martínez-Martín, M.L. (2001). *Desarrollo histórico de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt// Conferencia Episcopal (2005). *Las Hijas de la Caridad, testigos de concordia y solidaridad*. Memoria del año.

¹⁵³ Giussani, L. (2004). *El milagro de la hospitalidad cristiana*. Madrid: Ediciones Encuentro.

¹⁵⁴ Troseau, A. (1878). *Clínica Médica del Hotel Dieu de París*. Madrid: Imprenta Médica de Álvarez Hermanos.

¹⁵⁵ Terencio de las Aguas, J. (1999). “Historia de la lepra en España”, en *Sociedad Internacional de Leprología*. Revista *Lepra Fontilles*, 22// Barreda y Ferrer de la Vega, F. (1973). *Los hospitales de Puente San Miguel y Cobreces, en la primitiva Ruta Jacobea de Cantabria*. Santander: Institución Cultural de Cantabria, Centro de Estudios Montañeses. Ed.: Gráficas Resma.

En Barcelona aparecía la primera Leprosaría (en Terencio...) ¹⁵⁵, donde la lepra era considerada la enfermedad de los pobres, en el año **800**, también denominadas malaterías o Lazaretos, pues albergaban a los enfermos de San Lázaro de por vida, bajo los supuestos de la Beneficencia municipal: “*Sic mortuus mundo. Vivus iterum Deo*”; es decir, “*si estás muerto para el mundo volverás a vivir con Dios*”. Los leprosos no salían de las leproserías ni muertos, pues se enterraban allí, en los llamados Cementerios de leprosos (en Hernández Iglesias) ¹⁵⁶.

Con el descubrimiento de la tumba del Apóstol Santiago, en el año **812**, se inician peregrinaciones de gentes gallegas, leonesas, asturianas, **cántabras** y vascas, para extenderse después a toda la Europa cristiana ¹⁵⁷. Fue, así mismo, el *camino* una vía de penetración de cultura y también de enfermedades y en el proliferaron los antiguos hospitales medievales para albergar peregrinos, frecuentemente enfermos, que obligaban a los monjes a practicar todo tipo de cuidados ¹⁵⁶.

El médico antropólogo José Carro Otero (que defiende: “*los restos del Apóstol son auténticos, no hay duda*”) recuerda que los viajeros tenían “*la posibilidad de sufrir enfermedades específicas de los que caminan, y también que se agravasen las propias*”.

El Camino de Santiago del Norte o de la Costa fue utilizado antiguamente por los Peregrinos procedentes de los Países Nórdicos y Centroeuropeos, que lo usaban como alternativa al Camino Francés, recibiendo en los hospitales “*sal, fuego y agua*” más que atención médica (*). Se hacía una medicina casera, con aceites y hierbas, como la salvia con sebo y trementina. Salvia, por su poder cicatrizante; la trementina por su cierto poder antiséptico y el sebo servía para hacer el bálsamo ¹⁵⁷.

Durante la Baja Edad Media (siglo XI hasta el descubrimiento de América, en 1492) y sobre todo con las Cruzadas (principalmente la tercera: 1189-1192, tras la pérdida de Jerusalén y comandada por los reyes Ricardo Corazón de León de Inglaterra y Felipe II de Francia), las Órdenes o Congregaciones que prestaban asistencia médica fundaron pequeños Centros de Acogida para militares y peregrinos (en García Esteban...) ¹⁴⁹.

La lepra era considerada una de las grandes pestes de la Edad Media. Los enfermos optaron por buscar la solidaridad cristiana de los que peregrinaban a Santiago. Esta es la razón por la que muchos de los Lazaretos (**) se situaban a los pies de los caminos, especialmente en las rutas que se dirigían a Santiago.

(*) Los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, fueron la Orden Militar más importante, llamada así porque al fundar el hospital se lo dedicaban a San Juan Bautista. Se trataba de una orden muy pudiente, ya que recibía frecuentes limosnas, lo que les permitía crear muchos hospitales. No solo acogían a sus propios enfermos sino que, poco a poco, acogió a dementes, locos, niños huérfanos, y también asistía la orden a los pobres y caminantes distribuyéndoles comida y ropa.

(**) Los Caballeros de San Lázaro se dedicaban a coger leprosos, ya que éste era su patrón, además de que estaba compuesta la Orden por leprosos, los cuales eran caballeros que regentaban las antiguas leproserías de hombres. Las de mujeres estaban dedicadas a Santa Marta.

¹⁵⁶ Hernández Iglesias, F. (1876). *La beneficencia en España*. Madrid: Establecimiento tipográfico de Manuel Minuesa// Benito Villegas, F. (1876). *Breves apuntes sobre la historia y administración de la beneficencia provincial de Santander*. Santander: Imprenta Martínez// Alemán Bracho, C. (1991). *El Sistema Público de servicios sociales en España*. Granada: Impredisur// Parrilla Valero, F. (2009). “En busca del origen de los farmacéuticos titulares”, en *Gaceta Sanitaria*. Barcelona: enero-febrero// Viñes Rueda J.J. (2006). *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)*. Pamplona: Edita Gobierno de Navarra// Gutiérrez Colomer, L. “Contribución al estudio sanitario de Cantabria (manuscritos del Archivo de Laredo)”, en *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*, año V, nº 18 (junio 1954): 49-62; nº 19 (sep. 1954): 118-122; nº 20 (dic. 1954): 157-162// de Vega, E. (2004). “Pobreza y asistencia social en la España de la Restauración”, en Palacio Morena (Coord.) *La Reforma Social en España*. Madrid: CES// Gómez Bravo, G. (2005). *Crimen y castigo. Cárceles, Justicia y violencia en la España del siglo XIX*. Madrid: Libros de la Catarata.

¹⁵⁷ Pombo, A. (2004). *El Camino de Santiago por la Costa o Camino Norte*. Madrid: Anaya Touring// González, A. (2004). *El camino de Santiago por la Costa o Camino del Norte*. León: Everest// Asociación de Amigos del Camino de Santiago de Astillero y Cantabria (2008). *Camino del Norte*. Ediciones del Autor.

Surgieron Órdenes Seglares que realizaban cuidados básicos, tanto en hospitales (*) como en los domicilios. Vivían en sus casas pero, por su ideal cristiano, se dedican al cuidado de pobres y enfermos¹⁵³. Así, la Cruz Maltesa que llevaron los Caballeros de San Juan, sobrevivió a la época de las Cruzadas y se convirtió, en parte, en la insignia de muchos grupos dedicados al cuidado de los enfermos¹⁵⁸. Las Órdenes Militares de Enfermería eran pues un tipo especial de órdenes que surgieron en el seno de las Hermandades Militares. Combinaban los atributos de la religión y la caballería, el militarismo y la caridad en su servicio al prójimo¹⁵².

Durante la Edad Media, el Renacimiento y el Barroco la casi totalidad de los Hospitales y demás establecimientos de Beneficencia fueron de titularidad Eclesiástica: Albergues (para peregrinos y caminantes, en los caminos y Monasterios), Hospicios o Casas para niños Expósitos, Convalecencias (se atendía a los enfermos que eran dados de alta de los hospitales, sin haber logrado su completa curación), Leprosas (con capacidad para 10 o 12 personas), Hospitales Emergentes (en las epidemias), Asilos para ancianos (muy numerosos) y Casas de Recogida, Maternidad y de Beneficencia para Pobres (muy numerosos)¹⁵⁹.

Durante el reinado de Alfonso X (1221-1284) los leprosos debían anunciar obligatoriamente su presencia con una campana o con unas tablillas, que golpearían al aproximarse a las gentes y con la boca tapada para evitar el *"fedor de su respiramiento malo"*¹⁶⁰.

La construcción de Hospitales seguía extendiéndose: Hospital del Obispo, 1362¹⁶¹; Hospital de San Antonio en Sarria. Siglo XIV¹⁵⁹; en Morella, provincia de Castellón, se fundaba en 1378, el primer hospital para leprosos¹⁶²; Hospital de San Antón Abad, en Villafranca Montes de Oca, 1380¹⁵⁹; Hospital de San Juan Bautista en Cáceres, 1402 (Ver Fig. nº 66, pp. 148) y Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, en 1404¹⁵⁶.

Mientras, en **1406**, Alfonso Chirino, físico del rey Juan II de Castilla (1398-1479), dispuso que los Médicos de Cámara fueran Alcaldes examinadores de los médicos para autorizar su ejercicio¹⁶³.

Más adelante, el padre mercedario Jofré –Joan Gilabert Jofré– (Oleo de Sorolla) creaba en **1409** la primera Casa para orates (dementes y locos) en Valencia denominada *Casa dels Ignoscents e dels Folls*¹⁶⁴. Posteriormente, aparecieron otras similares en Zaragoza (1425), en Barcelona y en Sevilla (1436), en Toledo (1483), en Valladolid (1489)¹⁵⁶, etc.

(*) Sucesivamente, surgieron en España los hospitales de: Peregrinos de Villalcázar de Sirga (Palencia) en 1047; Hospitales de Carrión de los Condes (Palencia) a finales siglo XI; Hospital de Santo Domingo de la Calzada (Logroño) en el siglo XI; Hospital-Convento de San Antón (Burgos) en 1146; Monasterio-Hospital de San Marcos (León) en 1152; Hospital de San Nicolás, en 1174 (Burgos); Hospital de Órbigo, en 1184 (León); Hospital del Rey para peregrinos (Burgos) en 1195; Hospital de San Miguel (Pamplona) en 1282¹⁵³.

¹⁵⁸ Runciman, S. (1973). *Historia de las Cruzadas*. Madrid: Alianza Editorial.

¹⁵⁹ Centro Virtual Cervantes (2008). *El Camino de Santiago*.

¹⁶⁰ Contreras Dueñas, F.; Miguel y Suárez-Inclán, R. (1973). "Historia de la lepra en España", en *Asclepio*, Vol. 5: 387-389. Madrid: Gráficas Hergón// Méndez Álvaro, F. (1860). *La lepra en España a mediados del siglo XIX*. Madrid: Imp. M. Rojas// Castells i Ballequí. (1897). *Historia de la Legislación Sanitaria Española*. Lérida: Universidad de Barcelona. Biblioteca Dpto. Hª de la Farmacia. Facultad Farmacia. U.C.M. Signatura: 351.77 (46) CAS. (160).

¹⁶¹ Álvarez Álvarez, A. (2005). "El Hospital del Obispo en el camino romero a Guadalupe", en *Corpus Bibliographicum Guadalupense* (Director: Fr. Sebastián García, O.F.M.). Cáceres: Universidad de Extremadura, Servicio de Publicaciones.

¹⁶² Gimeno Michavila, V. (1932). "El Antiguo Hospital Municipal de Castellón", en *Boletín de la Sociedad Castellonense de Cultura*, nº 13: 208-213. Castellón.

¹⁶³ García de Santa María, A. (1891). *Crónica de Juan II de Castilla*. Madrid: Ediciones Rialp S.A.

¹⁶⁴ López Piñero, J. M. (2009). *El hospital de ignoscents, folls e orats (1409-1512) y la Medicina valenciana durante el siglo XV*. Valencia: Publicaciones del Ayuntamiento de Valencia.



Fig. nº 66. Hospital de S. Juan Bautista del Monasterio de Guadalupe, donde se realizó la primera disección anatómica en España. Año de 1402.

El sagrado **Concilio de Constanza**, de 6 de julio de **1415**, celebrado en Alemania, prohibía maquinar la muerte de los príncipes aún cuando fuesen tiranos. **La religión cristiana estaba pues el amparo de los reyes**. Aunque el Estado trató de organizar la asistencia sanitaria al margen del modelo eclesiástico, fue la Iglesia la que continuaba fundando Órdenes Religiosas y modificando otras ya existentes para que se dedicaran especialmente a la atención sanitaria en los hospitales y fuera de ellos.

Las **Cofradías Gremiales** también fundaron hospitales. Destacaron las de zapateros, que fundaron hospitales en Oviedo, Tudela y Estella. En Oviedo también fundaron hospitales los sastres, carpinteros, peleteros, hortelanos y herreros. Con las cofradías y otros fundadores llegaron a existir 32 hospitales en Burgos, 25 en Astorga, 17 en León, 68 en Navarra. Incluso en un centro secundario de la ruta, en Oviedo, hubo 11 hospitales¹⁶⁵.

Empiezan a extenderse los Balnearios, a partir de **1474**, probablemente derivados de los baños árabes, lo cual resultaba beneficioso desde el punto de vista higiénico¹⁶⁶.

Los Reyes Católicos creaban el **Protomedicato de Castilla** mediante Cédula de 30 de Marzo de **1477**: “...Los Protomédicos y Alcaldes Examinadores mayores examinarán a los candidatos a ejercer de Físicos, y Cirujanos, y ensalmadores y **Boticarios** y especieros y herbolarios... para que, si los hallaren idóneos y pertenecientes, les den cartas de examen y aprobación y **licencia para que usen de los dichos oficios**...”⁴³.

El Descubrimiento de América tendría importantes repercusiones sanitarias, especialmente en alimentación y enfermedades. De allí se trajeron las patatas, el tomate, el maíz, el cacao, el tabaco, la **quina**, la coca, la sífilis, etc. y se llevó el trigo, la viña, la caña de azúcar, la gripe, la viruela, la fiebre amarilla, etc. Los enfermos de mal de las Indias (sífilis) con exantemas floridos, propios del segundo periodo, eran atendidos en los hospitales¹¹⁴.

El profesor García Guerra, en su Tesis Doctoral (Ver en cita 166), refiere que en Bula de Alejandro VI se indicaba:

“...hacer cualesquiera Estatutos, Ordenanzas, honestos y razonables, conforme a los Sagrados Cánones... y cementerios... se autoriza la institución de una Cofradía... sean partícipes de los ruegos, oraciones, misas, ayunos, limosnas y otras Obras Pías, y de todos los sufragios, aún por tiempo hechos en los susodichos Hospitales...”.

¹⁶⁵ Álvarez Palenzuela, V.A. (1982). *El cisma de Occidente*. Madrid: Ediciones Rialp// Sánchez Herrero, J. (1978). *Las instituciones eclesiásticas y la religiosidad popular*. León: Silex.

Así, paulatinamente fueron apareciendo: Hospital de Salamanca, junto a la Universidad; Hospital de Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, en 1425; Hospital de la Pasión, Ciudad Rodrigo, Salamanca, en 1479; Hospital de la Santa Cruz, Toledo, entre 1494-1504; Hospital de San Juan Bautista, Toledo, en 1541; Hospital de San Lázaro y la Magdalena, en 1560.

En 1498, se publicaba en Florencia el llamado **Recetario Florentino**, que fue considerado el primero del mundo. Contiene todas las fórmulas medicamentosas que se utilizaban entonces, con el *modus faciendi* correspondiente. En 1511, La *Concordie Apothecariorum Barchinone in medicinae Compositis* de Barcelona (Ver Fig. nº 36), fue tenida como la **primera farmacopea española y segunda del mundo después del Recetario de Florencia** (escrita en latín con caracteres góticos)¹¹⁴.

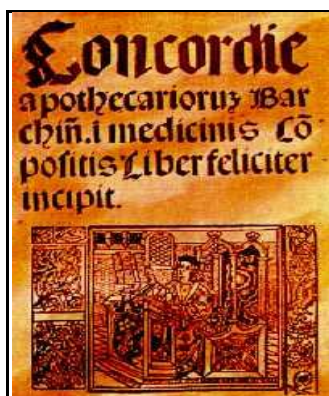


Fig. nº 67. *Concordie Apothecariorum Barchinone in medicinae Compositis* de Barcelona, tenida como la primera farmacopea española y segunda del mundo. Año de 1511.

Por los Reyes Católicos se construirían: Hospital Real de la Corte de Madrid; Hospital del Buen Suceso de Madrid, en 1489 (*); Hospital Real de Santiago, en 1499 y Hospital de Granada, en 1536 (posteriormente, en Pamplona, en 1574; Cartagena, en 1584).

(*) El Hospital General de Madrid (actualmente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón) nació de la reunión de hospitales de la Villa y Corte, solicitada por las Cortes de Castilla y tramitada por Felipe II ante el papa Pío V, quién la autorizó en bula de 27 de abril de 1567. La reducción de los hospitales la decretó el Cardenal-Arzbispo de Toledo, don Gaspar de Quiroga, el 31 de enero de 1587; a partir de esa fecha se prohibió que ostentasen sus nombres anteriores los hospitales suprimidos. El proceso de reunión nunca llegó a completarse. El Hospital General de Madrid, tras una breve permanencia en el que fuera hospital de convalecientes, se ubicó en unos locales situados en la confluencia del paseo del Prado con la carrera de San Jerónimo; las mujeres quedaron en el llamado hospital de la Pasión. Felipe II, en aquellas fechas -6 de diciembre de 1589- dotó al Hospital de sus primeras Constituciones y, en 1597, le asignó los beneficios de las ventas de la Gramática de Nebrija.

A principios del siglo XVII, durante el reinado de Felipe III, el Hospital se trasladó de nuevo; esta vez, a un albergue de mendigos que se había edificado, por iniciativa del doctor don Cristóbal Pérez de Herrera, en el camino de Ntra. Sra. de Atocha. A finales del siglo, en 1705 se redactan unas nuevas Constituciones e Institutos, que inauguran una centuria muy activa aunque de extrema penuria económica. Si bien de vida efímera, a mediados del siglo XVIII, poco después de la coronación de Fernando VI, se aprueba el primer Colegio de Cirugía de España, el Real Colegio de Cirujanos de San Fernando, del Hospital General. En esa época se aborda una reestructuración del Hospital; desde el lado administrativo, la llamada reforma Ceballos intentó su ordenación, a la vez que estudió unas nuevas Constituciones que serían luego aprobadas por Carlos III, en 1760 y revisadas veinte años después. En 1781, el Hospital General disponía de 1561 camas. Ya en 1849, el Hospital General de Madrid, a raíz de la reforma administrativa que siguió a las Cortes de Cádiz de 1812, pasó a ser regido y administrado por la Diputación Provincial; se rebautizó como Hospital Provincial de Madrid. En 1852 apareció el primer número de La Crónica de los Hospitales, periódico oficial -se titulaba- de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia del General de Madrid. En 1868, se creó la Escuela Teórico-Práctica de Medicina y Cirugía del Hospital Provincial, que vino a reemplazar la docencia práctica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central; y, en 1887, se redacta un nuevo Reglamento, luego revisado entre 1924 y 1934, y reeditado con cambios sustanciales en varias ocasiones. Este tipo de Hospitales tenían ya salas independientes para enfermos, peregrinos, niños expósitos, enfermería, administrador, capellán, médico, personal de enfermería, **botica**, lavadero y otras diversas dependencias¹⁴⁹.

Ya en el siglo XVI sobresalieron dos grandes hospitales que lograron un corte moderno: el Hospital del Rey, de Burgos y el Hospital Real de Santiago. Estos grandes centros se diferenciaban de los albergues por su número de camas: llegaron a tener entre 100 y 200, con personal específico y lo que es más importante, con un equipo de profesionales médicos, cirujanos y enfermeras¹⁶⁶.

Existía un **Patronato Real** (órgano rector de la Fundación Real) en todas las Iglesias Catedrales, Prelacias y Abadías. Así, Carlos I de España y V de Alemania consiguió del papa Adriano VI (1522-1523) el **Patronato de todas las iglesias catedrales de su Reino**. La acción benéfica y caritativa de la Iglesia fue imitada gradualmente por reyes (aportando fondos de la corona) y por la sociedad laica y seglar de los señores feudales, cuyas aportaciones fueron también decisivas para la aparición y el mantenimiento de las **entidades hospitalarias benéficas** dirigidas por corporaciones religiosas, Cofradías y Hermandades. El rey mandaba visitar, con especial interés, las Casas de San Lázaro y San Antón, que eran también del patronato real⁴³.

Juan Luis Vives (1492-1540), filósofo y humanista, creador de la Beneficencia y precursor de la política social, publicaba en Brujas en 1526 "*De subventione pauperum sive de humanis necessitatibus*"; donde recomendaba el socorro obligatorio a los pobres, trata el problema de la mendicidad buscando soluciones en las instituciones públicas, indicando que debían socorrer a los verdaderos pobres y hacer trabajar a los que sólo son vagos; para ello era preciso una organización de la beneficencia y una reforma del sistema sanitario¹⁵⁶.

En esta época, los Hospitales Benéficos usaban sobre todo **medicamentos de origen vegetal** (tenían su propio huerto), ungüentos, emplastes y tisanas. Era frecuente el uso de sanguijuelas. Se empezaba a aplicar el torniquete y los enemas. En la mayoría no había médico, por lo que el peso del cuidado recaía en el personal de enfermería (considerada como oficio). Surgían las **Escuelas Catedralicias**, que impartían enseñanza a nivel general y también empezaban a cultivar la medicina¹⁵². Durante la edad media se pasó de la medicina monástica a la universitaria. Como requisitos fundamentales: tres años de estudios básicos de pro-medicina, tras los cuales se accedía a estudios médicos¹⁶⁷.

Durante el siglo XV y posteriores, la Iglesia Católica y los Municipios (gobierno municipal y estructura estatal administrativa) compartían las funciones de la administración de la Salud Pública desde la fundación de los primeros hospitales: Fundación y Atención a Hospitales Civiles o de Caridad; Registro de nacimientos y fallecidos; Fundación y Atención de Asilos para: niños, mujeres y ancianos; Enterramientos en Iglesias; Establecimiento y Administración de Cementerios; Medidas frente a las Epidemias¹⁶⁶.

Por **Cédula** de Felipe II, se mandaba la observancia del *Concilio de Trento* en España (1545-1563): "...*Sabed que cierta y notoria es la obligación que los Reyes y príncipes cristianos tienen a obedecer, guardar y cumplir, y que en sus reinos, estados y señoríos, se obedezcan, guarden y cumplan los decretos y mandamientos de la santa madre Iglesia y asistir, y ayudar, y favorecer al efecto, y ejecución, y a la conservación de ellos, como hijos obedientes, y protectores, y defensores de ella...*"¹⁶⁸.

¹⁶⁶ García Guerra, D. (1983). *El Hospital Real de Santiago (1499-1804)*. Tesis Doctoral. Madrid. Biblioteca Dpto. Hª de la Farmacia. Facultad Farmacia. UCM. Sig.: 362.11 (461.112.5) GAR// Ramos Martínez, J. (1989). *La Salud Pública y el Hospital General de la ciudad de Pamplona en el Antiguo Régimen (1700-1815)*. Ed.: Gobierno de Navarra. Biblioteca Dpto. Hª de la Farmacia. Facultad Farmacia// Rodríguez Mateos, M.V. (2003). *Los Hospitales de Extremadura, 1492-1700*. Cáceres: Universidad, Servicio de Publicaciones// Martínez García, L. (1986). *El hospital del Rey de Burgos. Un señorío medieval en la expansión y en la crisis (siglos XIII y XIV)*. Burgos: J.M. Garrido Garrido// A.H.N. (1767). *Boticas en Hospitales*. Libro de Reales Células. Real Provisión de 22 de septiembre// Martínez Velasco, M.L. (2008). *La Farmacia en la ciudad de León (1800-1950)*. León: Universidad de León// A.M.S. (1578). Felipe II ordenaba al Corregidor de las Cuatro Villas de la Costa, le informara sobre la conveniencia de acceder a la solicitud de la Villa de Santander, en donde se solicita el pago de sueldos de boticarios, a 24 de diciembre. Legajo A-5, nº 6// A.M.S. (1504). *Sentencia de García de la Torre sobre unos prados del Monasterio de Santa Catalina de Monte Corbán*. Maestre Boticario D. Pedro de Oviedo. Documentación Medieval. Manuscrito 16. 22 de marzo.

¹⁶⁷ Laín Entralgo, P. (1976). *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat.

¹⁶⁸ Rodríguez, P.; Lanzetti, R. (1982). *El Catecismo Romano. Fuentes e historia del texto y de la redacción. Bases críticas para el estudio teológico del Catecismo del Concilio de Trento (1566)*. Pamplona: Universidad de Navarra.

Fue, pues, la Iglesia Católica quien, a partir del *Concilio de Trento*, dio normas regularizando el modo de llevar los **Libros Parroquiales de Bautismos y Matrimonios** (luego, la práctica impuso el de **Defunciones**). Esta recogida de datos sobre la demografía, mortalidad y natalidad permitía a todas las Iglesias de los pueblos cuantificar y medir, en parte, ciertos aspectos de la salud pública y de la enfermedad de sus vecinos¹⁶⁵.

La **Reforma Eclesiástica del siglo XVI**, motivó cierto cambio en la asistencia sanitaria, pues al hacerse más rigurosa la clausura religiosa, se inició la secularización de la misma, pasando el cuidado y atención de los enfermos a manos de seculares más cualificados y con **profesiones sanitarias específicas**¹⁵².

Con sus particulares señas de identidad, Madrid contó con el Hospital de San Juan de Dios (1552) y la antigua Inclusa (1572).

La institucionalización de los servicios sanitarios se produce en el reinado de **Felipe II** (1556-1598). Será este monarca quien establezca la estructura de los médicos al servicio real, la **forma de servicio farmacéutico a las diferentes casas reales**, la asistencia hospitalaria gratuita a todas las damas y criadas de la reina a través de la Enfermería de Damas y la creación de la primera institución sanitaria europea para asalariados y precedente de los modernos centros especializados en accidentes de trabajo, el Hospital Real de Laborantes de El Escorial, creado durante la construcción del monasterio escurialense. Todos los criados reales tenían derecho a asistencia médica y farmacéutica gratuita por parte de la Corona, desde los gentiles hombres, pertenecientes a las principales familias aristocráticas, hasta los simples servidores.

Los servicios sanitarios reales podrían estructurarse en tres grandes bloques: servicios médicos, **farmacéuticos** y hospitalarios. Organizados, a su vez, en tres dependencias: Oficios de la Real Casa. Se situaban los médicos de familia, los cirujanos y los Sangradores; Clases de la Real Cámara, los médicos de cámara, los barberos y los **boticarios**; y dentro de la Real Cámara de la Reina, las enfermeras y enfermeros que atendían la Enfermería de Damas.

La profesión farmacéutica real estuvo representada por tres tipos de profesionales: los boticarios, los destiladores y los espagíricos. Los boticarios eran los encargados de elaborar los medicamentos galénicos recetados por los médicos reales. Aparecen los **boticarios reales que eran profesionales con boticas instaladas en la villa** o ciudad donde temporalmente residían los monarcas. Tenían un sueldo pagado por la Casa Real y debían abastecer de medicinas a todos los criados y componentes de la familia real. En 1561, Felipe II modificará ligeramente la forma de dispensación de medicamentos. Toma como boticarios reales a los hermanos Arigón, que ya habían estado a su servicio en otras ocasiones. Las boticas reales, a partir de este momento, serían tres: una en Palacio, destinada al rey y la familia real; otras dos en la villa de Madrid, llamadas boticas del común, encargadas de dispensar medicamentos a los criados reales. Estas dos boticas eran la botica de Su Majestad, para los criados de la Casa del Rey y la botica de Sus Altezas, creada en **1580**, tras el fallecimiento de la cuarta esposa de Felipe II, que abastecía a los criados que servían a príncipes e infantes reales.

De este período datan las primeras normas destinadas a regular el servicio de un boticario real. Se trata de las etiquetas dispuestas para la reina Isabel de Valois, tercera esposa de Felipe II. En ellas, se dedica un apartado a la llamada **Boticaría** y se estipula que el boticario debe abastecer de medicamentos a la reina y todos sus criados, esposas e hijos solteros. Todas las medicinas dispensadas debían quedar registradas en cédulas que serían revisadas a final de mes por el mayordomo mayor.

Los destiladores, surgen en la segunda mitad del siglo XVI, por expreso deseo del monarca Felipe II, que contó con destacados destiladores a su servicio, venidos de diferentes reinos extra-peninsulares¹⁶⁹.

¹⁶⁹ Rey Bueno, M.; Alegre Pérez, M.E. (1998). *La ordenación normativa de la asistencia sanitaria en la Corte de los Habsburgos españoles (1515-1700)*. Madrid: Dynamis// Rey Bueno, M.; Alegre Pérez, M.E. (1996). "The ladies infirmary. A health centre in the spanish court (17th century)", en *Rev. Hist. Pharm* (Paris). Volumen 44 (312 suppl.): 62-65. Biblioteca Facultad de Farmacia. U.C.M.

La **Ley Fundamental del Tribunal del Protomedicato de Castilla de 1567** designó al órgano encargado de examinar poder ejercer la profesión sanitaria, y para evitar y perseguir el intrusismo; de ejercer las funciones de salud pública en casos de riesgo pestilencial y, además, de juzgar, perseguir, sentenciar y castigar las trasgresiones.

Con todo ello, el poder real dispuso un esbozo de organización sanitaria unipersonal de garantía durante más de 300 años. Del mismo modo y finalidad, se constituyó de forma separada el *Protobarberato* (ejercitado por los barberos mayores de la Corte) para atender los mismos asuntos de los barberos, que además de “*el uso de tijera y navaja debían examinarse de sajar, sangrar, echar sanguijuelas, ventosas, sacar muelas y dientes*”⁴³.

El Canónigo Miguel Giginta propuso a las Cortes la creación de **Casas de Misericordia** para recoger a mendigos y que se hicieron realidad en Toledo, Madrid, Granada, Barcelona y Zaragoza, en 1578¹⁵⁶.

Durante el reinado de Felipe II (*), fundamentalmente en las décadas de 1570 y 1580, hubo una tendencia a reducir el número de hospitales de las ciudades, tratando de que hubiese menos centros asistenciales, pero con mayor capacidad y mejores dotaciones. Por ejemplo, en 1587, en Madrid, once hospitales se concentraron en un Hospital General¹⁶⁶.

El Protomedicato extendió su competencia a físicos, cirujanos latinos o *romanticistas* y a boticarios, con un desarrollo reglamentado por las **Pragmáticas de 1588** y 1593 de Felipe II, no dejando de colaborar en la **limpieza de sangre** con el Santo Oficio, ya que se prohibió acceder a los exámenes a los judíos y a los conversos y de este modo, al ejercicio del arte de curar⁴³.

En los últimos años del reinado de Felipe II se cambió el sistema de abastecimiento farmacéutico para la real familia y servidores vigente durante todo un siglo. Los médicos reales consideraron más apropiado prescindir de los servicios de los hermanos Arigón y crear una botica a cargo del monarca, en aposentos privados y cerrada al público. Surge así una nueva dependencia, la **Real Botica**, creada en **1594** y encargada de dispensar medicamentos en exclusiva a la corte. La plantilla de la Real Botica estaba compuesta por **siete boticarios examinados** y jerarquizados en un boticario mayor, tres ayudas y tres mozos de oficio.

La Real Botica se instaló en dependencias palaciegas y contaba con jardines propios de donde abastecerse de hierbas medicinales. Fue evolucionando a lo largo de todo el siglo XVII, transformándose en la **botica más importante del reino**, no sólo por dispensar medicamentos al rey, sino por la ingente cantidad de medicinas preparadas en sus dependencias destinadas a todos los criados reales, sus esposas e hijos, la guardia real, los ejércitos y conventos y monasterios protegidos por la Corona¹⁷⁰.

Paralelamente, comenzaban a parecer Órdenes Religiosas, a las que la iglesia obligó a tomar votos religiosos perpetuos y por otro lado, ordenó a los Monasterios que cerrasen sus Hospitales, porque la actividad fundamental era la oración y el cuidado de los enfermos les distraía¹⁶⁶.

Algunos hospitales se independizaron del poder eclesiástico y se organizaron estructural y administrativamente, corriendo sus gastos y prestaciones a cargo de **Hermanades Hospitalarias o Cofradías**, ofreciendo más atención al cuidado de la salud de sus miembros e imponiéndose por primera vez un cierto tipo de sanidad pública. Se daba lugar a la creación de nuevos y espaciosos hospitales con un funcionamiento reglamentado por sus propios Estatutos.

(*) El aislamiento en la formación de los profesionales médicos del resto de Europa provenía de la prohibición de Felipe II de estudiar en las Universidades Europeas, para evitar la contaminación de la fe (Ver en Viñes, J.J.)¹⁵⁶.

¹⁷⁰ Sempere y Guarinos, J. (1801). (del Consejo de su Majestad. Honorario de Hacienda y Fiscal de lo Civil en la Cancillería de Granada). *Biblioteca Española Económico-Política*. Tomo I. Madrid: Imprenta de Sancha// Pérez y López, A.J. (1797). *Teatro de la Legislación Universal de España e Indias*. Madrid: Imprenta de Don Antonio Espinosa. Biblioteca Facultad Derecho. UCM// A.H.N. (1750). *Boticarios del Reino*. Consejos. Libro 1510, nº 65, folio 450-451. 26 de diciembre.

Los mecanismos asistenciales de la Beneficencia funcionaron, inicialmente, como vehículos de integración social: el enfermo, por enfermedad, era atendido en el hospital y el pobre, por incapacidad económica, se encontraba en el hospicio. El estado es quien va a potenciar esta evolución y algunos hospitales pasarían a depender de los Ayuntamientos que se iban a responsabilizar de la planificación de la asistencia. Se puso en marcha un **plan para la secularización de la Beneficencia**, gestionando la financiación de los fondos, procedentes de los bienes eclesiásticos y de donaciones particulares, que se emplearían en asistir a los necesitados. Con esta planificación se intentaban obtener dos objetivos: organizar la asistencia desde la Administración, y a la vez, **reducir el poder social del clero**.

El déficit económico del s. XVII, las epidemias y los cambios científicos hicieron que los hospitales perdieran definitivamente el carácter benéfico asistencial para dedicarse estrictamente a la cura de enfermedades, haciéndose cargo del resto de problemas sociales otras instituciones de nueva creación apropiadas para ello¹⁵⁶.

Aunque el ejercicio de la Medicina o la dedicación de los religiosos a la preparación de medicamentos, data de tiempos muy anteriores, fue durante los siglos **XVII** y **XVIII**, cuando hubo **más boticas en Conventos y Monasterios**¹⁷¹.

Felipe V, en **1739**, se planteó racionalizar la asistencia, mejorar la atención médica y de enfermería e intentar superar la ineficacia de muchos hospitales. Para ello, ordenó a la Real Cancillería de Valladolid, **realizar un censo completo de los hospitales de Castilla** para proceder a su reestructuración, a la vez que el Tribunal del Protomedicato debía seguir realizando un control, cada vez más estricto, de todos los profesionales, dictaminando leyes y pragmáticas para **reglamentar las futuras profesiones y castigar duramente el intrusismo profesional**¹⁴⁹.

A través de la **Real Orden** de 24 de diciembre de **1748**, mandaba su majestad para los Hospitales Militares: *“...y que hasta otra nueva disposición se pagasen por el Real Erario sueldos y todos los gastos en la manutención de los enfermos, botica y compra de muebles, los que se hubiesen menester para su mejor asistencia y limpieza...”*. En **1749**, se encarga también por **Real Orden**, a los prelados del Reino el que se pusiese todo cuidado a fin de que los Libros Parroquiales estuvieran bien custodiados y con total seguridad en sus iglesias⁴³.

Por **Real Cédula** de 26 de diciembre de **1750**, para todos los boticarios del reino, se aprueba conceder al Arte de Boticarios las honras, preeminencias y prerrogativas; al igual que las que correspondan al Arte Médico.

A finales del siglo XVIII, la organización y el reagrupamiento de los hospitales se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. **Hospitales Fundacionales**: pequeños establecimientos que funcionaban más como albergue de pobres enfermos que como hospital, nutriéndose de donaciones y de cierta ayuda estatal, pudiendo ser locales o urbanos.

2. **Hospitales Generales**: Tenían una cierta organización administrativa y asistencial, contando con un administrador que cobraba y regentaba las rentas, un médico, un cirujano y un enfermero para la atención sanitaria, y un capellán para el auxilio espiritual como mínimo. Se encontrarían ubicados en las cabeceras de los Partidos Judiciales o en los pueblos más importantes.

3. **Centros de Fundaciones Gremiales**: pequeños hospitales de no más de diez camas, reglamentados por Estatutos o Constituciones para regir su gobierno.

4. **Hospitales de Especialidades**: los más numerosos. Fueron los destinados a los enfermos infecciosos, muchos de los cuales sólo funcionaban ocasionalmente, como en momentos de brotes epidémicos agudos¹⁶⁶.

¹⁷¹ de Sá Bravo, H. (1983). *Boticas monacales y medicina naturista en Galicia*. Coruña: Editorial Everest.

Pero la **Orden del Consejo de Castilla**, de 27 de julio de **1767**, suprimía Cofradías y Hermandades gremiales a favor de **Montes de Piedad**. Hospitales, hospicios y asilos centraron su interés y algunas Sociedades se vincularon a los Montes de Piedad, porque, en líneas generales, los Amigos del País se mostraban muy críticos con los socorros, ya que podían inducir al ocio y la vagancia, y aquéllos preferían el ahorro al seguro.

En el A.H.N., en el libro de Reales Cédulas (nº 158), se encuentra la **Real Provisión** de 22 de septiembre de **1767**, en donde se dice *“aplicando las boticas existentes en las casas regulares de la Compañía (Orden de San Juan de Dios), a Hospitales, Hospicios, Inclusas y otras Casas de Misericordia...”*¹⁷².

La Junta de Hospitales de Madrid, dispuso la práctica de una **Providencia** en **1770**, que seguirían otros hospitales: *“...que así se trataban en el hospital de Madrid semejantes enfermos contagiosos... y luego que muriesen, quemando la ropa... lancetas con que se sangrasen, y cuanto se destinase a su servidumbre...”*.

Carlos III dictaminaba disposiciones, entre **1778** y **1785**, dando normas reguladoras para la reclusión y atención de mendigos impedidos y abandonados; e inició una política de vigilancia y control de la gestión de Hospitales, de Casas de Misericordia y de Obras Pías, con objeto de reunificar algunas instituciones sanitarias y asistenciales para que fueran más eficaces y rentables.

Se practicó la asistencia domiciliaria a los pobres, realizada mediante instituciones como la **Junta Real y General de Caridad**, constituida en Madrid, bajo cuya dependencia se formaron Juntas Provinciales, mediante **Reales Cédulas** de 30 de marzo de **1778** y de 11 de mayo de 1783 (Ver en García Esteban)¹⁴⁹.

En **1780**, se creaba el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid (ya existía en Cádiz y Barcelona), por Orden de Carlos III, con el fin de proveer de Cirujanos a la población civil: cerca del Hospital General (con dos enfermerías para impartir la docencia), Hospital Amor de Dios y Hospital de Mujeres de La Pasión (Ver en Hernández Morejón)¹⁷².

El 21 de julio, a través de la **Instrucción** de 1780, se daban órdenes para que se aplicaran en los Hospicios.

También en 1780, Carlos III de España creaba tribunales independientes para las tres profesiones de Físico, Cirujano y Boticario, estos últimos por rechazar ser inspeccionados por los anteriores⁵⁷.

En las ciudades cabeceras de las Diócesis, en **1783**, el estado propuso la formación de las **Juntas de Caridad**. Uno de sus objetivos era continuar con la extinción de las Cofradías, para poder aplicar sus bienes en atender a los pobres y necesitados, puesto que gran parte de sus ingresos se empleaban más en actos profanos (comidas, bailes,...) que en gastos sagrados y de beneficencia.

La profunda crisis económica, también del XVIII, ocasionaba nefastos efectos en los hospitales, sobre todo en aquellos que basaban sus rentas en las limosnas y donaciones, que se vieron disminuidas. Además, hay que tener en cuenta que el incremento de los impuestos y la baja de la moneda, ocasionó un descenso considerable de las rentas de los Obispados y con ello la disminución de las subvenciones destinadas a los hospitales (Ver en García Esteban)¹⁴⁹.

Los monjes de algunos Monasterios contrataban igualas con las familias de pueblos cercanos con el fin de proporcionarles remedios medicinales para afrontar sus diversos achaques¹⁵⁰ (Ej.: Igualas del Monasterio de Santo Toribio de Liébana con los vecinos de Potes, Cabezón, La Vega, Pesaguero, Cillórgo, Tresviso...).

¹⁷² A.H.N. (1767). Reales Cédulas (nº 158). Real Provisión de 22 de septiembre *“...aplicando las boticas existentes...”*. Madrid: Imprenta Real de la Gaceta//Hernández Morejón, A. (1842). *Historia Bibliográfica de la Medicina Española*. Madrid: Imprenta viuda de Jordán e Hijos.

REINADO DE CARLOS IV (1788-1808).

A partir de la década, en **1790**, empiezan a desmoronarse las bases financieras del sistema eclesiástico. Los impuestos y la creciente presión de los pobres, cada vez más numerosos, hicieron difícil para la Iglesia y las asociaciones de caridad mantener las condiciones del contrato social con los pobres, amén de las primeras medidas desamortizadoras por parte de los distintos gobiernos (Ver en Hernández Iglesias)¹⁵⁶.

Carlos IV por **Real Cédula** de 5 de enero, inserta en **Cédula del Consejo** de 23 de enero de **1794**, manifestaba: "...*Todos los expósitos actuales y futuros, quedan y han de quedar, mientras no consten sus verdaderos padres... sean tenidos por legitimados por mi Real autoridad, y por legitimados para todos los efectos civiles... cumplida la edad, sean admitidos en colegios de pobres, convictorios, Casas de Huérfanos y demás de Misericordia...*". Y por **Real Orden** de 29 de mayo de 1794, a los Arzobispos, Obispos y demás Prelados Eclesiásticos de las demarcaciones, Cabildos y Partidos, se les ordenaba que previniesen a los Párrocos, en el asunto de la crianza y lactancia de los niños expósitos, allí donde los hubiese (Ver en Martínez Alcubilla)⁴³.

El Estudio Real de Medicina Práctica, se creaba en **1795**, por **Real Orden** de Carlos IV de 16 de mayo, para solucionar el problema de la **falta de médicos que se hacía notar en los pueblos** y en el Ejército; y para evitar que las prácticas de Medicina se pudiesen realizar simplemente por acompañar a cualquier médico aprobado¹⁷³.

Mediante el **Reglamento** de las Casas de Expósitos, sobre la crianza y educación de éstos, de 11 de diciembre de **1796**, se insistía sobre: "...*el Párroco ó alguna persona eclesiástica, corra con el cuidado de pagar las amas de cría (...) llevando cuenta justificada, que en los dos primeros meses del siguiente año (...) la Diócesis, Abadía o territorio... le suministrará los caudales correspondientes... que corran las Casas de Expósitos a cargo de alguna Comunidad, Hermandad o Cofradía (...) extenderán los Prelados las Constituciones de cada Casa de Expósito, según dicte la prudencia y el celo... el expósito será entregado al Párroco...*"⁴³.

La **Real Orden** de 26 de mayo de **1790**, complementada con otro precepto de 1 de marzo de **1798**, asestaba un golpe de muerte al sistema gremial. Cofradías y Hermandades gremiales se sustituyen paulatinamente por los **Montepíos**, asociaciones que, mediante una cantidad inicial y una cuota periódica, aseguraban todos los riesgos de la vida de los trabajadores y sus familias.

El sistema religioso de caridad sufriría el definitivo ataque por parte del Estado liberal iniciándose el largo camino que habría de llevar desde la caridad, como medio de asistencia social, y del mutualismo gremial o de raíz religiosa, como forma de previsión, a la Beneficencia Pública y a la Seguridad Social.

Se fue consolidando definitivamente la política hospitalaria Estatal, asumiendo por lo tanto el Estado la responsabilidad de la asistencia socio-sanitaria de la población. No se llevaría a la práctica hasta la Desamortización de Mendizábal, en la mayoría de los casos.

Las constantes epidemias de viruela, influyeron en la política sanitaria y por **Real Orden** de 1798, se establecía la vacunación ordenada en todos los Hospitales, Casas de Expósitos y de Misericordia, con el fin de evitar los desastres en la población. El deterioro de los cauces asistenciales, y sobre todo después del **Decreto de Desamortización** de 1798, se fue cerrando progresivamente esta vía de relación social pacífica y cada vez una porción mayor de demanda social quedaba insatisfecha. La Iglesia era, en todo momento, la garante principal de las Instituciones.

¹⁷³ Sánchez Blanco, F. (1997). *La Ilustración en España*. Madrid: Akal// Carasa Soto, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Signatura: 3/ 88386. B.N./ Calleja Folguera, M.C. (1987). *La Reforma Sanitaria en la España Ilustrada*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Madrid, 1988: Servicio de Publicaciones de la UCM// Calleja Folguera, M. C.; Puerto Sarmiento, F. J. (1987). "La reforma de las instituciones sanitarias durante el reinado de Carlos III", en *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia* (149-150): 141-146.

Con la quiebra general del tránsito del XVIII al XIX, ni el Estado, ni los Ayuntamientos, ni los profesionales de la Sanidad estaban en condiciones de asumir la responsabilidad de la asistencia de la *Sanidad Caritativa*, en materia sanitaria, desde ámbitos del amor al pobre que eran puramente eclesiásticos¹⁵⁶. Cabe decir que, en septiembre de 1797, había en Madrid 18 hospitales. Además, había en España 61 Sociedades Económicas del País. Uno de sus temas: “*la mejor manera de instalar las casas para niños expósitos*”⁴³.

Del Petitorio Farmacéutico dispuesto por el Real Protomedicato se eliminaron los medicamentos inútiles y dudosos, lo que convertía este petitorio en la correcta norma tanto para médicos como para farmacéuticos ([Ver en Folch Jou](#))¹¹⁴.

Por lo general los caminos de España eran excelentes. Se hicieron en la mayor parte **Caminos Reales** que en muchas zonas superaban considerablemente los caminos alemanes o los nuevos franceses. Con posadas y ventas: “...*Peregrinos, soldados, monjes, mendigos, en resumen, quien viaja a pie, por lo menos va siempre en compañía de un arriero o de otro coche. Un viajero solo o a pie, rara vez es acogido en una venta...*”⁴⁴. Así, en la Venta El Portalón de San Pablo, de Reñosa, a mediados del siglo XIX, se encontraba establecida incluso una farmacia para suministrar medicamentos al viajero y caminante enfermo ([Ver Capítulo 11.1.2., pp. 498](#)).

5.2. BENEFICENCIA. SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SANITARIA DURANTE SIGLO XIX.

Para estudiar la Beneficencia es preciso llegar a discernir de una forma rigurosa y exhaustiva las profundas transformaciones sociales, económicas, políticas, sanitarias y culturales acaecidas en un contexto territorial (para nosotros, Cantabria) en el siglo XIX; periodo sometido, como se ha visto, a numerosos cambios. Además, el carácter abierto del concepto de pobreza, su imprecisión y lo elástico de sus fronteras, dificultan su visualización: quiénes son los pobres de la época, cuántos y porqué; con qué parámetros se identifican, qué imagen proyectan, cómo los percibe la sociedad y con qué leyes se pretende regular, pues en la mayoría de los casos existe una correlación directa entre pobre y enfermo, sin poder precisar qué antecedente ha sido primero o simultáneo. Por pobres se interpretaba a los necesitados, siempre ligados a la carencia y la escasez, y dentro de la pobreza estructural se reconocen tres categorías básicas: pobres; mendigos y desamparados; marginados o vagabundos, con connotaciones negativas de holgazán, gente sin oficio ni beneficio, errantes.

Los dos tipos más representativos de pobres son los de solemnidad y los vergonzantes, de quienes el **Diccionario de Autoridades** (1726-1739) indica que por su calidad y obligaciones no pueden pedir limosna de puerta en puerta y lo hacen con la mayor discreción posible. Por tanto, la base metodológica de un estudio de estas características emerge de la compilación de la historia urbana, la historia social y la microhistoria del área en estudio. El interés suscitado por las historias de carácter local ha generado una fuerte explosión temática que ha dado importantes resultados en historiografía. En este sentido el estudio de la pobreza y de la Beneficencia española será abordado de una forma muy elemental como primera aproximación para el caso de Cantabria¹⁷⁴.

BENEFICENCIA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XIX

Al comienzo del siglo, el clero seguía haciéndose cargo de los Centros de Enseñanza y de las Parroquias, sin dejar de ejercer una importante influencia en la población. La sociedad estaba en proceso de evolución, donde el verdadero patrimonio era la pobreza, el hambre, la ignorancia, la falta de higiene, epidemias y las guerras.

¹⁷⁴ Maza Zorrilla, E. (1987). *Pobreza y asistencia social en España: siglos XVI al XX*. Valladolid: Universidad de Valladolid// Carasa Soto, P. (1991). *Historia de la Beneficencia en Castilla y León: Poder y pobreza en la sociedad castellana*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Las Universidades estaban muy atrasadas respecto a las de nuestro entorno y la economía estancada¹⁷⁵.

El **debilitamiento de la posición de la Iglesia** en la titularidad, creación, manutención y gestión de los diversos establecimientos benefactores, en todas sus modalidades (hegemonía conseguida a lo largo de los siglos precedentes) se llevó a cabo con las sucesivas y ya mencionadas **Desamortizaciones** (1766-1798, 1808-1823, 1834-1854, 1855-1924) (Ver en de Vega, E.)¹⁵⁶.

El principal escollo que este cambio de mentalidad de la Administración trajo consigo fue situar la Beneficencia en manos de Diputaciones y Ayuntamientos carentes, de forma endémica, durante todo el siglo XIX, de suficientes recursos económicos para cumplir con sus obligaciones; lo que condujo a que, un Estado cada vez más intervencionista en materia social y política, tuviera que favorecer a la **Beneficencia Privada** (Ley de Asociaciones de 1887) para que supliera sus carencias.

Bajo la influencia de un Humanismo Ilustrado, el concepto de "*hombre enfermo y enfermedad*", en un principio con sentido religioso-caritativo promovido por los preceptos cristianos, se convierte en una **razón de Estado**: el hombre es la célula fundamental de la sociedad a quién habrá de proteger y conservar su salud, desarrollando una medicina preventiva que proporcione el bienestar colectivo y una actitud previsoras para disminuir el gasto sanitario ocasionado por la enfermedad¹⁷⁶.

Carlos IV construía en Madrid el **Real Noviciado**, en **1803**, como lugar de formación para confiar a las Hijas de la Caridad todas las Casas de la Beneficencia del Estado¹⁵².

Se llevó a cabo una profunda reforma hospitalaria: Hospitales Universitarios de Especialidades Anatómico-Clínicas y Quirúrgicas; Hospicios o centros de acogida y de educación de niños huérfanos y abandonados; y Potenciación de los Hospitales Psiquiátricos o Manicomios, con tratamientos y terapias especiales¹⁷⁶.

El farmacéutico alemán Sertürner, en 1803, era el primero en aislar un principio activo, **la morfina**, del Opio (látex obtenido del fruto inmaduro de la planta medicinal adormidera o "*planta del opio*" (*papaver somniferum*)).

El Real Colegio de Farmacia iniciaba su andadura en **1804**¹¹⁴ y en **1805** aparecía la **Novísima Recopilación de las Leyes** mandada formar por Calos IV⁴³.

El ejercicio rural de la Medicina iba ligado, desde tiempos inmemorables a lo que a mediados del siglo XIX, se denominó los **Partidos Médicos**: asociación de todos los vecinos de un pueblo o de varios, que proporcionalmente contribuían con cuotas moderadas, en dinero o en especie, a la fijación de una retribución anual a cambio de los servicios médicos²⁶.

GUERRA DE LA INDEPENDENCIA (1808-1813)

En la lucha contra las fuerzas napoleónicas se unieron en fraternal igualdad personas de todas las clases sociales, y tras de aquellos sangrientos años se sucedieron cambios políticos que mantuvieron, casi durante todo el siglo en pie de guerra a la nación, impidiendo que los dedicados a la ciencia pudiesen realizar sus trabajos con la tranquilidad necesaria e hicieron que los resultados fueran escasos al perderse parte del impulso que se había dado a la investigación en tiempos de Carlos III¹⁷⁶.

¹⁷⁵ Lafuente, A; Puerto Sarmiento, F.J.; Calleja Folguera, M.C. (1988). "Los profesionales de la Sanidad tras su identidad en la Ilustración Española", en Sánchez Ron, J.M. (Ed.) *Ciencia y Sociedad en España: de la Ilustración a la Guerra Civil*. Madrid: Ediciones El Arquero. CSIC.

¹⁷⁶ López Piñero, J. M.; García Ballester, L.; Faus Sevilla, P. (1964). *Medicina y Sociedad en la España del Siglo XIX*. Madrid: Sociedad de estudios y publicaciones.

José I continuó la desamortización procediendo a la confiscación de los bienes pertenecientes a los religiosos y a la supresión de las órdenes, favoreciendo la ruina y el saqueo de los conventos de los pueblos, desapareciendo los objetos de valor, los libros de las bibliotecas, las pinturas y los muebles (*).

A pesar de la falta de recursos, en Palma de Mallorca (en **1811**) se instalaba un hospital para prisioneros franceses (también para alemanes) y el médico del mismo, Don Francisco Noguera, intentaba no sólo curarles sino conciliarlos con la nación española¹⁴⁷.

La restauración católica y aristocrática del rey Fernando VII, fue confusa y las masas populares, influenciadas por el clero, declinaron hacia la **Constitución** redactada en **1812**, triunfando el liberalismo¹⁴². La expresión beneficencia adquiere rango constitucional en la Carta Magna de 1812 que reclama, por primera vez para el Estado y los organismos públicos, la asunción y el control de la asistencia social. Se establecía expresamente la obligación de los Ayuntamientos y Diputaciones de cuidar de “*hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia*” y la inspección de los de patronato particular, siempre que “*estos establecimientos piadosos y de beneficencia llenen su respectivo objeto, proponiendo al gobierno las reglas que estimen conducentes para la reforma de los abusos que observaren*”.

La política sanitaria estaba presidida por la idea del gran hospital general y así, se contempla en el **Proyecto de Reglamento de Hospitales** de 25 de agosto de **1813**, entregado por la Comisión de Salud Pública al Gobierno.

Durante las Cortes de Cádiz se emitió el importante **Decreto** de 13 de septiembre de 1813 sobre la clasificación y pago de la **Deuda Pública**¹⁷³.

FERNANDO VII. ABSOLUTISMO (1808 / 1813 – 1833: Segundo reinado)

Fernando VII, en **1814**, inició una política restauradora para reparar, en parte el daño ocasionado anteriormente, ordenando la devolución al clero regular de los Conventos con sus propiedades y bienes¹⁴⁷. Por **Real Decreto** de 12 de julio de **1816** se establecía la **Real Hospitalidad Domiciliaria**, que regula por primera vez en España la hospitalización a domicilio.

Creación en **1817** del lazareto de Mahón, llamado la *isla de la Cuarentena*, donde se practicaban aislamientos desde el siglo XVI.

La mayor parte de la profesión médica se inclinaba por la asistencia domiciliaria, como se puso de manifiesto en el acto del premio convocado por la Junta Suprema de Caridad el día 7 de enero de **1819**¹⁵⁶.

Con el **Decreto** de 27 de septiembre de **1820**, se suprimía toda clase de vinculación y se prohibía a las comunidades religiosas adquirir bienes raíces o inmuebles en las provincias de la Monarquía. Un mes más tarde, mediante **Decreto** de 1 de octubre, esta supresión se hacía extensiva a los Monasterios de las Órdenes monacales, los Conventos de órdenes militares, los de San Juan de Dios y en general todos los hospitalarios¹⁷⁷.

(*) La creación del Ministerio del Interior dentro del gobierno de José I Bonaparte supuso la reunión, bajo la dirección de este ministerio, de la mayor parte de las cuestiones relacionadas con la educación y la actividad científica. El Decreto de 6 de febrero de 1809 indicaba que este ministerio debía ocuparse, entre otras cosas, de las cuestiones de Sanidad y la administración de los Hospitales; la formación y organización de Academias, Sociedades Sabias y establecimientos de carácter Literario: Real Decreto de 6 de febrero d 1809, en *Prontuario de las Leyes y Decretos del Rey Nuestro Señor D. José Napoleón I*. Madrid, 1810-1813. Ed.: Imprenta Real.

¹⁷⁷ Esteban de Vega, M. (1997). “Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española”, en *Ayer*, nº 25: *Pobreza, beneficencia y política social*. Madrid: Marcial Pons// Friederich-Stegmann, H. (2009). “Cabrera en las memorias de los prisioneros alemanes”, en Amengual, P. y otros. *Oblidats a Cabrera. El Captiveri napoleònic, 1809-1814 (171-193)*. Palma de Mallorca: Promomallorca S.L./ Señán y Velázquez, J. (1819). *Guía o estado general de la Real Hacienda de España: año de 1819*. Madrid: Imprenta de Vega y Compañía.

Por el **Decreto** de 27 de diciembre de **1821** se establecieron las **Juntas Municipales de Beneficencia**. Estas Juntas regían los establecimientos de Beneficencia en los distintos pueblos de la provincia¹⁷⁸. Habrá Juntas Municipales de Beneficencia *“en todas las ciudades y pueblos que tengan más de 400 vecinos, formada por el Alcalde, como presidente nato, un regidor, el cura párroco más antiguo, 4 vecinos ilustrados y caritativos, un médico y un cirujano de los de mayor reputación ...”*¹⁷⁹.

La primera **Ley General de Beneficencia** publicada en España, de 6 de febrero de **1822**¹⁸⁰, trazaba un completo organigrama de la beneficencia pública fundamentado en la autonomía de las Corporaciones Locales. El 12 de febrero, *“...por la gracia de Dios y por la Constitución de la Monarquía Española...”*, en Cortes Extraordinarias, el Rey decretó la Ley General de Beneficencia mediante la cual se expresaba muy concretamente cómo debía planificarse la asistencia prestada por el municipio para cubrir las necesidades sociales y la atención sanitaria, obligando a establecer dos tipos de medidas de carácter general:

1. Medidas de carácter social. Iban dirigidas a la población más necesitada con objeto de dar atención y ayuda básica, mediante la planificación de:

1.a. **Casas de Maternidad**: *“...en las que se determinan tres departamentos, uno de refugio para las mujeres embarazadas y paridas, otro para la lactancia de los niños, y otro para conservar y educar a éstos hasta los seis años...”*. Estas casas servían además de escuelas de obstetricia a los alumnos que quisieran dedicarse a este arte.

1.b. **Los Socorros domiciliarios**: *“...para atender a las necesidades de los indigentes, de tal modo que solo sean reclusos en las **casas de socorro** el que por ningún otro medio pueda ser socorrido en la suya propia...”*.

2. Medidas Generales para la planificación de la atención sanitaria:

2.a. **Hospitalidad Domiciliaria**: esta prestación estaba pensada para evitar, al máximo, el ingreso de los pacientes en los hospitales: *“...debe limitarse en lo posible la curación de los enfermos en los hospitales y de los que padeciesen enfermedades sospechosas...”*, por lo que la Junta debía *“...cuidar de suministrar a los enfermos pobres, en sus mismas casas, los socorros y medicamentos necesarios, nombrando al efecto uno o más vocales que, bajo el título de enfermeros estén encargados de todos los concernientes a este ramo, y a los facultativos necesarios a quienes, les eran detallados los honorarios correspondientes...”*.

El enfermero debía consultar con los facultativos antes de aplicar cualquier tipo de tratamiento, y semanalmente realizar un informe a la Junta Municipal, detallando el gasto económico ocasionado en la asistencia, el número de enfermos atendidos, y su evolución ya fuera de curación o de fallecimiento.

En caso de que dicha asistencia sanitaria domiciliaria fuera prestada por las asociaciones caritativas o piadosas, los enfermeros municipales se mantenían en contacto con ellas para prestarles ayuda técnica y asistencial en caso necesario.

¹⁷⁸de Benito Villegas, F. (1876). *Breves apuntes sobre la historia y administración de la Beneficencia Provincial en Santander*. Santander: Imprenta de J.M. Martínez.

¹⁷⁹ Campins de Codina, A. (1950). *Legislación Farmacéutica del siglo XIX: Estudio histórico-crítico*. Barcelona: Imprenta Badía. Signatura F-10. Biblioteca Rectorado. UCM// Campins de Codina, A. (1946). *Legislación Farmacéutica del siglo XIX: estudio histórico-crítico de la misma, examinada desde los tiempos actuales y en relación con las características que presenta la Farmacia en España*. Tesis Doctoral. Madrid. Biblioteca Cátedra de Historia de la Farmacia. Facultad de Farmacia. UCM.

¹⁸⁰ “Ley General de Beneficencia, promulgada el 6 de febrero de 1822”, en *Colección de Leyes y Decreto de las Cortes*. Tomo XX: 119-137: Imprenta Nacional, Madrid// Gómez Rodríguez, M.S. (1991). *El Hospital de la Misericordia de Toledo en el siglo XIX*. Tesis Doctoral Digitalizada. Madrid. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia (Historia de Farmacia y Legislación Farmacéutica). Facultad de Farmacia. UCM.

2.b. **Hospitalidad Pública:** el reglamento citaba que dicha hospitalidad sólo debía aplicarse en los casos en que *“...los enfermos no pudiesen ser atendidos y curados en sus propias casas...”*. Además determinaba los diferentes tipos y número de hospitales con que debía contar la ciudad, su organización administrativa y su funcionamiento, no pudiendo establecerse más de cuatro hospitales por muy grande que fuera el pueblo o la ciudad, *“...sin contar el de Convalecientes y el de locos que estará siempre separado. Estarán ordenados en salas, departamentos separados para hombres y mujeres, niños y adultos, parturientas y paridas, y diferentes clases de enfermedades y convalecientes, siempre que la localidad lo permitiera...”*.

Era necesario que los hospitales dispusieran *“...de una o varias piezas separadas para los enfermos cuyas estancias fueran costeadas por ellos mismos, por sus amos o por otras personas...”*.

La dotación de personal sanitario y de servicio no estaba específicamente designada, sino que se mantenía en relación con las necesidades y posibilidades de cada centro, contando con un director, un capellán para la atención espiritual, enfermeras y facultativos.

Todas las instituciones debían disponer de un Reglamento de Régimen Interior, en el cual se determinaba *“...la entrada, colocación, permanencia y salida de los enfermos, ventilación, limpieza, fumigaciones, modo de depositar los cadáveres, cantidad y calidad de los alimentos, orden y horas de tomarlos, así como el ascenso de los facultativos, sus atribuciones y autoridad sobre los empleados del hospital, la admisión y obligaciones de los practicantes, sus tareas, tiempo y modo de visitas, etc.”*.

De esta forma especial se regularon los hospitales destinados a los enfermos convalecientes y a los enfermos psiquiátricos, que se atenderían en centros *“...destinados a recoger y curar locos de toda especie...”*, los cuales no podían estar situados en la capital, sino en lugares adecuados que ofrecieran más ventajas y comodidades para este tipo de enfermos.

También estas instituciones estarían bajo la inspección de la Junta de Beneficencia en caso de que fueran regidas y administradas por particulares.

Para organizar la socialización de la asistencia, el estado tuvo que realizar una nueva legislación, con un **Reglamento General de Beneficencia Pública**. Fue el instrumento necesario para llevar a cabo la reforma, mediante la cual se concedían las competencias a las Diputaciones Provinciales para suprimir y controlar las actuaciones de las Cofradías, Hermandades, Fundaciones y las más diversas instituciones eclesiásticas o seculares, que sin apenas medios económicos, prestaban ayuda caritativa entre la población más necesitada.

Con esta estructura organizativa, el Estado recogía todos los bienes destinados a la beneficencia, procedentes de las más diversas fundaciones, memorias y obras pías de patronato público, formando con ellos un solo fondo destinado a la beneficencia pública, estructurando su distribución de la siguiente forma:

A. **Beneficencia General:** estaba destinada fundamentalmente a la asistencia de enfermos incurables, recibiendo *“...los fondos generales que servían para el socorro de las casas de beneficencia..., siempre que no basten los fondos municipales...”*. Los fondos generales eran recaudados por los empleados de la Hacienda Pública, y administrados por el tesorero de cada provincia *“...sin que ningún título ni pretexto se puedan aplicar a otro objeto; pero el gobierno podrá destinar el sobrante de una provincia a los establecimientos de Beneficencia de otra, oídas las Diputaciones Provinciales respectivas...”*.

B. **Beneficencia Provincial:** estaba administrada por la Diputación Provincial teniendo como objetivo resolver problemas sociales a más largo plazo, ocupándose de los huérfanos, niños abandonados y ancianos. Este organismo realizaba el control final de toda la beneficencia de la provincia, rindiendo cuentas anuales al gobierno central, de todos los establecimientos dependientes de él para *“su conocimiento y efectos convenientes”*.

C. Beneficencia Municipal: “...los fondos municipales se emplearán en mantener los establecimientos de beneficencia y socorros domiciliarios a juicio de las Juntas Municipales...”. Los depositarios, encargados de estos fondos, debían rendir cuentas mensualmente a la Junta, y cada seis meses, tenían que realizar un informe de la inversión, las existencias o déficit, y del número de pobres socorridos.

Así mismo, dicha Junta, tenía obligación de vigilar y dirigir todos los establecimientos benéficos, “...las Casas de Maternidad (antiguas casas de expósitos), las Casas de Socorro, los hospitales de enfermos convalecientes y locos y la hospitalidad y socorros domiciliarios...”. Los poderes públicos utilizaron la Beneficencia como medio de control social e incluso como herramienta de castigo (Ver en Gómez Bravo)¹⁵⁶.

La Ley abría la posibilidad a las Hermanas de la Caridad para desempeñar determinadas actividades benéficas, especialmente en la dirección de las Casas de Maternidad, y en la asistencia de los enfermos de ambos sexos en los hospitales¹⁵⁶. Tras la caída del régimen liberal, en **1823**, se anularon disposiciones y se devolvían bienes a los centros religiosos¹⁴⁸.

En la **Ley** de 3 de marzo de 1823, **de Instrucción** para el gobierno económico-político de las provincias, se contemplaba la **obligación de los Ayuntamientos de proveer facultativos** y atender la beneficencia¹⁶⁷ (surgen por primera vez las **Iguales** para médicos).

Fernando VII anuló todos los actos gubernamentales del Trienio Liberal y volvió a restablecer el poder absoluto, mediante el **Decreto** de 1 de octubre de 1823. En **1826**, España contaba con 14 millones de habitantes¹⁸¹.

El control de la Iglesia sobre sus Hospitales, Cementerios y Asilos fue mermado al crearse las Juntas de Beneficencia: “...que nadie pueda pedir limosna bajo título ni pretexto alguno... siendo las autoridades civiles quienes vigilarán, bajo su más estrecha responsabilidad, sobre este particular, dando inmediatamente a todo mendigo el destino que le corresponda. No obstante mientras se planifica este sistema, tampoco podrá pedir limosna el que no tenga licencia por escrito de la respectiva Junta Municipal de Beneficencia...”¹⁵⁶.

A partir de **1827**, era una contrata, por parte del pueblo o Ayuntamiento, la que permitía la dotación de una plaza de Médico, de Cirujano o de Médico-Cirujano la que aseguraba los servicios y la asistencia médica al vecindario. Esta fórmula creó muchos problemas, pues los Alcaldes abusaban de los médicos: los destituían por motivos políticos, rebajaban sus dotaciones y a veces existía una gran arbitrariedad en los contratos, llegando a ofrecer una sola plaza el servicio de Cirugía, el de maestro de niños y que estuviese casado.

Durante este periodo, las profesiones sanitarias más principales fueron: Médico Titular; Cirujano Titular; Médico-Cirujano; **Boticarios** y **Practicón** o Practicante (seguía los consejos, manejaba los botes, espátulas y la Farmacopea. Práctica antigua para hacer las mezclas para las recetas); Curanderos; Albéitar (actuales Veterinarios); Barbero: rasuraba la barba y pelo, aplicaban sanguijuelas, hacían cirugía menor, sangrías, sacamuelas y comadrones, cobrando 2 reales por actividad; Mozo de Hospital; y Matronas y Enfermeras¹⁸².

El 12 de mayo de **1831**, el rey Fernando VII concedió el antiguo Hospital de La Pasión para que se asentara el nuevo edificio del Real Colegio de Medicina de Madrid, encargado en esta ocasión a su arquitecto mayor, Isidro González Velázquez, y cuyas obras se prolongarían hasta 1840¹⁸³.

¹⁸¹ de Govantes, A.C. (1802). *Diccionario geográfico-histórico de España*. Madrid: Imprenta de la viuda de J. Ibarra.

¹⁸² Ortiz Gómez, T.; Quesada, C.; Astrain, M. (1992). *El catastro de Ensenada como fuente para el estudio de las profesiones sanitarias*. Sevilla: Imprenta Pinedo.

¹⁸³ García del Carrizo, M.G. (1963). *Historia de la Facultad de Medicina de Madrid, 1843-1931*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. U.C.M.// Costa Carballo, C.M. (1992). *La Enseñanza de la Medicina a finales del siglo XVIII en las instituciones docentes matritenses ubicadas en el Hospital General de Madrid*. Colección Tesis Doctorales nº 175/92. Madrid: Facultad de Medicina. Ed.: UCM.

El **Real Decreto** de 28 de agosto de **1830**, más que un Reglamento de Academias fue una verdadera Ley de Sanidad, ya que ordenaba la función de administrar y regular la salud pública creando una ordenada organización sanitaria. **Se puede calificar de primera ley de Sanidad del siglo XIX por su contenido**, ya que fue sancionada y expedida por **Real Cédula del Consejo** a todo el Reino con fecha de 15 de enero de **1831**¹⁵⁶.

ISABEL II. RÉGIMEN LIBERAL (1834-1867)

Una **Real Disposición** de **1835** restablecía la derogada normativa que hacía referencia a la no devolución de bienes a la iglesia. Por **Real Orden** de 25 de julio de **1835** se cerraban en España los Conventos y Casas Religiosas. La expulsión de los religiosos de sus Conventos tuvo lugar en agosto y sólo se les concedían 24 horas de término desde la comunicación de la Orden Gubernativa decretada por Mendizábal, hasta el abandono definitivo de sus moradas.

Desde la Alta Edad Media hasta la desamortización de Mendizábal de 1835, funcionaron boticas en no pocos Monasterios y Conventos donde, como ya se ha indicado, además de atenderse a las necesidades sanitarias de los propios religiosos, la mayoría de las veces se prestaba asistencia farmacéutica gratuita a peregrinos y pobres¹⁸⁴.

El **Real Decreto** de 19 de febrero de **1836** dispuso la venta de todos los bienes que hubieran pertenecido a corporaciones religiosas del clero regular y la **Real Orden** de 5 de marzo de 1836 declaraba en estado de redención los censos y demás cargas pertenecientes a comunidades monacales y demás religiosos de ambos sexos.

El **Real Decreto** de 30 de agosto de 1836 restablecía con *“toda su fuerza y vigor”* lo dispuesto por las Cortes sobre supresión de vinculaciones mediante **Decreto** de 27 de septiembre de **1820**.

Tras el intervalo involucionista de Fernando VII, con la suspensión de lo promulgado en Cádiz y el trienio, el **Real Decreto** de 8 de septiembre de **1836** restablece el Reglamento General de Beneficencia de 1822 y de nuevo son restablecidas las Juntas Municipales de Beneficencia.

El **Real Decreto** de 29 de julio de **1837**, extinguía todos los monasterios, conventos, colegios, congregaciones y demás casas de religiosos de ambos sexos, y suprimía la contribución de diezmos y primicias.

El Gobierno se reservaba reglamentar la instrucción pública y los establecimientos hospitalarios, en calidad de establecimientos civiles, ejercida por casas y conventos, y destinarlos a utilidad pública. En su articulado estipulaba que los establecimientos religiosos dedicados a la enseñanza y los antiguos conventos hospitalarios serían considerados centros de instrucción pública dependientes del gobierno y establecimientos hospitalarios civiles.

No obstante, abría la posibilidad de que prestaran sus servicios en estas instituciones algunas casas de las hermanas de la caridad de San Vicente de Paúl y otras de beatas dedicadas a la hospitalidad y la enseñanza.

¹⁸⁴ Sanmartín Míguez, J.S. (1997). *Monjes y Boticarios. La Farmacia del Monasterio de San Martín Pinario de Santiago*. Vigo: Universidad de Santiago. Biblioteca Departamento de Historia y Legislación Farmacéutica. Facultad de Farmacia. UCM// Valverde, J.L.; Sánchez López de Vinuesa, F. (1982). “Los límites de la jurisdicción del Protomedicato. Visita a las boticas de religiosos en 1743”, en *Medicamento, Historia y Sociedad. Estudio en Memoria del profesor D. Rafael Folch Andreu*: 467-471. Madrid: Universidad Complutense de Madrid// Valverde, J.L. (1986). “El Tribunal del Protomedicato: composición, funcionamiento y jurisdicción”, en *Cuadernos informativos de Derecho Histórico Público, Procesal y de la Navegación*, nº 1: 7-28. Barcelona// de Vicente González, J. (2002). *Boticas monásticas, cartujanas y conventuales*. La Coruña: Tres Ctres editores-Ámbito Hispano.

Las reglas para la concesión de la Cruz de Epidemias se dieron por **Real Decreto** de 15 de agosto de **1838**⁴³.

Se avanzaba en Microbiología y Bacteriología desembocando en la adopción de medidas profilácticas en muchos aspectos de interés sanitario y sobre todo en instituciones benéficas. También cabe resaltar el prolijo descubrimiento de alcaloides (1835, codeína...) y glucósidos dentro de la Farmacología, los avances científicos y de síntesis en Europa y que se empezaban a utilizar y desarrollar en hospitales¹⁸⁵.

Según Madoz, en **1840**, los establecimientos asilares en España eran¹⁰⁵:

<u>TIPO DE ESTABLECIMIENTO</u>	<u>%</u>
Casas de Expósitos	31,3
Hospicios	15,9
Casas de Misericordia	14,8
Casas de Beneficencia	5,7
Casas de Caridad	3,9
Hijuelas	6,8
Inclusas	3,9
Casas Cuna	3,4
Casas de Dementes	1,7
Casas de Maternidad	1,7
Casas de Socorro	1,1
Casas de Pobres	1,1
Casas Refugio	1,1
Asilos	1,1
Casas de Huérfanos	1,1
Casas de Desamparados	0,5

La situación de precariedad creciente de la clase obrera, a lo largo del XIX, generó respuestas desde la sociedad civil y desde los poderes públicos. Desde la sociedad civil nacieron asociaciones y círculos de finalidades filantrópicas, sociedades de socorros mutuos, Cajas de Ahorro, Montes de Piedad, Sindicatos (*) y organizaciones reivindicativas¹², y la Iglesia se organizó en instituciones de caridad y congregaciones sin ánimo de lucro.

El liberalismo emergente se enfrentaba a una masiva concentración de indigentes en las ciudades, que obligaba a plantear el problema de la pobreza y la asistencia en términos sociales y económicos. Las carencias del sistema asistencial público y las insuficiencias presupuestarias se intentaban mitigar mediante el control, la centralización y reorientación del patrimonio de la caridad estamental.

Se liquidaron las obras pías y se confiscaron los patrimonios de las instituciones caritativas, para conseguir fondos a la Hacienda o ceder recursos a Ayuntamientos y Diputaciones con el fin de que se ocupasen de la beneficencia con el objetivo no de ejercer la caridad sino de mantener el orden público y contener las epidemias.

(*) En Cantabria, surgen importantes movimientos sindicales al final de la centuria del XIX. Así lo cuenta el autor Antonio Santoveña Setién (2002) en su obra *La Unión General de Trabajadores de Cantabria (1888-1917): nacimiento y desarrollo de una estructura societaria*. Madrid: UNED.

¹⁸⁵ Folch Andreu, R. (1927). *Elementos de Historia de la Farmacia*. Madrid: Imprenta de la Viuda de A.G. Izquierdo. Signatura: 2/ 76683. B.N.// Chiarlone, Q.; Mallaina, C. (1847). *Ensayo sobre la Historia de la Farmacia*. Madrid: Imprenta de Santiago Saunaque// Chiarlone, Q.; Mallaina, C. (1865). *Historia de la Farmacia: 790-826*. Madrid: Imp. José M. Dueazcal// Folch Jou, G. (Director) (1986). *Historia General de la Farmacia. El medicamento a través del tiempo*. Madrid: Ediciones Sol S.A.// Puerto Sarmiento, F.J. (2011). *Compendio de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica*. Madrid: Síntesis. S.A.// Puerto Sarmiento, F.J. (2008). "La Alegría de enseñar", en *Lección Inaugural, Curso Académico 2008-2009*. Madrid: Departamento de Estudios e Imagen Corporativa, UCM.

Los liberales siguen la senda de la política ilustrada de reclusión y trabajo y promueven más los hospicios que los hospitales, con el fin de controlar a los individuos socialmente marginados y peligrosos, especialmente en los centros urbanos.

La emergente burguesía deseaba una política de actuación pública que salvara los límites de la moral colectiva, proclamada cristiana y que a su vez, evitara la extensión del conflicto social, para lograr el orden público. El orden natural de base religiosa pasa a ser un orden político de base esencialmente económica¹⁴⁸.

El Proyecto de Ley Orgánica de Sanidad de **1839** quedó en proyecto. En **1842**, el Lazareto de la isla de San Simón en la ría de Vigo surgía con su **Reglamento**¹⁵⁶.

En **1845** se aprobó la **Ley de Donación de Culto y Clero** que restituía a la iglesia católica los bienes desamortizados y no vendidos¹⁴⁷.

En junio de 1845, se dispuso que los Mariscales Mayores y los Segundos Mariscales de los Institutos Montados del Ejército y de las remontas Generales del mismo, formasen el **Cuerpo de Veterinaria Militar**¹⁸⁶.

Por **Real Orden** de 8 de septiembre de **1846** fueron clasificados los establecimientos de beneficencia en provinciales y municipales, suprimiéndose algunos, cuyas rentas pasaron a otros¹⁸⁰. Por **Real Decreto** en **1847**, se creaban el Consejo y las **Juntas Provinciales y de Partido de Sanidad**, que por **Real Orden** se indicarían sus atribuciones¹⁷⁸.

El **Real Decreto** de 17 de marzo de **1847**, establecía una nueva organización del ramo sanitario creándose la figura del **Subdelegado de Sanidad**, uno por cada profesión sanitaria, a nivel de Partidos Judiciales y de las Provincias. Eran vocales natos de las Juntas de Sanidad de los Partidos. Estas Juntas tenían, entre otras, encomendado proponer las medidas a tomar en caso de Epizootias. El **Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad** Interior del reino, aprobado el 24 de julio de **1848**, especificaba las obligaciones generales y especiales de los mismos.

El Art. 11 de la **Ley** de 20 de junio de **1849** disponía: “...Corresponde a la Junta General, a la Provincial o a la Municipal proponer a la aprobación del gobierno los Reglamentos especiales de los Establecimientos de Beneficencia de su cargo...”. Por el Art. 21 quedaban derogadas todas las disposiciones que se opusiesen a esta Ley y por su Art. 2, se decía que las Casas de Expósitos eran establecimientos Provinciales⁴³.

La preparación de los profesionales sanitarios y la compleja diversificación de las ramas sanitarias se perfilan en cuanto a los conocimientos técnicos, titulaciones y puestos de trabajo para cada profesional; lo que ayudó, en gran medida, a mantener las instituciones sanitarias, en lo que se refiere a organización, funcionalidad y planificación de los centros¹⁵⁶.

La Ley de 1849 sancionaba la división entre asistencia sanitaria hospitalaria y domiciliaria, otorgando a los hospitales que envolvían la atención a las clases rentables un desarrollo reglamentario de su organización interna, incluida la profesionalización de la medicina hospitalaria, y reforzando la asistencia domiciliaria en un sistema benéfico cuyas pretensiones de carácter municipal se habían moderado mucho en beneficio de las competencias provinciales¹⁸⁷. Este mismo año, el 10 de noviembre, por **Real Orden**, se encargaba se remitieran listas de boticas abiertas y de los farmacéuticos que existieran en todo el reino (Ver en Monlau)⁴³.

El **Código Penal** de **1850** reprimía la mendicidad con una extensa tabla de sanciones.

¹⁸⁶ Serrano Tomé, V. (1971). *Historia del Cuerpo de Veterinaria Militar*. Tesis Doctoral. U.C.M.

¹⁸⁷ Carasa Soto, P. (1988). *Pauperismo y Revolución burguesa. 1750-1900*. Valladolid: Ediciones de La Junta de Castilla y León.

En **1851**, el entonces Presidente del Consejo de Ministros español Juan Bravo Murillo, de acuerdo con la Reina Isabel II trató de cumplir un viejo objetivo del Partido Moderado cual era el restablecimiento de las relaciones Iglesia-Estado a través de la firma de un **Concordato** con la Santa Sede, por el cual **el Estado se declara aconfesional** y creaba la dotación al culto que a lo largo de los años serviría para pagar la desamortización, incluidos los daños ocasionados con ella¹⁸⁸.

Aprovechando, pues, el momento dulce de la década moderada se firmó con el Papa Pío IX el **Concordato** por el que el Estado **reconocía a la Iglesia Católica como la única de la Nación Española**, con derechos a poseer bienes y estableciendo su participación en la determinación de la enseñanza:

“...En su consecuencia la instrucción en las Universidades, Colegios, Seminarios y Escuelas públicas o privadas de cualquiera clase, será en todo conforme a la doctrina de la misma religión católica; y a este fin no se pondrá impedimento alguno a los obispos y demás prelados diocesanos encargados por su ministerio de velar sobre la pureza de la doctrina de la fe y de las costumbres, y sobre la educación religiosa de la juventud en el ejercicio de este cargo, aún en las escuelas públicas...”

La Iglesia, por su parte, aceptaba la desamortización efectuada hasta entonces y levantaba las condenas eclesiásticas efectuadas en su momento contra el Estado y sus instituciones a causa de las mismas¹⁸⁹.

Con el desarrollo del **Reglamento** aprobado mediante **Real Decreto** de 14 de mayo de **1852**, se atribuía el control de la Beneficencia al Ministerio de la Gobernación y su dirección a la Junta General de Beneficencia.

A lo largo de su articulado aclaraba que por establecimientos provinciales de beneficencia había que entender los Hospitales de Enfermos, las Casas de Misericordia, de Maternidad y Expósitos, y las de Huérfanos y Desamparados, y por municipales, las Casas de Refugio y hospitalidad pasajera, y la Beneficencia domiciliaria. Se establecía para todos los establecimientos la obligación, sin excusa posible, de acoger a los pobres o menesterosos y, en particular, se instaba a las Casas de Misericordia a admitir a todos los pobres incapaces de un trabajo para ganar su subsistencia de la provincia de naturaleza, cargando, en caso contrario, a la provincia de origen su traslado y manutención.

Por **Real Decreto** de 6 de julio de **1853**, sobre clasificación de Establecimientos, se completaba la normativa. La **Ley Orgánica de Sanidad de 1855**, establecía (Art. 64 y 65) como competencia de los municipios, la de **prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres del lugar**, creando puestos de médico titular para cubrirla y atender, simultáneamente, los asuntos de higiene pública.

La ampliación del extracto social de los asistidos solo fue posible cuando el fuerte incremento de la pobreza asimilándose esta con los asalariados, los jornaleros y el castigado artesanado cualificado, a raíz del auge del capitalismo y la industrialización, abrieron los ojos Estado y la estabilidad política perviviera¹⁹⁰.

Se creaban las Juntas Municipales y Provinciales de Sanidad, figurando un veterinario como vocal. Ratificando los derechos y obligaciones de los Subdelegados de Sanidad. Se aprobaba, igualmente, el **Reglamento del Cuerpo de Veterinarios**, en Septiembre de **1856**.

¹⁸⁸ Rhonheimer, M. (2009). *Cristianismo y laicidad. Historia y actualidad de una relación compleja*. Madrid: Rialp.

¹⁸⁹ López Castillo, A. (2002). *La libertad religiosa en la jurisprudencia constitucional*. Pamplona: Aranzadi Editorial.

¹⁹⁰ López Castellano, F. (2004). *Política Social de la Ilustración. Las raíces históricas del tercer sector*. Granada: Universidad de Granada// Vázquez-González Quevedo, F. (1977). *Médicos y Hospitales de Santander*. Santander: Estudio// López Seller, E. (1990). *Hacia la quiebra de la mentalidad liberal: la resistencia al cambio*, en *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En **1859** se promulgaba el **Reglamento** para la Inspección de Carnes en las provincias, estableciendo las casas matadero y, en todos, habría un Inspector de carnes nombrado por el Ayuntamiento entre los profesores de Veterinaria¹⁹¹.

En otras cuestiones, en **1865**, el investigador francés Claude Bernard introducía el método experimental en el estudio de la acción y los efectos de los fármacos¹⁸⁵.

Una **Real Orden** del 8 de agosto de **1867** aprobaba el **Reglamento** a que deben someterse los establecimientos veterinarios, en cuanto al abastecimiento para la población con el fin de preservar condiciones óptimas para la salud¹⁹¹.

AMADEO I DE SABOYA (1868-1872)

A pesar de todo y a lo largo del siglo, con las fluctuaciones políticas, se fueron produciendo cambios en la mentalidad de la población; llegando a manifestar, incluso, un marcado carácter anticlerical durante la consolidación posterior de **1868**.

Tras la Revolución de 1868 (la que buscaba, en principio, tan sólo el fin de los Borbones, que no de la Monarquía), en la nueva Constitución de **1869** se proclamaba la libertad de culto¹⁸⁹. Esta libertad exigía la creación de un **Registro Civil** en el que anotar los datos de todos los españoles, fueran o no católicos, y así surgió la **Ley Provisional** de 17 de junio de **1870** que implantó por vez primera en el Estado tal registro, ya con sus actuales características generales.

Tal ley entró en vigor en 1 de enero de 1871 y aunque titulada Provisional, mantuvo su vigor hasta ser sustituida por otra nueva de 1957 que, junto a su Reglamento (decía el Conde de Romanones: “*que hagan ellos la ley, siempre que me dejen a mí escribir su reglamento...*”) del 14 de noviembre de 1958, comenzó a regir el primero de enero del año siguiente¹⁹².

La **Ley Provincial** de 20 de Agosto de 1870, en su artículo 46 atribuía a las Diputaciones Provinciales competencia exclusiva en la gestión, gobierno y dirección de los establecimientos de Beneficencia de las provincias, culminando un proceso ya iniciado en la Constitución de 1812⁴³.

Primera República (1873-1874)/ REINADO DE ALFONSO XII (1875-1885)/ Regencia de María Cristina (1885-1902)

Los **Reales Decretos** de 27 de abril de **1875**, que organizaban los servicios de beneficencia general y particular y de 27 de enero de 1885, sólo rozarían epidérmicamente el sistema benéfico, sin alterar sus postulados básicos.

La restauración de los Borbones consiguió, en 1875, que la Iglesia se organizara definitivamente, haciéndose cargo las congregaciones femeninas de la enseñanza y de la asistencia social, como las Hijas de la Caridad, dedicadas a la asistencia a los pobres, necesitados, ancianos y niños expósitos¹⁵⁶.

¹⁹¹ Sanz Egaña, C. (1941). *Historia de la Veterinaria Española*. Madrid: Espasa Calpe// A.H.P. (1867). Diputación Provincial de Santander. *Junta Provincial de Sanidad. Veterinaria*. Colección Sautuola. Legajo 62. Documento nº 115. Santander//Gutiérrez García, J.M. (2013). “Ciencia y Exclusión: el desplazamiento de los albéitares de la Veterinaria a través de la prensa especializada en el mundo animal (1853-1855)”, en *Dynamis*, Vol. 33 (1): 69-92Barcelona.

¹⁹² Zapico, A. (2002). “El Registro Civil”, en *Revista semestral de Heráldica, Genealogía y Nobiliaria*, nº 2. Pamplona: Lizardi Multimedia.

Se creaba el Hospital de la Beneficencia para enfermedades de los ojos (**1879**) en Madrid.

A finales del siglo XIX, tras las distintas epidemias de cólera acaecidas, se puso de manifiesto las numerosas deficiencias existentes en la Higiene Pública (atender enfermos infecciosos, con el fin de evitar el contagio)¹⁹³.

Es en **1883**, cuando se crea la Comisión de Reformas Sociales, cuyo objeto principal era analizar e institucionalizar la cuestión y la realidad social de España.

La Junta Municipal de Sanidad, creada el 1 de julio de **1885**, se encargaba de las vacunaciones a la población de alto riesgo.

La norma confiaba los servicios de Beneficencia General y Particular a la inspección y protectorado del Gobierno, ejercidos por el Ministro de la Gobernación; sujetaba a la beneficencia General el **Real Decreto e Instrucción** de 27 de enero de 1885, y reducía sus instituciones a “*los establecimientos o asociaciones permanentes destinados a la satisfacción gratuita de necesidades intelectuales y físicas*” (Escuelas, Colegios, Hospitales, Casas de Maternidad, Hospicios, Asilos, Manicomios, Pósitos, Montes de Piedad, Cajas de Ahorros y análogos) y los que no tuvieran carácter permanente pero si el mismo destino (Patronatos, Memorias, Legados y Causas Pías). El artículo 3 resaltaba que el protectorado no debía tener otra misión que la de “*velar por la higiene y la moral pública*” (Ver Fig. nº 68, pp. 168).

Ante los problemas que acontecían, la situación desembocó en la **Ley de Asociaciones de 1887** con la aparición de una Beneficencia Privada.

La mayor intervención del Estado en lo social fue ejecutada en Alemania por Otto von Bismarck, y en 1890 el Káiser Guillermo II convocó una conferencia para estudiar un Reglamento Internacional del Trabajo.

La Iglesia, por su parte, a través de la *Encíclica Rerum Novarum* del Papa León XIII en **1891** resolvió la resistencia a una mayor implicación por parte del Estado en la acción social¹⁹⁴.

Antonio Cánovas del Castillo manifestaba, en **1892**, que “*...las desigualdades provienen de Dios, que son propias de nuestra naturaleza y creo supuesta esta diferencia en la inteligencia y hasta en la moralidad... que las minorías inteligentes gobernarán siempre el mundo...*”¹⁹⁵.

En **1899**, ante la aparición de casos de contagios de carbunco y las peticiones para que se adoptasen medidas para prevenir las enzootias y epizootias de los ganados, se dispuso la creación en cada provincia de una plaza de **Inspector Provincial Veterinario de Salubridad** y otra de Subinspector a las órdenes de los Gobernadores Civiles y contando con la colaboración de los Subdelegados de Veterinaria y de los Inspectores de carnes de los mataderos. Eran vocales natos de las Juntas Provinciales de Sanidad¹⁹¹.

¹⁹³ Paredes, J. (1998). *Historia contemporánea de España (siglos XIX-XX)*. Barcelona: Ariel// Olague, G., Ferrán; Clúa, J. (2002). “La vacunación anticolérica de 1885 (1852-1929)” en *Eidon*. Revista de la Fundación Ciencias de la Salud, junio-septiembre, nº 10.

¹⁹⁴ Fusi, J. P.; Palafox, J. (1997). *España: 1808-1996. El desafío de la modernidad*. Madrid: Espasa// Maza Zorrilla, E. (1999). *Pobreza y Beneficencia en la España Contemporánea (1808-1936)*. Barcelona: Ariel// Carrasco, I. (1998). “Evolución del Sistema Sanitario Español”, en Lamata, F. *Manual de la Administración y Gestión Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos// de Vega, E. (2004). “Pobreza y Asistencia Social en la España de la Restauración”, en Palacio Morena (Coordinador). *La Reforma Social en España*. Madrid: CES// Montero García, F. (1985). “Catolicismo y reforma social en España en el tránsito del siglo XIX al XX”, en *De la Beneficencia al Bienestar Social: cuatro siglos de acción social*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Trabajo Social y Asistencia Social.

¹⁹⁵ Cánovas del Castillo (1892). *Sesión inaugural del curso 1892/93*. Real Academia de Jurisprudencia y Legislación. Madrid: Tipografía de Manuel Ginés Hernández.

El **Real Decreto** de 14 de marzo de 1899, sobre reorganización de servicios de la beneficencia particular e instrucción para el ejercicio del protectorado del Gobierno, regulaba el ejercicio del protectorado estatal sobre la beneficencia, concebido en un tono totalmente subsidiario y estimulante de la acción particular (*).

Todo lo anterior, significó un paso adelante definitivo para poder fundar a principios del siglo XX, en **1903**, el primer **Instituto de Reformas Sociales**; el **Instituto Nacional de Previsión** en **1908**; el **Ministerio de Trabajo** en **1920** y para finalizar, la **Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad** en **1942** (Ver en Carrasco, I....)¹⁹⁴.

En 1905, las autoridades reconocían la existencia de 813.815 familias pobres (3,25 millones de personas), el 17,49% del censo total de población, con derecho a recibir atención benéfica municipal.

Gracias a la información de Adolfo Buylla se sabe que al mediodía del 31 de diciembre de 1909, el número de individuos que demandaban públicamente limosna en todas las poblaciones de España mayores de 10.000 habitantes, pasaba ligeramente de 15.000.

La proliferación de congregaciones religiosas que se implantan a partir de principios de siglo XX, centros privados y prestación de servicios en establecimientos públicos, era palpable. De los 606 establecimientos asistenciales públicos que había en España en 1909, 422 estaban servidos por religiosos, mujeres en su mayoría; en beneficio de una política familiar que propendía a la ayuda domiciliaria, en detrimento de hospitales, hospicios y casas de caridad.

Primo de Rivera, por otro lado, creó el **Estatuto Municipal** que dotaba de mayor autonomía económica a los Ayuntamientos; así, pudieron desarrollar obras de alcantarillado, escuelas, hospitales, carreteras locales por propia iniciativa y que, de hecho, gracias a la prosperidad económica, tuvieron un gran desarrollo¹⁹³.

La evolución general de la estructura hospitalaria española se observa en el cuadro siguiente¹⁷³:

<u>AÑO</u>	<u>Establecimientos</u>	<u>HOSPITALES</u>	<u>HOSPICIOS</u>
1750	2052	2026	26
1787	938	773	165
1797	2536	2331	205
1840	1161	935	226
1859	889	617	272
1907	834	609	225

Fig. nº 68. Evolución estructura hospitalaria española, años 1750-1907.

(*) El mutualismo asistencial alcanzó en España una notable extensión.

Un ejemplo, en Reinosa, fue la Sociedad de Socorros Mutuos fundada en 1895 para prestar ayuda económica principalmente a aquellos que, por enfermedad, no podían acudir al trabajo; en 1898 la integraban 204 socios.

<i>ÓRGANOS HEREDADOS QUE DESAPARECEN A MEDIADOS DEL SIGLO XIX:</i>
<i>Protomedicato</i> <i>Juntas Gubernativas Superiores de Medicina, Cirugía y Farmacia</i> <i>Junta Suprema de Sanidad</i>
<i>ÓRGANOS HEREDADOS DEL SIGLO ANTERIOR, SUBSISTEN E INCLUSO SE FORTALECEN:</i>
<i>Juntas Provinciales y Municipales</i> <i>Academias de Medicina y Cirugía</i>
<i>ÓRGANOS PROPIOS Y GENUINOS GENERADOS EN EL SIGLO XIX:</i>
<i>Real Consejo de Sanidad</i> <i>Subdelegados de Sanidad</i> <i>Inspectores Sanitarios</i> <i>Médicos Titulares</i>

Fig. nº 69. Siglo XIX. Órganos Institucionales. FUENTE: Elaboración propia.

El sistema asistencial español, que había permanecido vigente en el siglo anterior, siguió inalterado en las primeras décadas del siglo XIX, hasta que cambió de la mano de la revolución liberal durante la Regencia de María Cristina y el reinado de Isabel II.

Esta transformación suponía la transición de un sistema benéfico-asistencial basado en la caridad hacia un tímido nacimiento (acaecido ya en siglo XX) de un Estado Social en España.

La transparencia en el acceso a las prestaciones a través del control de la gestión de los centros benéficos y la disponibilidad presupuestaria a través del **Control del Gasto** se planteó de forma prioritaria durante el sexenio de 1868-1874 (Ver en Maza Zorrilla)¹⁹⁴.

5.3. MARCO LEGAL EN EL QUE SE DESARROLLA LA BENEFICENCIA PÚBLICA, DURANTE EL SIGLO XIX.

La legislación más importante, en materia de Salud Pública durante el siglo XIX, afectaba a las siguientes áreas:

5.3.1. BENEFICENCIA.

- 5.3.1.1. HOSPITALES.
- 5.3.1.2. SOCORROS DOMICILIARIOS.
- 5.3.1.3. LOCOS O DEMENTES.
- 5.3.1.4. MENDIGOS Y HUÉRFANOS.

5.3.2. EPIDEMIOLOGÍA.

- 5.3.2.1. CALAMIDADES PÚBLICAS.
- 5.3.2.2. CUARENTENAS.
- 5.3.2.3. LAZARETOS.
- 5.3.2.4. VACUNAS.

5.3.3. AGUAS POTABLES Y MINERALES.

- 5.3.3.1. AGUAS MINERALES.
- 5.3.3.2. BAÑOS MINERALES.
- 5.3.3.3. AGUAS ESTANCADAS.

5.3.4. CADÁVERES Y CEMENTERIOS.

5.3.1. BENEFICENCIA

- **1783. Juntas de Caridad** en las cabeceras de las Diócesis.
- **Reglamento de las Casas de Expósitos** de 11 de diciembre de **1796**.
- Se crea la **Junta Municipal de Beneficencia** el 6 de febrero de **1812**.
- **Reglamento General de la Beneficencia Pública** de 12 de febrero de **1821**.
- **Decreto de las Cortes** de 27 de diciembre de **1821**. **Ley General de Beneficencia**, de 6 de enero de **1822**.
- **Ley de Cortes** de 8 de septiembre de **1836**, restableciendo el Reglamento General de Beneficencia de 1822.
- El **Real Decreto** de 17 de marzo de **1847**, establecía una nueva organización del ramo sanitario creándose la figura del **Subdelegado de Sanidad**.
- **Real Orden** de 19 de abril de **1848** dando reglas para organizar los establecimientos públicos de beneficencia. **Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad**.
- **Ley** de 20 de junio de **1849**, creando una **Junta General de Beneficencia de Madrid**, y **Juntas Provinciales y Municipales**, y fijando sus atribuciones.
- **Real Decreto** de 14 de mayo de **1852**. Reglamento para la ejecución de la ley anterior.
- **Orden** de 28 de mayo de **1853**, mandando plantear el servicio de hospitalidad domiciliaria en todas las localidades¹⁸⁴.

- **Reglamento** del Cuerpo Facultativo de Establecimientos Provinciales de Beneficencia, en **1864**.
- **1884**. Se organiza el cuerpo facultativo de Beneficencia Municipal.
- **1891**. **Reglamento** para el servicio benéfico sanitario de los pueblos

5.3.1.1. HOSPITALES.

- **Resolución del Consejo** de 20 de diciembre de **1804**, en Aranjuez:

“...En todos los hospitales de España se destinará una sala para vacunar... obligación de los Cirujanos... gratuitamente a quien se presente... ayudados de sus practicantes... llamar a los Médicos para reconocer y declarar el estado en que se encuentran...”

...Tendrán un Libro para asentar en él, según fórmula que se expresa, los nombres de los vacunados... edad, patria, parroquia y diócesis... remitiéndose estas listas mensualmente al Capitán General...

...Los asientos de dichos Libros se ejecutará de la siguiente forma: vacunados en el hospital general... en... del mes... y año de... Nombre del vacunado...

...los inoculados... presentarse..., para observar el curso de la vacuna... llevar un diario de incidentes y anomalías... Los Capitanes Generales de las provincias han de cuidar ejecutivamente de que se ponga en práctica la vacunación en cada uno de los hospitales de los pueblos de su distrito, y de fomentarla al beneficio de la humanidad y del Estado.

...Los Arzobispos, Obispos, otros Prelados Eclesiásticos y los párrocos, se esmerarán en persuadir a sus feligreses en que admitan la benéfica práctica de la vacunación...”

5.3.1.2. SOCORROS DOMICILIARIOS.

- **Real Decreto** de 12 de julio de **1816**, que establece la Real Hospitalidad domiciliaria.
- **Reglamento** de 27 de diciembre de **1821**, Art. 50, sobre quienes pueden ser socorridos en sus casas, suministro de materias, sopas económicas, prohibición de pedir limosna donde se suministren.
- **Ley Orgánica de Sanidad** de 28 de noviembre de **1855**. Las Juntas Provinciales de Sanidad invitarán a los Ayuntamientos a que establezcan la hospitalidad domiciliaria.

5.3.1.3. LOCOS O DEMENTES.

- **Reglamento** de 6 de febrero de **1822**, Art. 119 y siguientes: Puntos donde han de establecerse las Casas de Dementes. Pueden ser comunes a dos o más provincias. Orden interior. Facultad que a los particulares se concede de establecerlos por su cuenta.

5.3.1.4. MENDIGOS Y HUÉRFANOS.

- **Reglamento** de 6 de febrero de **1822**. No se permite pedir limosna en los pueblos donde existan Casas de Socorro o se distribuyan auxilios domiciliarios, ni en los restantes a los que carezcan de licencia. Traslación de los mendigos a los pueblos de su domicilio o naturaleza.
- **Ley** de 20 de junio de **1849**. En cada provincia habrá un Asilo o Casa de Huérfanos y Desamparados. Destierro del trabajo diario de cada acogido, cuando exceda de los gastos que ocasione al establecimiento.

5.3.2. EPIDEMIOLOGÍA

5.3.2.1. ESTADÍSTICA DE POBLACIÓN.

- **Real Orden** de 21 de marzo de **1749**: “...que cuiden los libros de bautismo, casamientos y entierros en las Iglesias y que estén con toda custodia y seguridad...”.

- Carlos IV, por **Real Orden**, inserta en **Circular del Consejo** de 23 de mayo de **1801**:

“...importancia de conocer en cualquier tiempo el estado de la población, e impedir las causas que contribuyan a disminuirla... tablas necrológicas, de sexo, edad, profesión u oficio, enfermedad, etc... de cada persona que falleciera... bautismos y matrimonios y muertos de todos mis reinos... dirigidas a la felicidad pública... se encargará a los Arzobispos, Obispos, Prelados, Generales de las Religiones... a este fin cada Parroquia, Villa, Aldea, Sitios Reales: bautismos, matrimonios y entierros... en los asentos o partidas de las Parroquias (...) Los Médicos y Cirujanos darán un certificado de dónde fallece el difunto, enfermedad... cuyo certificado se presentará en la Parroquia para el entierro...”

...Los Conventos de Religiosos/as presentarán al fin de cada año, el estado de los que hayan fallecido (...) Los Hospitales formarán cada sábado, y remitirán al Sr. Secretario de Estado y del Despacho, el estado del número de enfermos que han entrado, salido y los que quedan, con distinción de sexos, los que hayan muerto, el lugar de nacimiento, sexo, edad, estado, ejercicio y enfermedad de que fallecieron (...) Las Casas de Expósitos... al fin de cada mes... estado del número de niños y niñas que han entrado, de las existentes, edad y sexo y de los fallecidos... enfermedad, sexo, edad (...) Los Colegios, Hospicios, Casas de Misericordia, de Reclusión, Cárceles y demás establecimientos... al fin de cada mes... ídem... parroquia dónde se enterraron...”

- Por **Real Orden** de 15 de octubre de **1801**, se les remitió a los Tribunales y Justicias del Reino, Arzobispos, Obispos y demás Prelados Eclesiásticos (seculares y regulares) nueve ejemplares de Formularios, sobre:

1. Bautismos
2. Matrimonios
3. Entierros en Parroquias
4. Casas de Expósitos
5. Hospitales (residen enfermos para sanar o fallecer)
6. Hospicios, Cárceles, Casas de Misericordia, Incurables, Reclusión.
7. Colegios
8. y 9. Religiosos, Congregaciones y Beaterios. Los Párrocos debían enviar a sus respectivos Arzobispos y Obispos, que posteriormente se remitían al Sr. Secretario de Estado y del Despacho⁵⁷.

- **Real Orden** de 23 de febrero de **1802**. Se ordenaba el exacto cumplimiento y ejecución de lo anterior: “...observancia de los formularios para la formación de estados mensuales de todos los nacidos, casados y muertos en los Reinos...”.
- **Real Decreto** de la Regencia Provisional de 24 de enero de **1841**. Sobre la obligación de tener **Registro Civil** las capitales, Cabezas de Partido y pueblos de más de 500 vecinos: “...los curas no pueden bautizar, ni enterrar sin la papeleta del Registro Civil en que conste la Partida de Nacimiento o del Difunto... para los matrimonios... darán los párrocos dentro de 24 horas noticia exacta al Registro... el Formulario se acompaña en **Real Orden de 1841**...”.

El Registro Civil municipal posibilitó, a partir de 1860, la publicación de series estadísticas.

Así, sin hacerse cargo el Estado de este control tan vital para el ordenamiento jurídico (registro civil) siguió España hasta el año **1869**.

5.3.2.2. CALAMIDADES PÚBLICAS.

- **Real Orden** de 30 de septiembre de **1848**. Sobre el modo de satisfacer los gastos de Comisiones para inspeccionar el estado de la salud de algunos pueblos).
- **Real Orden** de 9 de noviembre de **1848**, recomendando a las Diputaciones y Ayuntamientos que se dotasen de partidas presupuestarias de dinero para el caso de que el cólera invada nuestro país.
- **Real Orden** de 18 de enero de **1849**. Por ella se prescribieron reglas a las Juntas Provinciales de Sanidad para el caso de aparecer el cólera.
- **Real Orden** de 30 de marzo de **1849**. Aprueba y manda publicar las instrucciones formadas por el Consejo de Sanidad para contener o aminorar los efectos del cólera morbo.

5.3.2.3. CUARENTENAS.

- **Real Orden** de 21 de abril de **1844**, sobre los puntos y épocas en que deberán hacerse.
- **Real Orden** de 12 de octubre de **1849**. Se obliga a cuarentena prevenida a todas las procedencias de puntos infestados o sospechosos de estarlo del cólera.

5.3.2.4. LAZARETOS.

- **Real Orden** de 18 de enero de **1849**, prohibiendo el establecimiento de cordones, lazaretos o cuarentenas en los pueblos de las fronteras terrestres aunque aparezca el cólera, y mandando que si esta enfermedad se declara en algún punto de la Península, se proteja la libre circulación entre los pueblos.

5.3.2.5. VACUNAS.

- Cédula de 30 de noviembre de 1798, sobre el método de Inoculación de la Viruela en los Hospitales:

“...en los Hospitales, Casas de Expósitos, Misericordia y demás que inmediatamente dependen de la Real munificencia, se ponga en práctica el método de inoculación de viruelas, a fin de que se adopte generalmente, y puedan disminuirse los desastres que causa esta calamidad...”.

- **Circular del Consejo Real** de 14 de agosto de **1815**, encargando el cumplimiento de lo mandado en 31 de abril de 1805, con el fin de generalizar la vacuna.
- **Circular del Consejo Real** de 8 de julio de **1817**, reiterando lo mandado en la anterior.
- **Instrucción** de 30 de noviembre de **1833**. Se recomienda a los Gobernadores que no permitan concurrir a las escuelas de primeras letras a los que no presentaren certificación de estar vacunados. Inoculación gratuita de los niños de familias pobres.

5.3.3. AGUAS POTABLES Y MINERALES.

5.3.3.1. AGUAS MINERALES.

- **Reales Órdenes** de 20 de abril y 15 de junio de **1842**. Se elaborarán las aguas minerales artificiales en boticas o establecimientos dirigidos por farmacéuticos, quedando libre la venta de las bebidas gaseosas naranjadas y limonadas o cualquier otro refresco siempre que estén en la lista formada por la Junta Suprema.

Se elaborarán según receta de profesor conocido, etiqueta en donde conste la composición y estarán sujetas a inspección por la autoridad.

- **Real Orden** de 28 de febrero de **1844**, declarando de cargo de las Diputaciones Provinciales el pago de los sueldos señalados a los Directores de aguas minerales. Se nombra una Comisión para que redacte un Manual de Aguas Minerales de España.
- **Real Orden** de 23 de abril de **1844**. Se autoriza para dirigirse a los Directores de los Establecimientos para la solicitud de datos.
- Art. 2 de **Ordenanzas de Farmacia** de 18 de abril de **1860**. La fabricación de las aguas minerales artificiales deberá ser dirigida por Farmacéuticos, y la venta, así como las naturales, se hará únicamente en las boticas o farmacias.
- **Real Orden** de 14 de octubre de **1860**. se permite la libre elaboración y venta de refrescos.
- **Ley del Timbre** de **1892**. También para aguas minerales cuando se pusieran a la venta.
- **Real Decreto** de 12 de junio de **1894**:

“La venta de las aguas minerales y de los específicos, cuando se verifique fuera de los Balnearios, fábricas y boticas, podrá hacerse en depósitos autorizados por la Administración... dichos depósitos estarán sometidos a la inspección y visitas administrativas...”¹⁹⁶.

5.3.3.2. BAÑOS MINERALES.

- **Real Orden** de 28 de junio de **1816**, disponiendo que en cada uno de los más acreditados establecimientos de aguas minerales haya un profesor de suficientes conocimientos.
- **Reglamento** de 28 de mayo de **1817**, para la inspección, gobierno y uso de las aguas minerales.
- **Reglamento** de 3 de febrero de **1834**, para la dirección y gobierno de los baños y aguas minerales del Reino.
- **Real Orden** de 28 de mayo de **1838** sobre dificultades que experimentan los Médicos de Baños en el ejercicio de su cometido.
- **Real Orden** de 8 de junio de **1850**, sobre creación de Direcciones interinas de Baños.

- **Reglamento de Baños y Aguas Minero-medicinales de la Península e Islas** adyacentes de 12 de mayo de **1874**. Art. 70: *“Cuidarán (los dueños, administradores o arrendatarios) de que haya en los establecimientos un botiquín surtido de los medicamentos que crea necesarios el Médico Director, si no existiese botica en los pueblos en que aquéllos radiquen o a distancia de menos de tres kilómetros”*.

5.3.3.3. AGUAS ESTANCADAS.

- **Instrucción** de 30 de noviembre de **1833**, se trata de los medios conducentes a combatir esta causa de insalubridad.

5.3.4. CADÁVERES Y CEMENTERIOS.

- En **1784**, Carlos III, ordenaba la construcción de cementerios fuera de las ciudades: *“...prohibiendo enterrar en los templos, dado el hedor de los cadáveres que se encontraba en los cementerios junto a las Iglesias...”*.

- Por **Resolución** a consulta del Consejo, comunicaba en Circulares de 26 de abril y 28 de junio de **1804**: *“...sobre la construcción de cementerios fuera del poblado para el entierro de cadáveres... a los Obispados... promoverán los Corregidores... poniéndose de acuerdo con los Reverendos Obispos...”*

...pueblos en que haya o hubiere habido epidemias... se deben construir Cementerios fuera de las poblaciones, y a una distancia conveniente de estas, en parajes bien ventilados, y cuyo terreno, por su calidad, sea el más a propósito para observar los miasmas pútridos o desecación de los cadáveres, evitando aún el más remoto riesgo de filtración o comunicación con las aguas potables del vecindario (...) deberá reconocer el terreno... profesor de Medicina acreditado... conveniente plano... cercados a una altura suficiente... espacio para párvulos... se podrán construir sepulturas de distinción... pagando lo que se estime justo...”

- **Real Orden** de 2 de junio de **1833** disponiendo la construcción de cementerios donde no los haya.
- **Real Orden** de 13 de febrero de **1834**. Sobre ídem.
- **Real Orden** de 27 de marzo de **1845**. Reglas que se han de observar en su exhumación.
- **Real Orden** de 19 de marzo de **1848**. Sobre ídem.
- **Real Orden** de 12 de mayo de **1849**, declarando indefinida la prohibición de enterrar cadáveres en las Iglesias, Panteones y Cementerios que estén dentro de la población, con otras prevenciones.
- **Real Orden** de 20 de septiembre de **1849**, prohibiendo la conducción de cadáveres a las Iglesias para celebrar las exequias, con la sola excepción de los Reverendos Prelados que tienen el privilegio de ser enterrados en las Catedrales.
- **Real Orden** de 30 de enero de **1851**. Sobre ídem.
- **Real Orden** de 31 de agosto de **1853**, sobre limpia de cementerios.
- **Instrucción** de 30 de noviembre de **1853**. Capítulo 5º sobre ídem.
- **Ley** de 29 de abril de **1855**. Construir cementerios fuera de la comunión católica.

PARTIDOS MEDICOS
COFRADÍAS
HERMANDADES
Hospitales fundacionales Hospitales generales Centros de fundaciones gremiales Hospitales de especialidades
MONTES DE PIEDAD. 1767.
JUNTA SUPREMA DE SANIDAD.
JUNTA REAL Y GENERAL DE CARIDAD
JUNTAS DE CARIDAD. 1783.
JUNTAS MUNICIPALES DE BENEFICENCIA. 1821.
LEY GENERAL DE BENEFICENCIA.1822
REGLAMENTO GENERAL DE BENEFICENCIA PÚBLICA.
LEY DE INSTRUCCIÓN de 1823
CONSEJO Y JUNTAS PROVINCIALES Y DE PARTIDO DE SANIDAD. 1847
LEY ORGÁNICA DE SANIDAD de 1855
INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES. 1903
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1908

Fig. nº 70. Siglo XIX. Pirámide de la Beneficencia Pública. FUENTE: Elaboración propia.

La legislación empleada en el punto 5.3 de este capítulo se ha obtenido de la Legislación vigente en España¹⁹⁶ y de los Códigos Españoles de la época en cuestión ([Ver Capítulo 17.3.](#), pp. 1113).

¹⁹⁶ Blas y Manada, M. (1925). *Legislación de Farmacia vigente en España*. Madrid: Gráficas Medina. Signatura 4/ 19017. B.N./ Ídem, 2ª Edición. Madrid, 1935. Biblioteca Dpto. Historia y Legislación Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Ref.: 35177 (46) (094) LEG FAR. U.C.M.