

EL DEBATE SOBRE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XIX

Francisco Herrera Rodríguez

Catedrático de Historia de la Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz



Prestigious opinions from medical and other highly prized society sectors of that century have been analyzed; other authors and less famous specialists have also been taken into consideration; PhDs, Public Health treaties of those years which studied the above mentioned aspects have been considered as well while for some reason or other not much attention as bibliography data sources gathered at the time.

Key Words: health care, quality of care, XIX century, hospital hygiene, Public Health, Health Centres.

RESUMEN

El presente artículo consta de tres apartados: en el primero, se aborda el problema de la asistencia en los hospitales y en el domicilio del enfermo; el segundo está dedicado a las condiciones higiénicas y a la arquitectura de los hospitales; y, el último, a los llamados hospitales “especiales” y a los dispensarios. A través de estos capítulos, trazamos una panorámica de los principales problemas que fueron debatidos, de cara a mejorar la asistencia sanitaria, en la España del siglo XIX. Hemos utilizado las opiniones de figuras notables de la medicina y de la sociedad de la época, pero hemos incorporado también opiniones de tratadistas y autores menos conocidos, además de la pertinente revisión de los tratados de Higiene Pública, tesis doctorales que abordaron estos aspectos, y a las que, lamentablemente, no se ha prestado mucha atención como fuentes documentales para abordar, por ejemplo, los temas aquí planteados.

Palabras clave: Asistencia Sanitaria; Calidad Asistencial; Siglo XIX; Higiene Hospitalaria; Higiene Pública; Dispensarios.

DISCUSSION ON THE QUALITY OF CARE IN THE SPAIN OF XIX CENTURY

SUMMARY

The present article was structured in three sections. The first one focuses on medical care within hospital wards and at patient's home. The second one refers to hygienic conditions and hospital building, and the third section deals with the so called “special” hospitals and health centres. Along these sections a panoramic view of main problems at the Spain of XIX century is drawn as well as discussions dealt with improving care conditions.

El objetivo de este artículo es estudiar los principales puntos del debate sobre la asistencia sanitaria en la España del siglo XIX. Pensamos que para realizar un acercamiento a este asunto, se deben utilizar fuentes originales como la prensa médica, los reglamentos municipales, los libros de Higiene Pública e incluso las tesis doctorales escritas por médicos españoles en la segunda mitad del siglo XIX (Herrera, 1987 y 2000). La lectura de esta documentación variada y de la bibliografía especializada (Riera, 1969; Albarracín, 1975; Carasa, 1985; Valenzuela y Rodríguez Ocaña, 1993, etc.) nos lleva a vertebrar este trabajo en los siguientes capítulos: La asistencia hospitalaria y la domiciliaria; las condiciones higiénicas y la arquitectura de los hospitales; y, por último, los hospitales especializados y los dispensarios.

1. LA ASISTENCIA HOSPITALARIA Y LA DOMICILIARIA.

Las medidas desamortizadoras de los gobiernos de Carlos IV, en 1798 y 1808, provocaron una crisis en los hospitales y centros de beneficencia, ya que generaron una disminución de sus recursos económicos, empeorando aún más la situación con la invasión napoleónica. Es sabido que en la Constitución de 1812 se propone confiar a los Ayuntamientos la gestión hospitalaria, medida que fue ratificada en 1822 a través de la Ley General de Beneficencia, que asimismo creó las Juntas Municipales de la Beneficencia Domiciliaria. Esta ley perdió vigencia durante el período de gobierno absoluto de Fernando VII, pero su intencionalidad reapareció con las normativas que fueron adoptadas desde el comienzo del reinado de Isabel II (Granjel, 1986).

Efectivamente, la citada normativa de 1822 juega un papel importante en la articulación de la asistencia domiciliaria. Esta ley determinó que las juntas parroquiales de Beneficencia, y en su defecto las municipales, debían poseer las siguientes atribuciones (Hernández Iglesias, 1876):

“Atender á las necesidades de los indigentes de su distrito, de tal modo que solo fuera conducido á la casa de socorro el que por ningún otro medio pudiera ser socorrido en la suya propia”.

La reglamentación de mayo de 1852 insiste también en que corresponde al ámbito municipal *“el servicio de proporcionar á los menesterosos en el hogar doméstico los alivios que reclamen sus dolencias ó una pobreza inculpable”* (Hernández Iglesias, 1876). Granjel ha señalado oportunamente que las medidas implantadas por el gobierno revolucionario, tras el derrocamiento de Isabel II, fueron derogadas tras la restauración de la dinastía borbónica, *“devolviendo su primitiva vigencia al protectorado sobre la hospitalidad privada y la inspección y el control político en los centros de beneficencia y hospitales regidos por las Juntas de Beneficencia municipales y provinciales”.*

Los vaivenes políticos y legales producidos en nuestro país a lo largo de la centuria, conducen a la decadencia de la organización sanitaria, quedando esta circunstancia reflejada en las opiniones de los médicos y de las personas comprometidas socialmente que trataron de conseguir con la exposición de sus ideas la regeneración de la asistencia sanitaria que se ofrecía a los menesterosos en las instituciones gestionadas por la Beneficencia. Con ejemplos concretos, quedará más claro lo que queremos decir.

En 1821, Serafín Solá, escribió el artículo *“Ideas generales sobre la Beneficencia y en particular sobre los hospitales”* (Zaragoza Rubira, 1962). En este trabajo Solá plantea la necesidad de la existencia de la Beneficencia domiciliaria, pero a cargo de los particulares; evitándose así, según su opinión, los abusos que puede conllevar el establecimiento de un servicio estatal de estas características. Claro que también señala que muchos enfermos no pueden ser atendidos en su propio domicilio, por lo que deben seguir existiendo los establecimientos de la Beneficencia pública, aunque descarga algunas críticas sobre la asistencia hospitalaria, como por ejemplo: en los hospitales es difícil combatir la pobreza, se rompe la unidad familiar y las costumbres domésticas al sacar al enfermo de su domicilio, y además incide negativamente en los enfermos el aire cargado de *“exhalaciones pútridas”* que se respira en los hospitales. Sin embargo, no se olvida Solá de señalar la importancia de los hospitales para la enseñanza y la investigación:

“ensayarán los nuevos descubrimientos, y después que se hayan pronunciado sobre sus ventajas

o inconvenientes, podrán generalizarse a los demás hospitales de la monarquía”.

Tendremos ocasión de ver en este trabajo, que éstas y otras consideraciones fueron repetidas por otros autores españoles a lo largo del siglo XIX. Además de la prensa médica, quizás los documentos que nos pueden reportar una información interesante sobre el problema que nos ocupa, son las tesis doctorales de los médicos españoles de la época. Efectivamente, algunos médicos eligieron para su investidura de doctor el análisis de la asistencia hospitalaria y de la asistencia domiciliaria. Tras la lectura de algunos textos observamos que unos autores son eclécticos como Vinuesa Tosar (1866) o Ceballos Arroyo (1866); otros son partidarios de la asistencia domiciliaria (Durio Fassa, 1862); mientras que otros se decantan abiertamente por los hospitales públicos (Martín Camacho, 1874; Fernández Macías, 1865; Mapelli Valcárcel, 1864). Para entender este debate, pensamos que debe tenerse en cuenta que en los años centrales del siglo XIX, los hospitales venían manteniendo unas tasas de mortalidad muy elevadas, aunque también se debe al período ochocentista la clara distinción entre hospitales y hospicios (Riera, 1985), que ya fue preconizada por algunos ilustrados.

A pesar de esta distinción encontramos que el hacinamiento y el contagio fueron los grandes problemas de las instituciones hospitalarias. Los partidarios de la hospitalidad pública como es el caso de Fernández Macías (1865) argumentan que en los domicilios no se siguen las prescripciones médicas, y señalan además los problemas que se plantean en las casas donde habitan los enfermos. Leamos:

“...qué es lo que encontramos en una de estas moradas cuando la enfermedad elige una víctima? Encontramos la miseria, ese enérgico disolvente del hogar (...). En una de estas moradas, donde para poder vivir todas las fuerzas son necesarias, (...) la enfermedad cuando penetra no suspende solamente una fuerza y una actividad, aniquila muchas á la vez. Al punto que hay un enfermo en una casa, necesita cuidados y servicios que retienen cerca de él y lejos del trabajo diario á un gran número de miembros de su familia; la madre, á quien este deber está principalmente encomenda-

do, no puede atender á las exigencias de su casa, y por lo mismo deja introducir en ella un desorden que acelera y agrava el estado de aflicción...”.

Llegados a este punto es preciso apuntar que los sanitarios de la Cruz Roja gaditana que organizaron la asistencia domiciliaria a los soldados repatriados de Cuba y Puerto Rico en 1898 y 1899, encontraron que no sólo tenían que ofrecer asistencia sanitaria y medicamentos a los soldados enfermos, sino que además tuvieron que organizar toda una cobertura benéfica para paliar en muchas ocasiones la indigencia económica de las familias, situación que obviamente repercutía de forma negativa en la maltrecha salud del soldado repatriado (Herrera, 1997).

Otro argumento que tratan de contrarrestar los partidarios de la asistencia hospitalaria es el de la excesiva mortalidad en estas instituciones, y lo suelen hacer de la siguiente manera:

“...pero si por un instante tenemos en cuenta que la mayor parte de los enfermos, unos por negligencia, otros por ignorancia, muchos por no abandonar sus trabajos, no se deciden á entrar en estos edificios, sino en un período adelantado de su mal, nos convenceremos que todas estas razones reunidas son suficientes para explicar por qué la mortalidad es más considerable comparativamente en los hospitales que en la práctica particular...”.

Al defender la institución hospitalaria, estos autores suelen esgrimir que el hospital es una pieza básica para transmitir la enseñanza a los futuros sanitarios, siendo además un lugar donde se puede someter a los pacientes a una vigilancia continua por un personal competente (médicos, Hijas de la Caridad, etc.). En este sentido es preciso resaltar que Concepción Arenal (1820-1893), denunció el hecho de que las tareas de los practicantes fueran desarrolladas por los estudiantes de medicina, los cuales cuando estaban suficientemente preparados se marchaban, entrando entonces otros alumnos inexpertos, con la consiguiente repercusión sobre los enfermos (Siles, 1999).

Otros autores profundizaron en el siglo XIX en esta problemática; por ejemplo, en 1862, Pedro Felipe Monlau, higienista clave de la época, apuntaba que para el buen funcionamiento de la hospitalidad domiciliaria era imprescindible la organiza-

ción de un “*cuerpo de asistentes o enfermeros*” costeados por el gobierno. Antonio Guerola publicó en Madrid, en 1869, una “*Memoria sobre las ventajas é inconvenientes de los hospitales, de las pequeñas enfermerías y de la hospitalidad domiciliaria*”. Fermín Hernández Iglesias, por ejemplo, en 1876, se decantó por la hospitalidad domiciliaria y la sustitución de los grandes hospitales por otros de pequeñas dimensiones destinados a los forasteros pobres o aquellos que viven en casas mal sanas y sin auxilio familiar. En este mismo sentido, creemos interesante traer a colación al higienista gaditano Benito Alcina Rancé, que en su “*Tratado de Higiene Privada y Pública*” (1882) (Herrera, 1998b y 2000), resume el problema de una forma ecléctica, al igual que en la década de los veinte lo hiciera Serafín Sola. Benito Alcina expone una lista de ventajas y desventajas atribuidas a uno y otro tipo de asistencia sanitaria, que podemos resumir de la siguiente manera:

- La asistencia hospitalaria:

- **Ventajas:** Recoge al “pobre enfermo dándole asilo, alimentos, médicos y medicinas; dedica a los enfermos un personal específico; quita de la población los focos diseminados de afecciones contagiosas; y se usa para la enseñanza práctica de la medicina.

- **Desventajas:** Fomenta la holganza, la aglomeración de los enfermos y arranca al enfermo de la familia.

- La asistencia domiciliaria:

- **Ventajas:** Robustece el amor a la familia; evita casos de simulación y holganza; cada enfermo tiene un médico que lo visita a él solo, y no en colectividad como en el hospital, y se evitan las aglomeraciones de los enfermos.

- **Desventajas:** Hay enfermedades que no se pueden tratar en las casas; el socorro que se le da al enfermo es muy posible que pase a manos de la familia; la administración de la Beneficencia puede cometer más abusos que en un hospital.

Como puede apreciarse el fondo del debate planteado es fundamentalmente social y económico, aunque se esgrimen también factores morales o docentes. Para profundizar en este asunto creemos que conviene estudiar las reglamentaciones que fueron apareciendo en nuestro país para el gobier-

no de los hospitales o de la asistencia domiciliaria. Así, por ejemplo, en 1873, se publicó el reglamento de la “Beneficencia municipal domiciliaria de Cádiz” (Herrera, 1988). En el mismo se determina que la Beneficencia domiciliaria tiene por objeto llevar auxilios materiales y médicos al enfermo pobre y desvalido, aunque a criterio médico el paciente pasaría al hospital de caridad en circunstancias especiales que impiden la asistencia médica en la casa. Este reglamento establece que el médico titular de la Beneficencia debe asistir a todos los enfermos pobres de la localidad, en sus enfermedades agudas y crónicas, así como los partos que reclamen auxilio manual o quirúrgico, y por supuesto las operaciones que sea posible realizar en los domicilios. Unos años más tarde, en 1889, el Ayuntamiento gaditano publicó un opúsculo informando sobre la “Estadística de los enfermos asistidos por la Beneficencia Municipal domiciliaria, durante el año de 1888”. Este documento apunta que en los cinco distritos en que estaba estructurada la ciudad de Cádiz, en lo que respecta a este servicio domiciliario, se atendieron a “8.100 enfermos pobres, de los que obtuvieron curación 6.820; fueron alta por otros varios conceptos 354; fallecieron 536 y quedaban en asistencia en 31 de diciembre último 292”. La mortalidad de los enfermos asistidos fue de 6,61%; concluyendo la Comisión de Beneficencia, presidida por Amado García Bourlié, lo siguiente:

“Resultado satisfactorio, si se atiende que al enfermo pobre en su mísera vivienda no rodea ni un aire puro; ni la mejor asistencia por parte de su familia, que carece de medios para proporcionársela; ni suficiente alimentación; ni demás condiciones higiénicas”.

Pero aún podemos matizar más estos resultados, demostrando así que las estadísticas de la Beneficencia domiciliaria sirven para sacar interesantes conclusiones de carácter socio-sanitario; por ejemplo, como acabamos de apuntar la mortalidad total fue de 6,61%: sin embargo, existe un distrito, el de Santa Cruz, en el que la mortalidad es de 9,86% (Herrera, 1998a), lo cual lleva a los redactores del citado documento a dar explicaciones sobre estos indicadores, siempre claro está desde los parámetros de una estadística de carácter descriptivo. Leamos:

“Salta á la vista, (...) el que á medida que en ningún otro distrito la mortalidad llega al 6% en el de Santa Cruz casi alcanza el 10. Y si bien es cierto que en este distrito están enclavados populosos barrios pobres (como) el del Pópulo y La Merced, también lo es que en el de San Lorenzo lo están los no menos populosos y pobres de La Palma, Hospicio y Libertad, teniendo semejante diferencia de mortalidad su explicación en las condiciones especiales de los barrios de cada distrito y en las costumbres de sus moradores”.

Cuando reflexionan sobre las causas apuntan las siguientes:

“La estrechez de las calles (del distrito de Santa Cruz); la altura, antigua construcción y numerosas habitaciones de sus casas, y por tanto, su falta de luz y ventilación; la índole especial de las diversas ocupaciones a que se dedican la mayoría de sus moradores, el olvido en que, por muchos de ellos se tienen de los consejos de la higiene, forman visible contraste con análogas circunstancias en el distrito de San Lorenzo, de calles más anchas, casas de menor altura y más reducido vecindario y no tan antigua construcción (...)”.

En esta Memoria municipal se justifica la importancia de la asistencia domiciliaria desde el punto de vista social, pero también desde el económico. Hay que tener en cuenta que el presupuesto del referido año ascendió a la cantidad de 58.190 pesetas, suponiendo por tanto la asistencia de cada enfermo al Ayuntamiento un coste de 7,18 pesetas. Resulta también interesante detallar, por último, cómo invirtió el Ayuntamiento gaditano el presupuesto de la asistencia domiciliaria en el referido año de 1888:

- Pago del personal facultativo.....	29.690 pesetas.
- Servicio farmacéutico.....	17.200 pesetas.
- Socorros domiciliarios.....	11.300 pesetas.
Total.....	58.190 pesetas.

2. LAS CONDICIONES HIGIÉNICAS Y LA ARQUITECTURA DE LOS HOSPITALES.

Este apartado del artículo está íntimamente correlacionado con el anterior, por tanto los autores de las tesis doctorales citadas, así como los higienistas u otros teóricos nos van a seguir ayudando a profundizar en el problema. Efectiva-



mente, los aspirantes al título de doctor se interesaron en sus tesis con cierta frecuencia por las condiciones higiénicas de los hospitales. Casi todos los consultados suelen estar de acuerdo en que el mejor lugar para construir un hospital es en las afueras de las ciudades, en un punto elevado donde no sean constantes los vientos reinantes de la población. En cuanto a la arquitectura del hospital unos apuntan el modelo en “forma de herradura” (Vega Elorduy, 1869), mientras que otros se decantan por el modelo en “forma de pabellones” rodeado de jardines (Castro Lorca, 1870; Gomar García, 1870). Sobre el número de pacientes en cada sala, unos piensan que 40 es el número adecuado (Castro Lorca, 1870), mientras que otros reducen la cifra a 24 y a 30 (Ruiz Berdejo, 1869). Sobre el suelo del hospital se apunta que debe ser de madera (Vega Elorduy, 1869), las camas de hierro con jergón de paja y colchón de lana, y la vajilla debe preferirse la de loza frente a las de estaño u hoja de lata que tienen el riesgo de oxidarse (Castro Lorca, 1870). La ventilación de las salas es un tema muy debatido y encontramos opiniones variadas como, por ejemplo, que las ventanas de corredera y los orificios deben estar a raíz del suelo (Pérez Fuentes, 1869), o todo lo contrario situar las aberturas para la ventilación en los puntos más altos de las enfermerías casi tocando el techo (Vega Elorduy, 1869). Para la fumigación de las “emanaciones” y “miasmas” se señalan, por ejemplo, las de vinagre hirviendo disuelta en alcanfor o la fórmula de Smith (ácido sulfúrico de 66°, agua y nitrato potásico pulverizado) (Pérez Fuentes, 1869).

No puede extrañarnos que se discuta sobre las cualidades higiénicas de los hospitales, sobre todo

si tenemos en cuenta que la situación real de los mismos en España dejaba mucho que desear. Sin ir más lejos, Concepción Arenal hizo denuncias muy concretas para que se introdujeran reformas serias e incluso se manifestó partidaria de la asistencia extrahospitalaria (Romero Maroto, 1988). Las denuncias de la escritora ferrolana fueron constantes y se centraron en casi todas las vertientes hospitalarias: cuidados de enfermería y asistencia médica; alimentación; la administración de medicamentos, etc. Arenal defendió con firmeza sus ideas críticas al medio hospitalario. Veamos un ejemplo:

“El Estado reconoce la obligación de amparar al desvalido, luego el Estado reconoce también el deber de que este amparo sea tan completo como fuere necesario y posible. El hecho de establecer un hospital, lleva consigo el derecho que el enfermo tiene de hallar en él cuanto su estado reclama”.

Merece la pena transcribir el siguiente párrafo de la escritora gallega, ya que sintetiza perfectamente todo lo que queremos decir (López Piñero, 1971).

“Salvo algunas excepciones, debidas a individuales esfuerzos, el estado de nuestros establecimientos de Beneficencia deja mucho que desear. Ni el local, ni las camas, ni la alimentación, ni el vestido son lo que ser debieran. Los locales (...) no suelen tener ninguna de las condiciones que la higiene prescribe, sobre todo cuando se trata de la fatal aglomeración de personas que en ellos se verifica”.

Evidentemente, Concepción Arenal no fue la única voz crítica que reclamaba reformas en los hospitales españoles. Unos años después, en 1882, el catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Cádiz, Benito Alcina Rancé, en el libro al que ya hemos hecho referencia anteriormente, también manifestó su preocupación:

“Comencemos por decir la verdad, indicando que muchos de nuestros hospitales no tienen forma determinada, sino que se han arreglado las cosas según venían bien”.

Benito Alcina señala sobre todo la mala planificación de las construcciones hospitalarias, mostrándose particularmente contrario a los “hospitales monstruos” y partidario de los hospitales pequeños construidos en las afueras de la pobla-

ción con un máximo de dos plantas. En esta época se experimentaron diferentes modelos hospitalarios como el de “*forma estrellada o radiada*”, el de “*forma rectangular*”, el de “*forma de H*”, etc. Benito Alcina defiende que un hospital debe valorarse por sus recursos terapéuticos, pero también por sus condiciones de salubridad; por este motivo hace hincapié en la necesidad de adoptar un modelo hospitalario en forma de pabellones independientes y separados por jardines y patios, coincidiendo con otros higienistas europeos como es el caso del francés Ambroise Tardieu (1884). En cuanto a las aglomeraciones de los enfermos en las salas, obviamente su opinión no es muy diferente de la de Concepción Arenal o de las de reputados sanitarios extranjeros como Levy y Malgaigne. Coincide también con Fauvel y Vallin (1874) sobre la necesidad de aislar en salas específicas a pacientes afectos de viruela, escarlatina, sarampión, difteria, tífus, afecciones puerperales transmisibles, cólera, etc.

Albarracín Teulón, en 1975, publicó un trabajo en el que reflejaba el estado de los hospitales andaluces en la segunda mitad del siglo XIX. El panorama que dibujó en este estudio lo hizo extensible al resto del país, y desde luego no puede ser más desolador. Citemos algunos ejemplos. En 1882, el Hospital de San Juan de Dios de Granada, que albergaba incluso la Facultad de Medicina, tenía las dependencias de la clínica quirúrgica junto al depósito de los cadáveres, la sala de disección y las letrinas. En Córdoba, por ejemplo, el Hospital Provincial de agudos se encontraba en un edificio que fue construido originariamente para que sirviera de escuela. En el mismo existían quince salas habilitadas en las que cabían aproximadamente trescientos enfermos, pero cuando las circunstancias obligaban eran albergados hasta seiscientos, utilizándose incluso los pasillos o las mesetas de las escaleras. Por si esto fuera poco el hospital carecía de sala de operaciones, siendo practicadas las intervenciones quirúrgicas en las mismas salas donde se encontraban ingresados los enfermos. Estos ejemplos concretos, así como otros reflejados por Albarracín Teulón y otros autores como Yáñez Polo (1975), nos ayudan a comprender que en la segunda mitad del siglo XIX hubiera necesidad de debatir sobre las condiciones higiénicas, la arquitectura hospitalaria y la asistencia domicilia-

ria, tanto en la prensa médica, a través de las tesis doctorales o en los tratados de Higiene Pública (Valenzuela y Rodríguez Ocaña, 1993).

3. LOS HOSPITALES “ESPECIALES” Y LOS DISPENSARIOS.

En la segunda mitad del siglo XIX, más concretamente en la década de los ochenta, encontramos que los hospitales se clasificaban de la siguiente forma (Alcina, 1882):

- Hospitales generales, incluyendo los hospitales civiles (provinciales, municipales, particulares) y los militares.

- Hospitales especiales: los provisionales (bajo tiendas, ambulancias, etc.); sifilocomios, leproserías, oftalmocomios, casas de maternidad, hospitales de mujeres, hospitales pediátricos y de ancianos, y las casas de dementes.

Quizás algunos de estos tipos de hospitales merecen que hagamos un comentario más detallado. Así, por ejemplo, el higienista Benito Alcina elogió como modelo de hospital para dementes el utilizado en Francia, en La Salpêtrière, repudiando los “*inmundos calabozos*”, los grilletes y el palo para contener a los que se encuentran en un estado “*furioso*”. Alcina se muestra partidario de la laborterapia, la musicoterapia o incluso de las actividades intelectuales, como las fomentadas por Rodríguez Méndez en el manicomio de San Baudilio de Llobregat, donde los internados publicaban composiciones en verso y prosa en el periódico “*La razón de la sinrazón*”. Cuando los higienistas preconizan, en nuestro país, en las últimas décadas del siglo XIX, la humanización de la asistencia a los enfermos mentales, es sencillamente porque la vida diaria en estas instituciones era muy dura. Como ejemplo puede citarse la visita que el médico Ángel Pulido hizo en 1881 a la Casa de Dementes de Cádiz, en la que tuvo ocasión de presenciar escenas lastimosas que han sido recogidas por Albarracín Teulón (1975).

No quisiéramos pasar por alto en este repaso de la “*asistencia especializada*” a las casas de maternidad; instituciones que fueron concebidas por algunos autores, y en la práctica diaria también, como lugares para acoger a “*las parturientas solteras que no serían bien recibidas en casas de vecinos honrados (y que) necesitan ocultar su vergüenza...*”. La función primordial que se suele

señalar para estas instituciones es la de “*amparar el honor de las mujeres que habiendo concebido ilegítimamente no tienen otro auxilio para el parto*”, evitándose así “*los infanticidios que la vergüenza provoca*” (Hernández Iglesias, 1876). La reglamentación de 14 de mayo de 1852 dispuso que en cada provincia debe existir al menos una casa de maternidad. Nosotros hemos tenido la curiosidad de estudiar los libros de estadística de la Maternidad de Cádiz entre los años 1884 y 1892, comprobando que en estos años ingresaron en la institución un total de 525 mujeres, de las que sólo vamos a destacar aquí un aspecto: el 60,57% de las albergadas eran solteras; el 27,47%, casadas; el 10,47%, viudas; el 0,19%, separadas, y en el 1,33% no consta el dato del estado civil. El alto porcentaje de solteras, nos hace pensar que los graves problemas económicos de estas mujeres, además del rechazo moral por su embarazo, las llevaría a buscar refugio y asistencia en la citada institución de la Beneficencia. Efectivamente, los reglamentos de la Maternidad de Cádiz de los años 1883, 1891 y 1899 precisan que el objetivo de este local es dar acogida a todas las mujeres que habiendo concebido “*legítima*” o “*ilegítimamente*” se hallan en la necesidad de reclamar ayuda. En el reglamento de 1891, por ejemplo, se matiza que habrá dos clases de acogidas: las de pago y las gratuitas. Las de pago podían ingresar desde el quinto mes de embarazo o antes, si fuera necesario; mientras que las gratuitas no pueden acceder a la institución hasta el séptimo mes, a no ser que presenten síntomas de aborto. Todas las mujeres debían prestar juramento de no revelar nunca el nombre de las albergadas que hubieran conocido en el establecimiento, autorizándose incluso que permaneciesen “*veladas*” mientras se hallen en la Casa (Herrera, 1999).

Pero también quisiéramos que en este artículo quedara constancia de algunos aspectos que han sido ya resaltados oportunamente por Riera (1969) y por Valenzuela y Rodríguez Ocaña (1993). La aparición de ciertos “*hospitales especializados*”, o la existencia de salas destinadas al cultivo de una concreta especialidad médico-quirúrgica, es un hecho en el panorama hospitalario español que acontece a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX. En este sentido hay que subrayar al menos el Instituto de Terapéutica Operatoria, creado por el

médico portuense Federico Rubio y Gali, en 1880, en el Hospital de la Princesa de Madrid, centro que como es sabido jugó un papel destacado en el desarrollo de las especialidades quirúrgicas en España; sin olvidar que el propio Rubio, en 1896, fundó una escuela para enfermeras, con la idea de mejorar la calidad asistencial en esta institución (Herrera, 2002a y 2002b). Junto a esta institución liderada por Rubio, debe subrayarse también el Instituto Oftálmico que dirigió José Delgado Jugo en Madrid, inaugurado en 1872, que jugó un papel muy destacado en el cultivo y la enseñanza de la especialidad oftalmológica en nuestro país. Tampoco puede olvidarse que en el desarrollo de la pediatría española ochocentista, entre otros, el madrileño Hospital del Niño Jesús, que fue inaugurado en 1877. Años más tarde, en 1892, el pediatra Manuel Tolosa Latour inauguró en Chipiona (Cádiz) el primer sanatorio marítimo para niños enfermos (Herrera y Doña, 1989). La defensa que de este tipo de asistencia hospitalaria hizo este pediatra durante muchos años de su vida, queda perfectamente recogida, en la ponencia que defendió en el Congreso Nacional de la Tuberculosis, que se celebró en Zaragoza, foro en el que expuso que los sanatorios marítimos contribuyen eficazmente al tratamiento y curación de los niños débiles, raquíticos, linfáticos, los llamados pretuberculosos, los afectos de tuberculizaciones óseas o ganglionares, escrófula-tuberculosis, etc. (Tolosa Latour, 1909).

Un capítulo de especial importancia de la asistencia pediátrica en España lo escribió Vidal Solares al fundar en Barcelona una Gota de Leche en el Hospital de Niños Pobres en 1890. El propio Vidal Solares, en 1914, publicó un artículo en el que recordaba su condición de pionero en la fundación de este tipo de instituciones. Leamos:

“Con anterioridad a la fundación del Consultorio de niños de pecho creado por el doctor Hergott de la Maternidad de Nancy, y del fundado por el doctor Budin en el Departamento de la Maternidad del Hospital de la Caridad de París, y, por tanto, mucho antes que Dufour de Fecamp, en junio de 1894, instituyera “La Gota de Leche” con una organización análoga a la actual, funcionaba ya, desde 1890, en el Hospital de Niños Pobres de Barcelona, que fundó el que suscribe, el Consultorio gratuito de niños de pecho, en el que

además de enseñarse a las madres a criar a sus hijos y darles consejos prácticos sobre higiene infantil, se les entregaba como premio prendas de ropas adecuadas para ellos y se les procuraba gratuitamente, por medio de vales, leche de buena calidad y en cantidad suficiente para atender a su nutrición en los casos que dichas madres no podían lactar a sus hijos, pesándoles periódicamente para comprobar su desarrollo”.

Por último cabe destacar que en las últimas décadas del siglo XIX diversos médicos reivindicaron la necesidad de crear sanatorios para aislar enfermos de tuberculosis. Quizás uno de los más notables defensores de este modelo hospitalario fue Espina Capo que en 1889 escribía que *“la hospitalización independiente del tuberculoso es el punto puesto a la orden del día para el Congreso de la tuberculosis y sería de desear que España llevara algo resuelto en este asunto”*. Es sabido que todavía se tardarían unos años en construir en España este tipo de hospitales, aunque la tuberculosis a finales del siglo XIX y principios del siglo XX causaba infinidad de fallecimientos en nuestro país (Riera, 1969), pero este es un aspecto que requeriría una revisión monográfica.

Finalmente decir que con este artículo hemos pretendido aproximarnos a los principales puntos que se plantearon en la discusión sobre la calidad de la asistencia sanitaria en la España del siglo XIX, apuntando diferentes vertientes que pensamos que se deben abordar para entender correctamente este problema, en el que se entrecruzan los aspectos asistenciales, sociales, económicos, políticos e incluso morales.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

FUENTES

FUENTES MANUSCRITAS:

- Castro Lorca, J. Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1870. Legajo XLVII, expediente 5 (Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz, en adelante A.F.M.C.).
- Gomar García, J. Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1870. Legajo VII, expediente 6 (A.F.M.C.).
- Martín Camacho, R. Asistencias hospitalaria y domiciliaria (tesis doctoral). Defendida en 1874. Legajo III, expediente 4 (A.F.M.C.).
- Pérez Fuentes, C.: Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1869. Legajo XLII, expediente 4 (A.F.M.C.).

- Ruiz Berdejo Camacho, A. Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1869. Legajo XLVII, expediente 6 (A.F.M.C.).
- Vega y Elorduy, F. Condiciones higiénicas de los hospitales (tesis doctoral). Defendida en 1869. Legajo XCIII, expediente 1 (A.F.M.C.).

FUENTES IMPRESAS:

- Alcina Rancé, B. (1882). Tratado de Higiene Privada y Pública. Cádiz.
- Ayuntamiento Constitucional de Cádiz (1889). Estadística de los enfermos asistidos por la Beneficencia municipal domiciliaria durante el año de 1888. Cádiz.
- Ceballos Arroyo, V. (1866). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- Durio Fassa, M. (1862). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- Fauvel y Vallin (1878). Prophylaxis des maladies infectieuses et contagieuses. Comunicación al Congreso Internacional de Higiene. París.
- Fernández Macías, J. (1865). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- Hernández Iglesias, F. (1876). La Beneficencia en España. Madrid.
- Mapelli Valcárcel, J. (1864). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.
- Monlau, P.F. (1862). Elemento de Higiene Pública o arte de conservar la salud de los pueblos. Madrid.
- Tardieu, A. (1884). Diccionario de Higiene Pública y salubridad. Madrid.
- Tolosa Latour, M. (1909). Sanatorios marítimos y sanatorios de altura para niños. Madrid.
- Tolosa Latour, M. (1883). Discurso pronunciado en el Congreso Internacional para la protección de la infancia. Madrid.
- Vidal Solares, F. (1914). "La Gota de Leche del Hospital de Niños Pobres de Barcelona". El médico en casa 3, pp. 2-5.
- Vinuesa Tosar, A. (1866). Asistencia hospitalaria y domiciliaria. Tesis doctoral. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín Teulón, A. (1975): "La asistencia hospitalaria en Andalucía durante la segunda mitad del siglo XIX". En: Libro de actas del IV Congreso español de Historia de la Medicina. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada, vol. 1, pp. 427-430.
- Carasa Soto, P. (1985): El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual. Valladolid.
- Carmona, J.I. (1979): El sistema de la hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen. Excm. Diputación Provincial de Sevilla. Sevilla.
- Carmona, J.I. (1980): Los hospitales en la Sevilla moderna. Excm. Diputación Provincial de Sevilla. Sevilla.
- Carmona, J.I. (1989): "La reunificación de los hospitales sevillanos". En: Los hospitales de Sevilla. Real Academia Sevillana de Buenas Letras de Sevilla, pp. 53-71.
- Carrillo, J.L. (1992): La medicina en el siglo XVIII. Editorial Akal. Madrid.
- García Guerra, D. (1983): El Hospital Real de Santiago (1499-

- 1804). Editorial Atlántico. La Coruña.
- García Martínez, M.J., Valle Racero, J.I., García Martínez, A.C. (1993): "Bernardino de Obregón, un enfermero del siglo XVI. Su papel en la reforma hospitalaria llevada a cabo por Felipe II. El Hospital de Convalecientes de Santa Ana". Qalat chábir. Revista de Humanidades, 1, pp. 60-68.
- Granjel, L.S., Riera, J. (1973). "Medicina y sociedad en la España renacentista". En: Laín, P. (dir.): Historia Universal de Medicina. Salvat editores. Barcelona, pp. 186-188.
- Granjel; L.S. (1986): La medicina española contemporánea. Salamanca, 1986.
- Herrera, F. (1987): La investigación científica en la Facultad de Medicina de Cádiz a través de las tesis doctorales producidas en la misma en el siglo XIX (tesis doctoral). Universidad de Cádiz. Microfichas. Cádiz, pp. 198-208.
- Herrera, F. (1997): Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898-1945). Universidad de Zaragoza. Zaragoza.
- Herrera, F. (1998a): "El estado sanitario de Cádiz según Bartolomé Gómez Plana (1889-1993)". Lluall, 42, pp. 801-804.
- Herrera, F. (1998b): "La obra médica de Benito Alcina Rancé (1853-1902)". En: García Hourcade et al (dirs.): Estudios de Historia de las técnicas, de la arqueología industrial y de las ciencias. Junta de Castilla y León, tomo II, pp. 859-867.
- Herrera, F. (1988): "El reglamento de la beneficencia municipal domiciliaria de Cádiz de 1873". Gades, 17, pp. 185-196.
- Herrera, F. (1998-1999): "La Casa de Maternidad de Cádiz a finales del siglo XIX". Híades. Revista de Historia de la Enfermería, 5-6, pp. 271-283.
- Herrera, F. (2000): Gavilla de médicos gaditanos. Quórum libros editores. Cádiz.
- Herrera, F., Doña, F. (1989): "Manuel Tolosa Latour (1875-1919): impulsor de los sanatorios marítimos para la infancia". Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, 1, pp. 89-97.
- Herrera, F. (2002a): El doctor Federico Rubio y la renovación de la medicina española (1827-1902). Ayuntamiento de El Puerto de Santa María. El Puerto de Santa María.
- Herrera, F. (2002b): "Un acercamiento a la obra de Federico Rubio y Gali (1827-1902)". Revista de Historia de El Puerto, 29, pp. 63-88.
- Imbert, J. (1980): Les hôpitaux en France. Presses Universitaires de France. Paris.
- Laín, P. (1982): Historia de la Medicina. Salvat editores. Barcelona.
- López Piñero, J.M. (1971): Medicina, Historia y Sociedad. Antología de clásicos médicos. Barcelona.
- Marset, P. (1988): "Prólogo". En: Pinel, Ph.: Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía. Madrid, pp. 13-35.
- Pérez Lubelza, C. (1975): "Sobre la aparición de la <arquitectura pública>: La primera etapa constructiva del Hospital Real de Granada". Libro de Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada, vol. 1, pp. 105-115.
- Riera, J. (1969): "Los hospitales especializados en el siglo XIX". Asclepio, XXI, pp. 335-343.
- Riera, J. (1985): Historia, Medicina y Sociedad. Editorial Pirámide. Madrid.
- Riera, J., Riera, L. (1999): Reglamento y ordenanza de hospitales militares en la España ilustrada. Universidad de Valladolid.

- Romero Maroto, M. (1988): El hospital del siglo XIX en la obra de Concepción Arenal. Ed. Diputación Provincial. La Coruña.
- Rosen, G. (1985): De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Siglo veintiuno editores. México.
- Siles, J. (1999): Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara. Alicante.
- Valenzuela, J. Rodríguez Ocaña, E. (1993): "Lugar de enfermos, lugar de médicos. La consideración del hospital en la medicina española, siglos XVIII-XIX". En: La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico. Editorial Complutense. Madrid, pp. 107-131.
- Yáñez Polo, I.E. (1975): "El Hospital Central de Sevilla: Aspectos higiénicos necrológicos en las décadas 1850-1880". Libro de Actas del IV Congreso español de Historia de la Medicina. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada, vol. 1º, pp. 367-372.
- Zaragoza Rubira, J.R. (1962): "Los hospitales españoles en el primer tercio del siglo XIX". Medicina española, 281, pp. 149-158.

