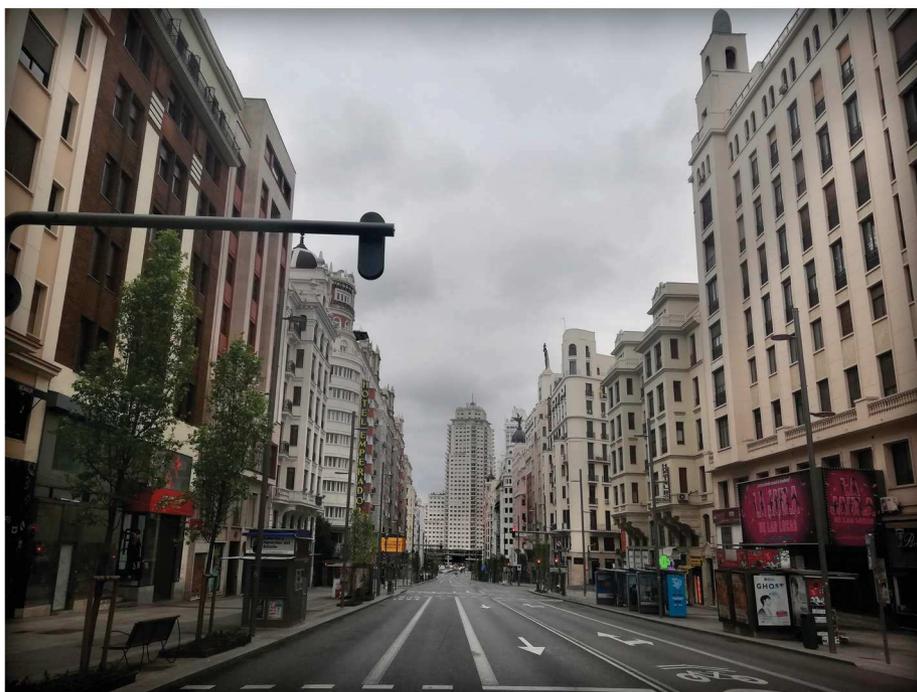


ANALES DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS MADRILEÑOS

TOMO LX



C. S. I. C.
2020
MADRID

Anales del Instituto de Estudios Madrileños publica ininterrumpidamente desde 1966 un volumen anual dedicado a temas de investigación relacionados con Madrid y su provincia. Arte, Arqueología, Geografía, Historia, Urbanismo, Lingüística, Literatura, Economía, sociedad y biografías de madrileños ilustres y personajes relacionados con Madrid son sus asuntos preferentes. Los autores o editores de trabajos relacionados con Madrid que deseen dar a conocer sus obras en Anales del Instituto de Estudios Madrileños deberán remitirlas a la Secretaría del Instituto, calle Mayor, 69, 28013 Madrid, ajustándose a las normas para autores publicadas en el presente número de la revista. Los originales recibidos son sometidos a informe y evaluación por el Consejo de Redacción, contando con el concurso de especialistas externos.

Dirección:

Presidenta del Instituto de Estudios Madrileños: M^a Teresa Fernández Talaya

Consejo asesor:

Rosa BASANTE POL (UCM)
Carlos GONZÁLEZ ESTEBAN (Ayuntamiento de Madrid)
Carmen CAYETANO MARTÍN (Archivo de la Villa)
Enrique de AGUINAGA LÓPEZ (Cronistas de la Villa)
Alfredo ALVAR EZQUERRA (C.S.I.C.)
Carmen SIMÓN PALMER (C.S.I.C.)

Consejo de Redacción:

M^a Teresa FERNÁNDEZ TALAYA (IEM)
Carlos GONZÁLEZ ESTEBAN (Ayuntamiento de Madrid)
Ana LUENGO AÑÓN (Universidad Politécnica de Madrid)
Carlos SAGUAR QUER (Fundación Lázaro Galdiano)
Carmen MANSO PORTO (Biblioteca Real Academia de la Historia)
José Bonifacio BERMEJO MARTÍN (Ayuntamiento de Madrid)
M^a Pilar GONZÁLEZ YANCI (UNED)

Coordinación de esta edición:

Amelia ARANDA HUETE (Patrimonio Nacional)

La revista Anales del Instituto de Estudios Madrileños está recogida, entre otras, en las siguientes bases de datos bibliográficas y sistemas de información:

- Historical Abstracts (<https://www.ebsco.com/products/research-databases/historical-abstracts>)
 - dialnet (Portal de difusión de la producción científica hispana, <http://dialnet.unirioja.es>)
- Latindex Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (<http://www.caicyt-conicet.gov.ar/latindex/>)

Ilustración de la cubierta:

La Gran Vía vacía.

Fotografía tomada en marzo de 2020 durante el confinamiento decretado a causa de la pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2.

Imagen cedida por Francisco Martínez Canales

I.S.S.N.: 0584-6374

Depósito legal: M. 4593-1966

SUMARIO

	<u>Págs.</u>
<i>Memoria del Instituto de Estudios Madrileños. Año 2020</i>	9
<i>La fuente en memoria de Juan de Villanueva, un intento fallido de ordenar el entorno urbano de la glorieta de Atocha</i> RAÚL GÓMEZ ESCRIBANO	25
<i>Et in arcadia ego: enfermedad y muerte en Aranjuez</i> MAGDALENA MERLOS ROMERO	39
<i>Melleiro Hermanos, joyería francesa en la corte madrileña de los siglos XIX y XX</i> AMELIA ARANDA HUETE	67
<i>El Reservado de los Jardines del Buen Retiro (Madrid): la Montaña artificial</i> CARMEN ARIZA MUÑOZ	125
<i>Real Bosque de La Moraleja</i> M ^a TERESA FERNÁNDEZ TALAYA.....	145
<i>El Panteón de los duques de Fernán Núñez en Barajas: arquitectura funeraria de la nobleza del siglo XIX</i> MARÍA ISABEL PÉREZ HERNÁNDEZ.....	201

<i>El pintor madrileño José Méndez (1818-1891)</i>	
NIEVES PANADERO PEROPADRE	235
<i>Nuevas aportaciones sobre la primera Casa Profesa de Madrid de la Compañía de Jesús</i>	
MARTÍN CORRAL ESTRADA, JAVIER RODRÍGUEZ CALLEJO Y ALEJANDRO CASTAÑO TORRIJOS	275
<i>Las pinturas de 1659 del Salón de los Espejos y la participación de Velázquez</i>	
JUAN MARÍA CRUZ YÁBAR	303
<i>El Palacio Real de Madrid en La de Bringas, de Benito Pérez Galdós</i>	
PEDRO CARRERO ERAS	339
<i>La zarzuela “Gran Vía” y la asistencia hospitalaria en el Madrid del siglo XIX</i>	
JOSÉ M ^a MARTÍN DEL CASTILLO Y FRANCISCO RAMOS DÍAZ	363
<i>Necrológicas. Antonio Bonet Correa</i>	
BEATRIZ BLASCO ESQUIVIAS	413
<i>Normas para autores</i>	419
<i>Evaluadores</i>	423

**LA ZARZUELA “GRAN VÍA” Y LA ASISTENCIA HOSPITALARIA
EN EL MADRID DEL SIGLO XIX**

**THE ZARZUELA “GRAN VÍA” AND HOSPITAL ASSISTANCE
IN THE MADRID OF THE XIX CENTURY**

Por José M^a MARTÍN DEL CASTILLO

Doctor en Farmacia. Licenciado en Derecho

Francisco RAMOS DÍAZ

Licenciado en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria.

RESUMEN:

Se aborda a lo largo de este artículo la asistencia hospitalaria en el Madrid del siglo XIX y la repulsa de sus ciudadanos a ser ingresados en aquellos hospitales o nosocomios, como queda recogido en sus expresiones más castizas y populares como era la zarzuela, en especial por el prurito de su sentido de la ‘honra’ y la mala opinión que sobre ese tipo de beneficencia tenían, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo desde las instancias oficiales, que no produjeron el efecto deseado, y muchas de las medidas fueron tan efímeras como lo fueron los gobiernos del momento, lo que llevó a numerosos eruditos a pronunciarse sobre una necesidad clamorosa como era la de atender al menesteroso, incluido al enfermo; deplorando el estado de este tipo de asistencia, siempre con escasos recursos; al mismo tiempo que se produce un intenso debate sobre la beneficencia privada y la pública.

ABSTRACT:

Throughout this article, the hospital care in nineteenth-century Madrid and the rejection of its citizens to be admitted to those hospitals or hospitals, as reflected in its most traditional and popular expressions such as zarzuela, especially by the itch of their sense of ‘honor’ and the poor opinion that they had about this type of benefit, despite the efforts carried out from the official instances, which did not produce the desired effect, and many of the measures were so ephemeral as were the governments of the time, which led many scholars to pronounce

on a clamorous need such as that of caring for the needy, including the sick; deploring the state of this type of assistance, always with scarce resources; at the same time that there is an intense debate on private and public charity.

PALABRAS CLAVE: Hospitales. Beneficencia. Pobreza. Zarzuela. Madrid.

KEY WORDS: Hospitals. Benefit. Poverty. Zarzuela . Madrid.

La Zarzuela, algo tan nuestro como lo son tantas otras cosas que nos definen y nos diferencian, cuya fuente de inspiración fue a menudo la realidad del momento, la cotidianidad, que brota en sus números más populares, pero no solo el casticismo más acendrado, sino la preocupación de la calle, los comentarios de los mentideros de arbitristas y ociosos, incluso la crítica social más o menos explícita. Uno de los ejemplos más conspicuo es la célebre ‘Gran Vía’ (fotografía 1) que, gracias a sus autores, nos conduce particularmente a través de uno de sus números más sobresalientes a las cuestiones de la beneficencia y la asistencia sanitaria, ardua cuestión cuyo enfoque sufrió todos los vaivenes que caracterizaron nuestro siglo XIX. Trasladémonos a aquel momento.

Madrid, primeros días del mes de julio del año 1886. En estas fechas estivales, los habitantes de la Villa y Corte tienen dos temas de conversación fundamentales que ocupan tertulias y corrillos. El primero de ellos es el reciente alumbramiento, apenas hace un mes y medio, del que sería nuevo Rey de España con el nombre de Alfonso XIII. Tercer hijo de Alfonso XII y de María Cristina y que, al haber fallecido su padre unos meses antes, es su hijo póstumo. El segundo motivo de conversación, mucho más lúdico, es una obra perteneciente al llamado ‘género chico’ y que desde su estreno el día 2 de este mismo mes en el Teatro Felipe¹ (fotografía 2) ha gustado tanto a los madrileños que en tan solo unos días sus números principales son tarareados por toda la ciudad.

Son sus autores sobradamente conocidos por los aficionados a este género. La música, de Chueca y Valverde y el libreto, obra de Felipe Pérez y González. El cuarto personaje que ha contribuido de forma decidida a su realización es el propio empresario del teatro Felipe Ducazcal². Todos ellos perfectos conocedores del ambiente musical en el que se mueven han sabido aprovechar

1 El Teatro Felipe (1885-1891) se encontraba al inicio del Paseo del Prado, construido en madera, era a modo de sucursal estival del Teatro Variedades. El primero desapareció en 1891 al poco tiempo de la muerte de su propietario Felipe Ducazcal. El segundo desapareció el 28 de enero de 1888 como consecuencia de un pavoroso incendio que ocupó las páginas de los diarios más importantes de la época. (GEA. 2003: 275-277).

2 Felipe Ducazcal (1845-1891). Personaje polifacético y peculiar representante de la vida madrileña de la época. Periodista y fundador del diario “El Heraldo de Madrid”, de orientación democrática y liberal. Empresario y también propietario del Teatro Felipe. Y activista político, amigo y defensor de Amadeo I de Saboya, que encabezó un grupo denominado la “Partida de la Porra” responsable de acciones violentas contra alfonsinos y carlistas.

À MONSIEUR PHILIPPE DUCAZCAL.
PI 7784

LA GRAN VÍA

ZARZUELA EN UN ACTO
Letra de D. FELIPE PÉREZ

MÚSICA de los maestros
CHUECA Y VALVERDE

PARA PIANO, CON LETRA

PIEZAS	PRECIOS
Introducción y polka de las calles.....	6
Valse del Caballero de Girona.....	5
Tango de la Mesajida.....	3
Jota de los Batas.....	5
Maurita de los Maceteros.....	4
La colección de 11 piezas... fjs.	9
Idem de 8 idem..... fjs.	12

Propiedad. Madrid.

Pablo Martín, editor. 4, calle del Correo, 4.

PROPIEDAD PARA TODOS LOS PAISES

PIEZAS NUEVAS DE ESTA OBRA

Vale de la seguridad..... 6 pts.
Pase doble de los sargentos... 4 -

Fotografía 1-Cartel de la zarzuela Gran Vía.

con diligencia, se dice que la obra ha sido compuesta en tan solo tres días, y con gran sentido de la oportunidad el debate que ha creado un novedoso proyecto urbanístico del Ayuntamiento, como es la creación de una gran arteria vial de nuevo trazado que ha de unir la calle de Alcalá con la plaza de España, lo que permitirá descongestionar el caótico casco antiguo de la ciudad fruto de su desordenado crecimiento en el siglo XVII. Y será este proyecto urbanístico el que ha de dar título a la obra en cuestión: La Gran Vía, revista lírico-cómica, fantástico-callejera en un acto.



Fotografía 2- Teatro Felipe.

Efectivamente, la obra se desarrolla en su totalidad en un acto y cinco cuadros, la duración prevista es de una hora y media, género chico no olvidemos, pero lo pegadizo de texto y música es tal, que los números han de ser repetidos una y otra vez con lo que la representación, en su noche de estreno, se alarga mucho más de lo previsto y, como queda dicho, su popularidad fue inmediata y formidable. Y ¿quiénes son los personajes? tipos populares perfectamente reconocibles y, lo que es más novedoso, las propias calles de Madrid.

La partitura es obra conjunta de Pío Estanislao Federico Chueca y Robres, nacido en Madrid el día 5 de mayo de 1846³ en la torre de los Lujanes en la Plaza de la Villa, lugar emblemático por excelencia y que, a modo de augurio, anunciaría el carácter castizo y popular que este autor supo imprimir a su música. Y de su compañero y amigo Joaquín Valverde Durán, nacido en Badajoz el 27 de febrero de 1846. Ambos colaboraron asiduamente en obras tan conocidas como la que nos ocupa y que alcanzaron éxitos similares, “Cádiz”⁴ o “El año pasado por agua”⁵, por ejemplo. Ambos supieron conjuntar perfectamente sus cualidades técnicas, Chueca con menor formación académica pero dotado de una gracia especial para llegar con facilidad al público por su casticismo

3 Hay autores como don José María de Francisco Olmos que consideran que la fecha de nacimiento de nuestro autor sería realmente el 5 de mayo de 1844. (FRANCISCO OLMOS, 1996:102).

4 Estrenada en el Teatro Apolo el 20 de noviembre de 1886 con libreto del gaditano Javier de Burgos. Su famosa marcha militar sirvió para acompañar a los soldados que partían para Cuba y Filipinas. Durante algunos años tuvo la consideración de cuasi himno nacional español. Innumerables veces representada, incluso traducida a otros idiomas, cayó posteriormente en el olvido tal vez debido precisamente a la pérdida de estas últimas colonias en 1898.

5 Se estrenó, también, en el Teatro Apolo el día 1 de marzo de 1889. La “mazurka de los paraguas” es su número más popular.

y sentido del ritmo y Valverde, más académico, músico precoz nacido en el seno de una familia con experiencia también en el mundo de la escena, como su hermana Balbina, actriz de reconocido prestigio, habitual en las tablas del teatro Español y del teatro Lara. Los dos músicos y Felipe Pérez con esta obra pasarán a formar parte de la galería selecta de autores que dieron luz propia a este género a finales del siglo XIX y comienzos del XX, consiguiendo que este género brillara con luz propia, junto con Barbieri, Luna, Serrano, Bretón, Vives, Chapí, Torroba, Ramos Carrión, Fernández-Shaw, Federico Romero y tantos otros que con sus obras contribuyeron, al decir de importantes musicólogos, a la aportación más personal y viva de España al universo lírico (VALLS. 1970: 96).

El tiempo transcurre y se van sucediendo ininterrumpidamente las representaciones, ahora ya en el Apolo (fotografía 3), el teatro construido en la calle Alcalá sobre lo que antaño fuera el convento de Carmelitas Descalzos de San Hermenegildo⁶ al lado de la iglesia de San José, inaugurado el año 1873 y que, por su gran aforo y dedicación a este género musical, recibió el apodo de ‘catedral del género chico’. Noche tras noche el público llena el teatro y se va familiarizando con los números musicales de manera que no solo los más aficionados a este género, sino el pueblo llano de Madrid es capaz de reconocerlos y canturrearlos con tan solo escuchar unas notas o una pequeña frase:

(Vals del Caballero de Gracia)

“Caballero de Gracia me llaman,
y efectivamente soy así,
pués sabido es que a mí me conoce
por mis amoríos todo Madrid.
Es verdad que estoy un poco antiguo,
pero que en poniéndome mi frac,
soy un tipo gentil
de carácter jovial
a quién mima la sociedad”.

(Jota de los Ratas)

“Soy el Rata primero.
Y yo el segundo.
Y yo el tercero.

6 Fundado por fray Nicolás de Jesús María (Nicolás Doria) en 1586, tras haber obtenido licencia del Cardenal D. Gaspar de Quiroga, cuatro años después del fallecimiento de la reformadora Teresa de Jesús, convirtiéndose en la Casa General de los Carmelitas Descalzos. La iglesia fue inaugurada en 1605 y en mayo de 1614 cantó en ella misa Lope de Vega; que tras sufrir distintos avatares como consecuencia de la Guerra de la Independencia y la desamortización de Mendizábal, en 1842 la iglesia dejó de ser carmelita y se convirtió en la actual parroquia de San José. En 1873 se alzó en el antiguo solar del convento que daba a la calle de Alcalá el teatro Moratín, que en 1879 se convertiría en el teatro Apolo hasta 1929.

Siempre que nos persigue
la autoridad,
es cuando muy tranquilos
timamos más”.

(Chotis del Eliseo madrileño)

“Yo soy el “Elisedo”,
un baile de mistó;
yo tengo mis salones
al lao de un parador”.

Pero, sin duda, desde el mismo día del estreno el fragmento que más ha calado en el público madrileño es el conocido como ‘tango de la Menegilda’ que tiene su continuación y respuesta en el ‘tango de Doña Virtudes’. Tanto ha gustado que dicen las crónicas que hubo de ser repetido cuatro veces. Y dice así:

“¡Pobre chica, la que tiene que servir!
Más valiera que se llegase a morir;
porque si es que no sabe por las mañanas brujulear,
aunque mil años viva,
su paradero es el hospital.
Cuando yo vine aquí
lo primero que al pelo aprendí,
fue a fregar, a barrer,
a guisar, a planchar y a coser;
pero viendo que estas cosas
no me hacían prosperar,
consulté con mi conciencia
y al punto me dijo “Aprende a sisar,
aprende a sisar, aprende a sisar.”

Salí tan mañosa, que al cabo de un año
tenía seis trajes de seda y satén.
A nada que ustedes discurran un poco,
ya saben o al menos,
ya se han figurao
de dónde saldría
para ello el parné.
Yo iba sola por la mañana a comprar
y me daban tres duros para pagar:
y de sesenta reales gastaba treinta,
o un poco más,
y lo que me sobraba me lo guardaba un melitar.
Yo no sé cómo fue
que un domingo después de comer.
Yo no sé qué pasó,
que mi ama a la calle me echó;



Fotografía 3- Teatro Apolo.

pero al darme el señorito
la cartilla y el parné
me decía por lo bajo:
“Te espero en Eslava tomando café.”
tomando café, tomando café.”
Después de este lance serví a un boticario,
serví a una señora que estaba muy mal;
me vine a esa casa y aquí estoy al pelo,
pues sirvo a un abuelo
que el pobre está lelo
y yo soy el ama,
y punto final”.

Llegados a este punto, quizás haya habido algo, alguna frase de este texto que haya podido llamar la atención del lector de nuestros días pero que, en su época le habría resultado normal al oyente de la zarzuela, por serle una situación con la que estaba familiarizado, de igual forma que no se habría sobresaltado al escuchar a los Ratas decir que su ‘fe de bautismo la tiene el cura del Saladero’, que al lector actual posiblemente no le diga nada pero a nuestros protagonistas sí, al tratarse de un establecimiento penitenciario que estaba situado en la Plaza de Santa Bárbara y que estuvo en funcionamiento hasta 1887. Tampoco le habría sobresaltado

especialmente escuchar el dúo que mantienen las aguadoras en la zarzuela ‘Agua, azucarillos y aguardiente’⁷, en la que una de ellas le dice a su anteriormente amiga:

“No te pongas tantos moños
ni presumas de honradez
que en la calle de Quiñones,
tú has estado alguna vez”.

Una forma eufemística para la época de echarle en cara a su compañera de oficio que, en alguna ocasión, ha estado ingresada en la Casa Galera o cárcel de mujeres, instalada en las dependencias de la antigua iglesia convento de Nuestra Señora de Montserrat, con posterioridad a la Desamortización de Mendizábal, y cuya entrada estaba precisamente en la calle de Quiñones.

Ejemplos los tres de una realidad social que ahora nos puede sorprender, pero que encajan perfectamente en esos retratos costumbristas y populares que constituyen la zarzuela. Y, de todos ellos, nos fijaremos especialmente en la admonición tan severa que se hace a la criada neófito que todavía no ha adquirido práctica en el arte de la sisa:

“porque si es que no sabe
por las mañanas brujulear,
aunque mil años viva,
su paradero es el hospital”.

Porque cabría preguntarse, al igual que nuestro lector, tal vez desconcertado, ¿qué tiene que ver no saber escamotear unos dinerillos de la compra con acabar en un hospital? Teniendo en cuenta, que según se nos dice en el texto, la Menegilda no aparenta tener ningún problema de salud sino más bien al contrario. ¿No sería más propio advertirle de que adelgazar la bolsa ajena acarrea normalmente problemas con la justicia?

Y ¿qué pensaría si supiera que Francisco de Quevedo ya había avisado de algo similar más de doscientos años antes?, tal cual podemos leer en ‘La vida del Buscón llamado Don Pablos’:

“Y al fin, señor licenciado, un caballero de nosotros ha de tener más faltas que una preñada de nueve meses, y con esto vive en la corte; y ya se ve en prosperidad y con dineros; y ya en el hospital. Pero, en fin, se vive, y el que se sabe bandear es rey, con poco que tenga” (QUEVEDO. 2014: 216).

Para tratar de explicar este aparente contrasentido tendríamos que hacer un ejercicio de imaginación, olvidándonos del presente y situarnos varios siglos

7 Esta zarzuela se estrenó en el Teatro Apolo el 23 de junio de 1897. Música de Chueca y Valverde con libreto de Ramos Carrión. Obra maestra sin duda que refleja el Madrid de los barquilleros, las amas de cría, las aguadoras y otros tantos personajes populares del más puro casticismo.

atrás para ver la evolución de la asistencia hospitalaria. Inicialmente ligada a los monasterios, especialmente numerosos en la ruta jacobea y cumpliendo la obligación cristiana de practicar las obras de misericordia corporales: ‘visitar a los enfermos, dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, dar posada al peregrino, vestir al desnudo, visitar a los presos y enterrar a los difuntos’, estos establecimientos religiosos ofrecían hospitalidad al necesitado, en su caso al peregrino, carente de recursos y alejado de su lugar de origen.

Con el desarrollo y auge posterior de las urbes, esta actividad pasaría a los cabildos catedralicios, gremios y cofradías que orientaron sus cuidados a los menesterosos y enfermos de la propia población y compañeros de oficio.

En el Siglo de Oro siguiendo las directrices marcadas por el Concilio de Trento en cuanto a la caridad, ‘la fe sin obras está muerta’, serían las familias adineradas las encargadas de socorrer a los necesitados a través de donaciones y herencias, garantizándose así a través del ejercicio de la caridad la entrada en el Reino de los Cielos. Casi siempre bajo el amparo o el impulso decidido de los nobles y de la realeza que sancionaban así estas iniciativas de beneficencia privada.

Todo lo cual acabaría conduciendo a una multiplicidad de instituciones pequeñas, inconexas, mal administradas, sin recursos suficientes y en las que la escasa dotación económica acababa sirviendo únicamente para el propio sostenimiento de la institución y poco o nada alcanzaba a los pobres y enfermos asistidos.

Los hospitales medievales fueron, en general, hospitalitos de reducidas dimensiones y capacidad, que atendían indistintamente enfermos, ancianos, pobres, abandonados y transeúntes sin recursos, es decir, eran hospitales, asilos y albergues, todo en uno.

Las sucesivas oleadas de calamidades que azotaban periódicamente las ciudades habían fertilizado el terreno para el desarrollo de la beneficencia. El terreno estaba suficientemente abonado. La iniciativa eclesiástica, por un lado, y por otro, la estatal y particular, iban a dar vida a centenares de institutos donde remediar las miserias y enfermedades humanas. Todos los gremios y hermandades, según iban surgiendo, procuraban ser dueños de hospitales propios, a los cuales se agregaban los centros establecidos mediante fundaciones piadosas nacionales y hasta extranjeras, como si fueran parte consustancial de su razón de ser. Algunos de estos establecimientos eran auténticos hospitales, incluso, especializados; otros eran meras fundaciones benéficas donde no figuraban para nada el médico, el cirujano y el boticario. Los hospitales vivían de limosnas o de rentas, pues habitualmente eran dueños de tierras y casas procedentes de legados, así como de juro y censos. Algunos en cantidades sorprendentes; poseían su propio cuadro médico y administrativo, incluida, con cierta frecuencia, una botica; y no les faltaba el capellán y la capilla. Los centros benéficos y fundaciones lo mismo estaban representados por casas-cunas, que por legados para casar y dotar doncellas, que por la actividad caritativa de una parroquia o hermandad (limosnas, comida, ropa). Muchas casas particulares,

socialmente prestigiosas y económicamente pudientes, desplegaban asimismo esta tarea altruista a favor del prójimo. Estos lugares a mitad del siglo XVI eran cientos y tantos, muy sabiamente ordenados repartidos por toda la geografía nacional, y los más dellos cada uno dispuesto para una particular enfermedad', en cuanto a atención sanitaria se refiere, por lo que al hablar de beneficencia es necesario retomar la cuestión de los hospitales, citando otros que los ya mencionados, y ocuparse de otro tipo de centros que formaban parte de una amplia e ineficaz red de beneficencia cuya eficacia y eficiencia, a pesar de la labor que desarrollaban, dejaban que desear.

No obstante, conviene tener en cuenta que el concepto de hospital que se tenía en la antigüedad no coincide con el de hoy. Los hospitales del siglo XVI eran más bien asilos, o especie de posadas para albergar al desvalido o transeúnte, y, cuando funcionaban como instituciones para curar, lo hacían conforme al estado de desarrollo de las ciencias en aquel momento, de acuerdo con los conocimientos existentes, por los que hoy llamaríamos profesionales sanitarios.

A veces más despacio de lo que parecía deseable, esta cuestión relacionada con las diferentes ramas del saber, fueron evolucionando antes, durante y en los primeros años después del Descubrimiento, fueron surgiendo una serie de hospitales que, apartándose de las meras actividades de asilo o refugio de menesterosos, que hasta entonces tenían asignadas como instituciones de caridad, adoptaron métodos propios en una incipiente organización de la sanidad, a pesar de que a los solicitantes de plaza en un hospital todavía se les exigía condiciones tan estrictas como haber nacido en el lugar y ser bautizados y cristianos viejos. Cuando no se cubrían todas las plazas por los naturales de la ciudad, se proponía para su ingreso a los parientes de los hermanos cofrades, pero tenían que demostrar el parentesco aportando a los demás documentos el correspondiente árbol genealógico. La actividad propiamente sanitaria de estos hospitales se centraba en la especialización de la enfermedad que combatían.

Los casos anteriores nos llevan a referirnos al pobre enfermo, aquél que a su indigencia o precariedad unía el padecimiento de alguna patología, y que si bien podía encontrarse en completo desamparo o abandono, le cabía la posibilidad de ser admitido en algún establecimiento sanitario, tanto de forma transitoria hasta una mejoría de su mal, o de forma más duradera según la gravedad de su dolencia, siempre que la especialización y la capacidad asistencial del establecimiento lo permitiera. En aquellos tiempos, los hospitales eran centros de caridad pública destinados precisamente a socorrer a los menesterosos, de tal manera que en líneas generales podemos decir que eran hospitales para pobres; en consecuencia, los que ingresaban en ellos o se beneficiaban de su asistencia, salvo algunas excepciones, eran verdaderamente personas necesitadas.

Por lo demás, el propio concepto de hospital era mucho más amplio de lo que hoy día es, entendiéndose mejor como hospedaje, donde se ofrecía hospitalidad, como lugar de acogida o para prestar ayuda caritativa, con la finalidad no únicamente de intentar curar o atender a enfermos pobres, sino también de

recoger ancianos, niños, mujeres, impedidos, e incluso actuar como albergue donde cobijarse y/o recibir algo de comida. El mundo urbano se las apañaba para contar con un buen número de hospitales, aunque no tantos como tónica e hiperbólicamente se suele repetir una y otra vez por apologetas, más que por historiadores, siempre dispuestos a airear las grandezas ‘sin par’ del lugar, pero aun así, que es mucho transigir, a todas luces resultaban insuficientes para atender a los indigentes; es más, al no soler contar con recursos suficientes, su capacidad asistencial era escasa y sus cuidados precarios, siempre valorando que eran establecimientos benéficos que en última instancia tenían una mayor finalidad religiosa o caritativa que sanitaria. En general, se trataba, como venimos diciendo repetidas veces, de una asistencia de carácter social más que hospitalaria propiamente dicha.

La documentación de algunos de estos hospitales proporciona ciertas informaciones sobre los sectores necesitados con padecimientos físicos y/o mentales, que tenían que recurrir a la asistencia caritativa hospitalaria para poder mitigar sus dolencias. Los libros de enfermos son muy ilustrativos al respecto, mostrándonos el alto grado de debilidad y penuria de las personas que ingresaban en estos establecimientos.

La permanencia en el hospital variaba mucho según los casos. Había quienes estaban sólo unos pocos días y quienes, por el contrario, tenían estancias de varios meses. La estancia más habitual parece que se movía alrededor de dos o tres semanas de cuidados asistenciales, al cabo de las cuales el acogido abandonaba el hospital, devolviéndosele la escasa ropa que llevaba en el momento del ingreso y el poco dinero que algunos traían, así como todos sus objetos personales. De esta manera el pobre enfermo se reintegraba a la vida cotidiana, no ya como enfermo, pero sí como entró, pobre (CARMONA. 1993: 57 y ss).

Como el campo de acción estatal era todavía muy reducido, tal vez no pueda hablarse, metafóricamente, de sementera, pues dejaba fuera de su gestión directa aspectos tan importantes como la beneficencia y la cultura, por lo que vemos a la tan denostada y a menudo vilipendiada Iglesia llenar estos dos huecos. Los hospitales son, con gran frecuencia, fundaciones suyas (recordemos los famosos de Santa Cruz y de Tavera en Toledo). También quedan a su cargo las casas de niños expósitos, que nos muestran uno de los aspectos más dolorosos de aquella sociedad, muy vinculado a su particular sentimiento del honor. Los mayores avances en el régimen hospitalario se deben a la iglesia española y, en particular, a la figura de San Juan de Dios⁸ y de Bernardino de Obregón⁹, fundador de los hermanos mínimos.

8 Juan Ciudad Duarte (Casarrubios del Monte [Toledo] 1495 – Granada, 1550), antiguo pastor, soldado y librero. Cambió de vida oyendo a San Juan de Ávila. La primera de sus fundaciones data de 1534 en Granada, a la que siguieron otras tres y otra más en Toledo.

9 Bernardino Gómez de Obregón (Las Huelgas [Burgos], 1540 – Madrid, 1599). Nació en el seno de una familia distinguida. Personaje altivo y arrogante, soldado (San Quintín), que a raíz de una experiencia

Para poner orden y tratar de sistematizar con alguna lógica este tipo de establecimientos, se adoptaron diversas medidas, como la pragmática dictada por Felipe II ordenando la reducción e integración de hospitales (GARCÍA ORO y PORTELA SILVA. 2000: 99), que tendría una especial repercusión en ciudades como Madrid, Sevilla y Valladolid, pero que provocarían no pocos problemas legales con los herederos de los donantes al haber disposiciones testamentarias por medio e incluso con la propia Iglesia que, bien es verdad, acabaría otorgando finalmente su dispensa. Tal iniciativa sirvió para obtener, en la mayoría de los casos, unos resultados modestos de forma y manera que si bien es cierto que en Madrid algunos hospitales se reagruparon dando origen a los Hospitales General y de la Pasión, otros muchos irían apareciendo en años sucesivos por muy diversos motivos.

La pobreza¹⁰ a lo largo de todo el siglo de los descubrimientos y siguientes constituye una constante endémica, formando parte estructural de aquella sociedad y no constituyó nunca un hecho coyuntural, aunque en épocas de penuria que se presentaban de forma inesperada, surgían los pobres coyunturales que venían a sumarse a los estructurales. Pero cabe hacer una diferenciación, como ya se hacía por aquel entonces, entre “pobres vergonzantes” y “pobres de solemnidad”. Los primeros estaban formados por aquellos que trataban de disimular su condición y que eran, por lo general, trabajadores inactivos que tenían el sentimiento de frustrados. Los segundos eran aquellos otros que mostraban abiertamente y sin tapujos su misera parvedad, y que pretendían vivir de la caridad pública o privada, mendigando. Por ello, los censos de mendigos que pudieron llevarse a cabo incluyen prácticamente solo a esta última categoría, que sobrevivía gracias a una densa y multiforme red de asistencia, sobre todo en las ciudades en las que podían

personal con un individuo humilde, decidió dedicar su vida al cuidado de enfermos y necesitados. Fundó en 1567 la Mínima Congregación de los Siervos de los Pobres o Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres, conocida como de los Obregones, que tuvo presencia en numerosos hospitales; pero previamente, en 1579, había instituido en la calle de Fuencarral (en la calle ancha de San Bernardo), en Madrid, el Hospital de Convalecientes de Santa Ana, que en 1587, tras la reestructuración generalizada de los hospitales, pasó al Hospital General, entonces ubicado en la Calle San Jerónimo, con sus treinta y seis hermanos. Falleció contagiado de la peste que aquel año asoló la capital.

En el Pabellón de Docencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón se conserva una placa que dice: “VENERABLE BERNARDINO DE OBREGÓN. FUNDADOR DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANOS OBREGONES Y DEL PRIMITIVO HOSPITAL DE CONVALECIENTES”

10 Cuando hablamos de pobreza, tal y como la analiza Sánchez Ceballos, hemos de tener en cuenta que ésta presenta varias caras, es poliédrica y, por lo tanto, se pueden diferenciar distintas categorías, tales como pobres, indigentes, miserables y mendigos. Distinguiremos, como pobres, los que no tienen otro medio de subsistencia que el producto de su trabajo cuando éste es insuficiente o apenas basta para cubrir sus necesidades más primarias. Indigentes los que no tienen nada ni trabajan para poder adquirir nada. Miserables, aquellos indigentes habituales y harapientos que se encontraban en situación de parvedad extrema. Mendigos los indigentes que piden públicamente limosna. A partir de aquí cabe concluir, como han hecho muchos autores a lo largo de los tiempos y en el siglo que nos ocupa (HERNÁNDEZ IGLESIAS. 1876) que los pobres pueden ser válidos o inválidos, en función de si están incapacitados para trabajar a causa de una enfermedad, o pueden hacerlo, pero no lo hacen por calamidades públicas o vicios de la Administración.

encontrarse con distribución de raciones alimenticias en hospitales, casas de caridad, conventos, parroquias, etc. surgiendo así la picaresca que nutría la historia de multitud de anécdotas y ejemplos que ponían de manifiesto la frecuencia del parasitismo de los falsos pobres.

Ya desde el siglo XVII el Arcediano de Las Valles de la Catedral de Huesca escribió: “deven ser preferidos los pobres vergonzantes, a los que andan pidiendo limosna de puerta en puerta. Y a esta llama San Agustín limosna perfecta; cuando se da de comer al hambriento, sin que llegue a pedirlo” (SÁNCHEZ CEBALLOS. 2015. 51).

Madrid, desde la época de los Austrias, reúne las condiciones ideales para vivir en la calle y de la caridad de la Corte y de los conventos, y es un imán para vagabundos, pobres y desheredados, donde pretendían mantenerse de sopa boba. Constituían lo que Lynch llama ‘masas silenciosas’ que tenían pocos portavoces, pero el ejército de vagabundos, mendigos y desempleados vagaban de monasterio en monasterio en busca de una escudilla de sopa y que infestaban los caminos, en particular los que conducían a la Corte. Grave e inadmisibles error sería juzgar lo que entonces había con criterios actuales, de manera que la única forma de aproximarnos a aquella realidad no puede ser otra que examinarla desde la objetividad histórica. Los pobres y los enfermos no eran desatendidos, sino que el alivio de sus males provenía a través de la caridad, que resultaba a todas luces insuficiente (LYNCH. 2005: 134).

La frecuente distribución de alimentos en las festividades formales, refiriéndonos siempre al mundo urbano, aumentaba en mucho la ingesta de calorías por parte de los más pobres; de hecho, estas celebraciones proporcionaban una parte sustancial de la alimentación de los grupos sociales más desfavorecidos (RUIZ. 2002: 139). Era habitual que las cofradías celebrasen las fiestas con banquetes en los que se invitaba a los pobres en honor del Santo, por ejemplo, San José (19 de marzo), Santiago (25 de julio), San Lorenzo (10 de agosto), Todos los Santos (1 de noviembre), etc.

Los censos de la época ponen de manifiesto la existencia de esa pobreza estructural que hemos mencionado, promediándola entre un 10 y un 20%, a los que había que sumar los coyunturales surgidos como consecuencia de los tiempos de penuria y encarecimiento de los precios, como ocurrió en los diferentes momentos del devenir histórico. Esta cuestión fue objeto de un largo y apasionado debate desde antiguo, situación que fue causa de serias y concienzudas discusiones entre quienes, como Domingo de Soto, defendían el derecho de los pobres a disponer de lugares donde de alguna manera eran atendidos y rechazar el trabajo, lo que permitía ejercitar la virtud de la caridad cristiana a quienes podían, o Juan de Medina, Cellorigo y Cristóbal Pérez de Herrera¹¹ que consideraban a los mendigos válidos como impostores y lacra

11 El bachiller Cristóbal Pérez de Herrera (Salamanca, 1558 – Madrid, 1625). Estudió en Alcalá de Henares donde fue discípulo de Francisco Vallés “el divino”. Fue nombrado en 1582 protomédico de las galeras de su majestad y doce años después médico de cámara. Decidido defensor de los

social; de hecho en la literatura de nuestro Siglo de Oro aparecen multitud de ejemplos sobre este hecho, pues esta opción respondía al deseo de sobrevivir sin trabajar pese a estar avocados a una vida difícil, viviendo en barrios miserables y en condiciones marginales, participando del espectáculo en el escenario urbano, y en su caso, de la fiesta y la celebración de la gloria de Dios. Cofradías y benefactores como el arzobispo de Valencia: Tomás de Villanueva, o particulares como es el ejemplo de Simón Ruiz, conocido mercader de Medina del Campo, dotaron hospitales para atenderlos. Era también de agradecer la amplia e importante dotación hospitalaria, por ejemplo, de la ciudad de Toledo, con las dos grandes fundaciones ya citadas de Santa Cruz y Tavera, destinadas a pobres y enfermos. Pero todo esto distaba mucho de ser la solución a una situación que exigía una respuesta múltiple, pues en momentos de crisis graves, este sistema resultaba claramente insuficiente. Así, en los años 1575-1577 los pobres de Valladolid, a pesar de la red asistencial existente, sólo podían comer raíces, hierbas o cardos (BENNASSAR. 2001: 198). A esta situación había que sumar con alguna frecuencia las calamitosas circunstancias producidas por pestes y epidemias, por sequías, por inundaciones, o por malas cosechas, que agravaban la situación hasta resultar altamente preocupante.

El pensamiento cristiano sobre la limosna y la caridad ha ido evolucionando, pero siempre ha mantenido a lo largo del tiempo el respeto a la dignidad de los individuos, sin que pueda interpretarse como falta de aplicación de la ley y las normas emanadas de las autoridades civiles y eclesiásticas.

En aquel momento el debate social sobre esta cuestión no negaba la pobreza, ni lo pretendía, solo buscaba diferenciar la pobreza real de la fingida o fraudulenta y de erradicar la holganza, el vagabundeo y la ociosidad, persiguiendo o controlando la mendicidad.

Como el campo de acción estatal era todavía muy reducido, dejando fuera de su gestión directa aspectos tan importantes como la beneficencia y la cultura, vemos a la Iglesia llenar estos dos huecos. Los hospitales eran, con gran frecuencia, fundaciones suyas. También quedan a su cargo las casas de niños expósitos, que nos muestran uno de los aspectos más dolorosos de aquella sociedad, muy vinculado a su particular sentimiento de la honra¹²

programas sociales que recogió en su obra "Discursos para la protección de los verdaderos pobres, la eliminación de los simuladores, la fundación y el refugio de los pobres" (1598), publicación crucial en el apasionado debate que desde hacía años se venía manteniendo en España.

En el Pabellón de Docencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se conserva una placa que dice: "DN CRISTÓBAL PÉREZ DE HERRERA, PRIMER MÉDICO DE FELIPE II Y DE ESTE HOSPITAL PROMOVIÓ LA FUNDACIÓN DEL ALBERGUE DE POBRES Y LA TRASLACIÓN DEL MISMO A ESTE EDIFICIO" Cellorigo, seguramente influido por Pérez de Herrera, proponía una persecución sin cuartel contra los vagabundos, contra los mendigos que gozaban de buena salud, contra los falsos inválidos, y aconsejaba que se les impusiese a todos ellos el trabajo forzado, que hoy llamaríamos trabajo social (BENNASSAR. 2001: 97 y 203).

¹² Palabra a la que el diccionario da diversas acepciones, de manera que puede ser entendida como estima y respeto de la dignidad propia, o como buena opinión y fama, adquirida por la virtud y el mérito,

y del honor. Los mayores avances en el régimen hospitalario se deben a la iglesia española y, en particular, a la figura de San Juan de Dios.

No obstante lo anterior, Luis Vives en 1781, tres años después del ‘Auto-Acordado por el Consejo’ en 1778 al respecto¹³, abogaba por la intervención de los poderes públicos, principalmente los municipales, para que eviten no solo el problema de la mendicidad, sino para poder diferenciar u separar al verdadero mendigo, al verdaderamente necesitado empobrecido por un golpe o una racha desafortunada, de los vagos que hacían de la desgracia de los demás la justificación de su propia actuación y consumen buena parte de las ayudas que deben ir a los menesterosos auténticos. Las acciones de las autoridades debían pasar por el ‘recogimiento y recolección’ de pobres, su ingreso en casas de Caridad (SÁNCHEZ CEBALLOS. 2015. 59 y ss).

o como demostración de aprecio que se hace de uno por su virtud y mérito; además de como pudor, honestidad y recato, particularmente en las mujeres.

No es propósito de estas líneas exponer en toda su envergadura esta cuestión, sino únicamente apuntar, en líneas generales, lo que para aquella sociedad española suponía el afán de honra como factor determinante de la vida social y personal. Como aglutinante, y a la vez disolvente, de esta vida social era el resultado de la estructura piramidal de la sociedad, organizada en estratos superpuestos, desde el pechero hasta el rey. Cada clase social constituía un escalón. Cada grado superior comportaba honra y dinero por encima de la clase inferior. La honra se expresaba en títulos y en gestos. Si los títulos no eran respetados, se producía la afrenta. Pero la deshonra podía provenir por otras degradaciones de orden social o moral, diferentes en el hombre y en la mujer. La honra ofendida se vengaba con la espada y a veces con la vida, tal y como aparece reflejado en la novela y en el teatro de aquella época. De esta manera, Miguel de Cervantes (1547-1616) relata al tratar del manchego caballero don Alonso Quijano: “Rematado ya su juicio, vino a dar con el más extraño pensamiento que jamás dio loco alguno en el mundo, y fue que le pareció concebible y necesario, así como para el aumento de su honra como para el servicio de la república hacerse caballero andante, e irse por todo el mundo con sus armas y caballo a buscar aventuras y ejercitarse en todo aquello que él había leído que los caballeros andantes se ejercitaban, y poniéndose en ocasiones en peligros donde, acabándolos, cobrase nombre eterno y fama” (CERVANTES, 1605: cap. 1).

El concepto y sentimiento de honra, tan arraigado en el pueblo español desde hacía siglos, venía siendo un complejo fenómeno envolvente, cultural y social, que afectaba en diverso grado a las personas y a los diferentes estratos de la vida familiar, eclesiástica, política y religiosa; pero las mayoría de las veces designa el fenómeno ético social que ahora nos interesa. Importante toque de atención sobre el hecho de sentirse agraviado a causa del concepto personal de honra y no tanto por la causa objetiva que lo provocó, de manera que las causas invocadas para justificar el agravio no guardaban a menudo proporción entre causa y efecto, siendo frecuentemente desmedida o desproporcionada, pudiendo tener su origen en cuestiones baladíes.

Se ha dicho que era una sociedad estamental y jerarquizada, de manera que en un escalón más alto, por encima del pueblo llano, se encontraba la nobleza nueva. Es cierto que la condición de noble tenía una base jurídica, pero se podía adquirir, y nunca fue tan fácil hacerlo como en la primera mitad del siglo XVI para aquel que se lo pudiera pagar.

En el orden social la riqueza lo decidía todo. Desde entonces, la vida social se determinaba más por el contraste entre los ricos y los pobres que por la pertenencia a grupos diversos, haciéndose cada vez más grande la distancia y diferencia entre unos y otros, tanto desde el punto de vista económico como moral, hasta resultar, en ocasiones, una fosa prácticamente insalvable.

13 La situación no es nueva, como sabemos, y por cuestiones de orden se venía regulando la retirada de mendigos de la vía pública, actitud que defiende Vives. El 13 de marzo de 1778 el Consejo de su Majestad sobre el recogimiento de mendigos en Madrid, a fin de evitar tropelías, confusiones o desórdenes, dirige a los Alcaldes de Quartel y los de Barrio quince instrucciones para que ejecuten lo previsto con equidad y de manera constante.

El problema no se resolvió y de él volvieron a ocuparse tratadistas de la materia en el siglo que nos ocupa, por ejemplo, Concepción Arenal que en 1860 diferencia tres tipos de mendigos y qué les correspondía a cada uno de ellos:

“Los inválidos. Los sanos que no hallan trabajo y los vagos. A los primeros, la elección entre el establecimiento de Beneficiencia y la caridad pública. A los segundos, socorros a domicilios, que no podrán ser eficaces si no se organizan debidamente asociaciones caritativas. A los terceros, persecución y castigo: tiene algo de limpio defraudar los sentimientos de piedad y entibiarlos por medio del escarmiento” (ARENAL. 2003. Segunda parte. Cap. II, apartado III).

La estima social más baja afectaba a las ocupaciones consideradas como serviles y viles. Caracteriza a las primeras la pérdida de la autonomía de los que la ejercen, en la medida en que sus personas pasan a situarse bajo la estricta dependencia de un amo y, en muchos casos, quedan disueltas en el seno de la familia que los emplea. Se incluyen en este grupo, principalmente, los domésticos.

Conviene recordar que en aquella sociedad, los individuos de las comunidades, de los más diversos géneros, eran verdaderos sujetos de derechos y deberes y, por lo tanto, potentes generadores del honor social. El encuadramiento y la garantía estaban directamente relacionados con la posibilidad de que se mantenga indeleble la inserción en toda una serie de comunidades, desde las más generales, caso de la vecinal, hasta las más específicas, caso de la gremial. Más allá estaba la tierra de nadie, de los desarraigados, los malentrenidos, los vagantes, los profesionales de la mendicidad, esto es, de aquellos colectivos que eran objeto de una generalizada y profunda suspicacia social (DIEZ. 1992: 106)

En la consideración de la condición pauperizable de la población de trabajadores, las mujeres merecen un comentario aparte. La diferenciación social según el sexo y sus efectos sobre el trabajo y las ocupaciones, con la consiguiente tendencia a la precarización del trabajo femenino, es una causa fundamental de la debilidad de este colectivo.

La pobreza era, pues, para la población que trabajaba, una realidad familiar con la que podían encontrarse cara a cara cíclicamente, a lo largo de la vida, o con la que se dan de bruces para quedar prendidos, definitivamente, en sus redes. Sin embargo, la pobreza no era, por sí misma un desdoro para el honor social. Esto es, la pobreza no tiene por qué comprometer gravemente al *status*, siempre y cuando no atente contra la honestidad de los que la padecen. Bien es cierto que esta matización formal puede resultar extremadamente delicada en su aplicación práctica, pues la pobreza, sobre todo la que adquiere matices de grave carencia y duración en el tiempo, puede obligar al recurso de instancias y a actitudes sociales que lo minan irremediamente.

Como herencia de lo dicho y tras un salto cuantitativo en el tiempo, los hospitales, hospicios y demás centros de caridad funcionaban de manera precaria en Madrid, pues en la mayoría de ellos no se habían implantado la

reforma propuesta por los ilustrados en la época de Carlos III. Establecimientos, casi todos de fundación privada, muy antiguos, regidos o administrados en su mayor parte por personajes de gran relevancia social, nobles descendientes de los fundadores o investidos en sus cargos por el Rey. La mayor parte de estos centros madrileños habían sido fundados por sectores muy concretos y determinados de la sociedad: corporaciones, miembros de familias, religiosos, etc. Solamente eran públicos el Hospital General para hombres¹⁴, el de la Pasión para mujeres, el Hospicio que recogía a todos los pobres a partir de los siete años, y la Inclusa y Colegio de la Paz para atender a los recién nacidos y niños hasta los siete años. Estos últimos estaban financiados por rentas que provenían de sus propietarios, limosnas, donaciones reales, pensiones sobre Mitras y otros bienes de la Iglesia, e impuestos con que se gravaban algunos productos de consumo en la Corte. Sin embargo, eran sumamente impopulares entre los menos pudientes, puesto que su mala atención, suciedad y desorden eran de dominio público. La crisis económica por la que atravesaba el país en las primeras décadas del siglo XIX afectó de forma muy importante a estos establecimientos que se veían imposibilitados para atender a las numerosas personas necesitadas, sobrepasados por la demanda.

Las medidas contra el clero, como la supresión de órdenes monacales y reforma de regulares¹⁵, incluía la suspensión de órdenes hospitalarias como los Hermanos de San Juan de Dios, los Betlemitas o los Hermanos Obregones que tradicionalmente se habían dedicado a la atención de enfermos en hospitales, realizando una labor ejemplar. Su falta fue rápidamente lamentada ante el vacío creado. Además, su vocacional dedicación a los pobres y enfermos les hacía ser muy queridos y populares; de manera que no existiendo profesionales con quien sustituirles, poco más tarde, como no podía ser de otra manera, se les readmitió ante la necesidad de personal competente para atender a los enfermos¹⁶.

La reducción que el Gobierno efectuó en los impuestos sobre los productos de consumo, aduanas y otros¹⁷, supuso un grave quebranto para estos centros, para unos más que para otros, como fue el caso de los Hospitales General y de la Pasión, que por otro lado eran los que atendían a la mayor parte de los enfermos sin recursos de la capital del país. También estos últimos reclamaron ayuda al dejar de percibir estos ingresos. Las Cortes atendieron estas peticiones con bastante prontitud, autorizando al Gobierno: "...para que por vía de donación

14 El Hospital General fue una fundación de Felipe II, y por tanto contó con el apoyo real, y sucesivos monarcas le hicieron importantes legados para su mantenimiento. Siguió siendo hospital real hasta la época de Fernando VII, cuando en las Cortes de Cádiz de 1812 se crearon las diputaciones provinciales, con lo que el Hospital General pasó a denominarse Provincial. En 1823, bajo el gobierno liberal, se regía por las Juntas de Beneficencia para finalmente ser administrado por la Diputación.

15 Decreto de Cortes de 1 de octubre de 1820, de suspensión de órdenes monacales y reforma de regulares. Colección de Leyes y Decretos de las Cortes. Imprenta Nacional. Madrid.

16 Admisión de Hermanos Obregones para la asistencia a enfermos en Hospitales. Archivo de Villa. Sección Secretaría 2, leg. 421, núm. 6

17 Los arbitrios piadosos sobre derechos de aduanas quedaron suprimidos por Real Orden de 1 de enero de 1821. Archivo de Villa. Sección Secretaría 2, leg. Núm. 178.

o limosna o cualquier otro título que estime conveniente, compense a estos piadosos establecimientos”¹⁸.

De manera que a finales del XVIII y buena parte del XIX, todavía se sigue sin dirimir una cuestión básica, fundamental para una correcta asistencia hospitalaria, cual es la distinción entre pobre, menesteroso, mendigo y enfermo, de forma que los hospitales eran centros o instituciones de acogida de una mezcla de gente sin recursos para vivir que lo único que requieren es ‘cobijo, cama y comida’ (de ahí la recomendación de la Menegilda) y verdaderos pacientes, que además de lo anterior requieren cuidados sanitarios propiamente dichos.

La legislación que rigió la sanidad española durante el siglo XVIII y la primera mitad del siglo que nos ocupa consta de pocas leyes sanitarias fundamentales o generales. En su defecto, se promulgo gran cantidad de normas de inferior rango para atender a necesidades concretas, propiciadas por circunstancias específicas.

En los agitados y crispados tiempos de las Cortes de Cádiz no cabe pedir mucho más a la Junta Central y a los diputados constituyentes que el asentar los principios liberales y constitucionales, no sin cierta parcialidad ideológica. Poco tiempo y espacio tuvieron los políticos constituyentes para generar una organización sanitaria, si bien establecieron la competencia centralizada de la sanidad pública en el Gobierno de la Nación y en los delegados o jefes políticos, dando responsabilidades en materia de salubridad y beneficencia a las provincias y municipios, por lo que cabe destacar:

Que si bien las Cortes de Cádiz no llegaron a alcanzar su objetivo de dotar a la Nación de un Código sanitario que encauzara una legislación sanitaria sistemática y coherente, llevaron a cabo actuaciones preparatorias, señaladamente el encargo al Protomedicato de la redacción de un Proyecto en tal sentido.

Que se ocuparon de lo relativo a la sanidad, insertando su reforma en el propio diseño de la nueva estructura administrativa del Estado y pusieron las bases del modelo de Administración y política sanitaria del Estado Liberal que se desarrollaría décadas después.

Que de ellas emanaron las primeras normas en materia sanitaria con rango de ley, las contenidas en la Instrucción adoptada por las Cortes Generales y Extraordinarias mediante Decreto CCLXIX, de 23 de junio de 1813, que tuvo su continuidad en otra de 1823, también planteado como Desarrollo del texto constitucional gaditano (GONZÁLEZ LEONOR y MARTÍN DEL CASTILLO. 2013. 404-405).

El debate sobre las causas y remedios de la menesterosidad y la ordenación de la asistencia forma parte esencial de la construcción del régimen liberal, pues parece diáfano que el paso del Antiguo Régimen al Liberalismo, contribuyó eficazmente a que las nuevas clases dirigentes se preocuparan de asistir, desde una perspectiva diferente, a los colectivos desprotegidos que, hasta la fecha, habían sido atendidos, en gran medida, por instituciones de

18 Orden de las Cortes de 23 de agosto de 1820. Archivo de Villa. Sección Secretaría 2, leg. 168, núm. 180.

tipo eclesiástico o bien por particulares. El Liberalismo vino a aportar una concepción individualista de la vida social que termina plasmándose en una atención especial al pobre y desvalido puesto que el individuo es un sujeto que detenta derechos, tanto públicos como sociales; de manera que se fomenta la asistencia al desamparado, al pobre y al incapacitado, una asistencia que pronto comenzará a llamarse ‘beneficencia’ entendida como un nuevo servicio público (BURGOS. 2006: 263).

Es sabido, pero conviene señalarlo, que los difíciles comienzos del liberalismo, las guerras carlistas y el ocaso del antiguo régimen llevó a que la Constitución de 1812, en los artículos referentes a la beneficencia, dejara claro que ésta es asunto que le corresponde al poder civil, siendo los ayuntamientos los encargados de cuidar de los establecimientos de beneficencia, correspondiendo a las diputaciones velar por el cumplimiento de sus fines y elevar al gobierno los remedios a los abusos que se observaran.

Art. 321. Estará a cargo de los Ayuntamientos:

1º La policía de salubridad y comodidad.

6º Cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, baxo las reglas que se prescriban.

Art. 325. En cada provincia habrá una diputación llamada provincial, para promover su prosperidad, presidida por el jefe superior.

Art. 335. Tocar á estas diputaciones:

8º Cuidar de que los establecimientos piadosos y de beneficencia llenen su respectivo objeto...

Un hito histórico-jurídico clave en la historia de la beneficencia española fue, por lo tanto, la aprobación de la Constitución de 1812, considerada el primer texto constitucional español que sentaba las bases del servicio público de la beneficencia, tal como quedó reflejado en el mencionado artículo 321. Además, en el artículo 335, también reseñado, se responsabiliza a las diputaciones de cuidar de que los establecimientos piadosos y de beneficencia cumplirán sus objetivos. En fin, reclama, por primera vez para el Estado y los organismos públicos, la asunción y el control de la asistencia social y de la beneficencia, incluyendo entre las competencias del ministerio de la Gobernación ‘todo lo perteneciente al gobierno político y económico del reino, como son (...) los hospitales, las cárceles, las casas de misericordia y de beneficencia’.

Al naturalizar esta asistencia como servicio público, el Estado pecó de falta de previsión, pues desmontó muchos de los lugares de acogida de indigentes en virtud del proceso desamortizador, sin reparar en que éstos, habrían de ser necesariamente sustituidos por otros, teóricamente mejores y a la mayor brevedad, teniendo en cuenta, como se ha señalado, que ahora era responsabilidad del Estado hacerse cargo de estas personas.

Por tanto, esta Constitución estableció las bases para la posterior regulación de la beneficencia española, dando lugar a la aprobación de la Ley de Beneficencia de 1822, la cual atribuía la competencia para cuidar de los hospitales de enfermos, convalecientes y locos, las casas de maternidad, los hospicios, las casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, así como la hospitalidad y el socorro domiciliario, a los ayuntamientos¹⁹, juntas municipales y parroquiales, restando el protagonismo a la beneficencia particular y sus fundaciones. Sin embargo, tras la vuelta del absolutismo esta ley fue suspendida, y no se volvió a poner en práctica hasta el restablecimiento de la legislación constitucional en 1836, momento en que las juntas municipales de beneficencia volverían a recuperar las riendas de estas instituciones.

La Ley General de Beneficencia fue promulgada por las Cortes Extraordinarias en febrero de 1822²⁰. Esta disposición ampliaba los principios que las Cortes de Cádiz habían consignado en materia de beneficencia en la Constitución de 1812²¹, en la que delega su ejecución en los Municipios, y en las Juntas Municipales de Beneficencia y a las Juntas Parroquiales como auxiliares de los primeros.

Para su implantación en la capital se constituyó el 31 de marzo de ese año la Junta Municipal de Beneficencia, presidida por el alcalde y siete miembros más, sin embargo, el periodo de actuación de ésta fue muy breve, apenas catorce meses, desde el 31 de marzo de 1822 al 25 de mayo de 1823. Esta Junta Municipal de Beneficencia contaba para atender a los establecimientos a su cargo que eran, en aquellos momentos, el Hospital General, el Hospital de la Pasión, la Inclusa y Colegio de la Paz, y la casa de Socorro (antes Hospicio) con una asignación que mensualmente le pasaba el Ayuntamiento. Esta ascendía 166.000 reales, cantidad totalmente insuficiente para atender las necesidades de todos ellos, aspecto este que aparece reseñado en las actas de todas las reuniones celebradas. Por otra parte, debía percibir las cantidades que produjeran los arbitrios antes citados (VIDAL. 1987: 51).

No obstante, se realizaron por parte de la Junta mejoras en las condiciones higiénicas del Hospital General, trasladando la sala de disección de dicho centro, que se encontraba contigua a las salas de enfermos, al antiguo edificio

19 La Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias, aprobada el 3 de febrero de 1823, en cuanto a la actividad asistencial, prevé, en su artículo 21, que los ayuntamientos procuren que haya facultativo o facultativos en el arte de curar personas y animales, según las circunstancias e idiosincrasia de cada pueblo, señalando a los médicos y cirujanos la dotación correspondiente, a lo menos por la existencia de los pobres, sin perjuicio de que si los fondos públicos lo pueden sufrir, se extienda también la dotación de la asistencia sanitaria a todos los demás vecinos. Es de resaltar esta referencia no solo a la asistencia de los pobres, recogida bajo la labor de la beneficencia, sino a ‘todos los demás vecinos’, encuadrada más en el ámbito de la sanidad). Sin embargo, esta alusión extensiva será matizada por las concreciones posteriores del articulado, más acordes con normas preexistentes y que limitan la acción, en la práctica, a la asistencia benéfica.

20 Ley General de Beneficencia, promulgada el 6 de febrero de 1822. Colección de Leyes y Decretos de las Cortes. Tomo XX, pp. 119-137. Imprenta Nacional. Madrid.

21 Constitución Política de la Monarquía Española, promulgada en Cádiz el 19 de marzo de 1812. Tit. VI. Cap. I, art. 321.

del Hospital de San Juan de Dios destinado en aquellos momentos a almacén del Ejército.

A pesar de los avatares sufridos, el significado de esta Ley tuvo su importancia fundamental como primer paso o pilar para futuras actuaciones, por ejemplo, como punto de partida para la legislación sobre beneficencia dictada durante todo el siglo XIX. Las circunstancias político-económico-sociales que vivió el país en la siguiente etapa absolutista hicieron que las reformas iniciadas quedaran abandonadas, para ser de nuevo revisadas en la siguiente etapa liberal.

Sin embargo, en este convulso y pendular siglo, surgieron de nuevo las tentaciones centralizadoras, manifiestas en la Ley de Beneficencia de 6 de febrero de 1822, que amplía en gran parte los principios constitucionales de 1812, y que se irá acentuando en sucesivas disposiciones. Políticamente, lo más destacable de esta ley es la reducción de todos los bienes de beneficencia a una sola clase, sin tener en cuenta cual fuera su origen y la creación de las Juntas Municipales de Beneficencia como auxiliares de las corporaciones municipales en este campo.

En su artículo 21 establece que:

“Las juntas parroquiales cuidarán de la colecta de limosna, de las suscripciones voluntarias, de la hospitalidad y socorros domiciliarios (...) y de conducir a los establecimientos de beneficencia respectivos a los que no puedan ser socorridos en sus propias casas”.

En el Título VIII, artículo 134, indica que:

“Todos los establecimientos destinados al objeto de la beneficencia no mencionados en esta ley deberán suprimirse, adjudicándose sus fondos a los que queden existentes en la misma provincia, según su respectiva analogía...”

Hay una clara tendencia a la intervención estatal y a la centralización en sus medidas de unificación y ordenación de toda la beneficencia, en su uniformización y secularización, lo que no excusa que las juntas municipales prefirieran en lo posible a las Hermanas de la Caridad, especialmente para las casas de maternidad y la asistencia a los enfermos en los hospitales (LÓPEZ ALONSO. 1992: 142).

Lo que caracteriza este siglo es la consolidación de la secularización iniciada en el siglo anterior de la asistencia social y la sustitución del antiguo sistema, esto se explica porque en la Ilustración se defienden valores nuevos, y por la idea de crear un modelo de beneficencia real y efectivo. En esta línea de la secularización hubo propuestas radicales, defendiendo a ultranza la secularización de la tarea asistencial y su asunción por el Estado, olvidando obcecadamente que éste no disponía de los medios para ello, no obstante, la Iglesia, responsable de la fundación y sostenimiento de una gran parte de los establecimientos que prestaban esta labor social, fue la que más perjudicada resultaría de la legislación

desamortizadora de Godoy promulgada en 1798. Su aplicación supuso un antes y un después, punto de inflexión y de no retorno en el proceso secularizador.

La Ley de Beneficencia se derogó en 1823 con la restauración del absolutismo fernandino, al igual que se hizo con todas las disposiciones del Trienio Liberal y, lo mismo que en los demás casos, tampoco aquí se produjo un total retorno a la situación preexistente en el Antiguo Régimen. Los intentos centralizadores siguieron presentes y volvieron a reaparecer con claridad en la Real Orden de 16 de junio de 1833, por la que se intentó estructurar la beneficencia, aunque dando al clero un gran protagonismo dentro de las Juntas de Caridad (adviértase el cambio de denominación). Sin embargo, la mencionada ley fue restablecida en todos sus términos por el Real Decreto de 8 de septiembre de 1836.

Uno de los fenómenos que contribuyó a la consolidación del régimen liberal fue la desamortización eclesiástica, que además constituyó uno de los elementos claves en el proceso de secularización de la asistencia social. Tras el inicio de la desamortización se redujo el hasta entonces importante papel de la Iglesia en el ámbito de la beneficencia, y a partir de este momento el Estado comenzó a asumir la obligación de prestar la ayuda necesaria a las personas necesitadas. La desamortización se plasmó mediante la aprobación de normas que la amparaban, y al mismo tiempo, tuvo una gran trascendencia en la pérdida de presencia de la Iglesia en el ámbito asistencial, acentuándose su declive y que Rojo expone del siguiente modo: “El decreto, desamortizador, de 1836 y la Ley desamortizadora de 1837 significaron una definitiva secularización de las actividades asistenciales y de su dirección (en ANGUITA. 2019: 94).

Sigue discutiéndose sobre el binomio pobreza-enfermedad, de manera que la carencia de recursos económicos implica una mala alimentación y unas condiciones de vida insalubres, con repercusiones evidentes en la salud de las personas. Y, por el contrario, la falta de salud implica la imposibilidad de trabajar y generar los recursos económicos que permitan la subsistencia de las personas conduciendo inexorablemente a la miseria. Cabe preguntarse por tanto, ¿dónde acaba la pobreza y donde empieza la enfermedad? y viceversa.

Coincidiendo en esto con la opinión de otros autores consultados que establecen que “Hasta bien entrado el XVIII existía un desajuste entre los conocimientos médicos y la asistencia sanitaria, por lo que (...) los hospitales cumplían más una función de asilo que asistencial (...) retiraban de la calle a los indigentes o apestados” y que “Hasta entrado el XIX el hospital es un edificio público donde van a curarse los pobres que no pueden hacerlo en sus casas por falta de medios” (LÓPEZ-RÍOS FERNÁNDEZ y LÓPEZ-RÍOS MORENO. 2017: 19, 121).

De ahí el escepticismo y la aversión que la sociedad madrileña con un cierto poder adquisitivo siente hacia las instituciones hospitalarias y de ahí también que esa misma sociedad quiera recibir los cuidados sanitarios en su propio domicilio²².

22 Esta cuestión fue causa de una profunda y, a veces, apasionada polémica doctrinal, de manera que en 1838 quedó normativamente aclarado que la hospitalidad domiciliaria es la regla y la pública, los establecimientos benéficos, la excepción; argumentando los partidarios del sistema domiciliario que de

Cuando se sienten enfermos llaman al médico que viene a su casa a realizar la consulta. Incluso si el galeno necesita consultar con otros colegas, la interconsulta también se realiza en el propio domicilio del enfermo. El acudir a un hospital, precisamente por las razones apuntadas y por los escasos resultados clínicos observados por parte de la propia sociedad, no se consideraba una opción si se podía evitar.

Este sistema benéfico-asistencial presentaba un marcado carácter heterogéneo que provocó respuestas encontradas entre la población trabajadora, el colectivo más proclive a situarse en su radio de influencia. La población trabajadora rechazará sistemáticamente todas aquellas instituciones benéfico-asistenciales que comprometían o pudieran comprometer su honor social. El caso del Hospital General resulta especialmente indicado para caracterizar las actitudes populares en el asunto que nos ocupa. El principal objetivo de esta importante institución era la atención a los enfermos pobres o, lo que es lo mismo, su clientela potencial no era otra que el conjunto de la población pauperizable en una de las eventualidades más comunes y comprometidas para su supervivencia. Ciertamente, fue la población trabajadora urbana la que llenaba sus salas, con una especial incidencia de los que se inscribían con su título menestral –maestros y oficiales- de los diversos oficios agremiados. Y, sin embargo, el rechazo que muestran las mismas clases populares frente a la institución era total. Este rechazo está atestiguado a dos bandas: por boca de los propios trabajadores, que consideraban el ingreso en la institución como una desgracia que se añadía a la enfermedad, y por los testimonios de importantes tratadistas de la época. Por ambas partes se coincide en el diagnóstico: la población trabajadora solo acudirá al hospital cuando todos los demás recursos asistenciales se hayan agotado y, además, vivirá esta experiencia como intensamente traumática, como la inexorable constatación del último grado de postración al que se ha llegado. En esta misma línea hay que situar la crítica de buena parte de los pensadores reformistas respecto a la institución hospitalaria del momento y su opción por otras alternativas asistenciales, situación que intentó poner a punto con las Diputaciones de Barrio. Estas encarnan el modelo de intervención social propio de la política de pobres, en el que confluyen diferentes aspectos: la práctica discriminada de la asistencia, el control de la población trabajadora urbana, su contribución a una mejora de las condiciones de salud pública (política sanitaria) y la preservación relativa del honor social de los asistidos, al menos en comparación con la institución hospitalaria. Sin embargo, este intento fracasará en su voluntad de consolidar una figura asistencial renovadora, en buena parte por la debilidad de la base financiera en que se sustentaba. La organización definitiva de la asistencia médica domiciliaria de beneficencia solo se sustanciará a finales de siglo.

esta manera todos salen ganando: los enfermos, porque van a disfrutar del calor del hogar y sus familias: los facultativos, de una plaza dotada por la municipalidad; el gobierno, de ver neutralizados los peligros desestabilizadores, y hasta los viejos centros asistenciales, descongestionados de una indiscriminada clientela.

La razón de este rechazo comúnmente extendido y claramente manifestado por la Menegilda, no puede ni debe achacarse, de manera generalizada, solo a las insuficiencias de la atención hospitalaria que, posiblemente, podía en algunos casos competir con ventaja con la que se recibía a domicilio. Todos los datos disponibles apuntan a que este rechazo está íntimamente ligado a la cuestión del *status*. La mezcla sociológica, el trato anónimo y la disciplina que imperaba en las salas del hospital, comprometían gravemente el honor social de la población trabajadora. De manera general regía el principio de que la enfermedad y la muerte son cuestiones que tenían en el seno de la familia la gestión apropiada. La mencionada mezcla sociológica de la institución hospitalaria venía determinada por su carácter general, propiciando la convivencia indiscriminada de enfermos de diversas categorías, y la proximidad infamante de los grupos marginales de mendigos, vagos y malentretidos, además de cobijar bajo el mismo techo a colectivos tan poco recomendables como los hijos ilegítimos (expósitos) y los galicados (sifilíticos), en fin, era aquello sinónimo de batiburrillo y promiscuidad (DIEZ. 1992: 116-117).

Respecto a las restantes instituciones benéficas particulares baste señalar la diferencia que separa a la beneficencia parroquial, que por su mismo carácter no atentaba, en principio, contra el *status* de los socorridos y aquellas otras instituciones que, por sus objetivos expresos, se ocupaban de colectivos marginales: presos, prostitutas, población flotante, etc. La beneficencia parroquial tenía la virtualidad de ejercerse en un medio que respeta el encuadramiento vecinal de los asistidos y que, según casos, podía paliar una situación carencial acomodándose a la entidad social de los mismos: los pobres vergonzantes y los pobres notorios o de solemnidad. De todas formas, este tipo de socorro presuponía la adecuada integración en la comunidad parroquial. No obstante, este sistema cubría parte de las necesidades reales, si bien su eficacia llegaba hasta donde llegaba en función de los recursos que procedían de limosnas y legados, por lo que se daban marcada diferencias entre unas parroquias y otras.

Sirva de ejemplo cuando la madre del protagonista de “La Busca” de Pío Baroja cae enferma en la casa donde trabaja de criada:

“Un día Manuel (el protagonista) se vio bastante sorprendido al saber que su madre no se levantaba y que estaba enferma. Hacía tiempo que echaba sangre por la boca; pero no le daba importancia a esto.

Manuel se presentó en la casa humildemente, y la patrona, en vez de recriminarle, le hizo pasar a ver a su madre. No se quejaba ésta más que de un magullamiento grande en todo el cuerpo y de dolor en la espalda.

Pasó así días y días, unas veces mejor, otras peor, hasta que empezó a tener mucha fiebre y hubo que llamar al médico. La patrona dijo que habría que llevar a la enferma al hospital; pero como tenía buen corazón, no se determinó a hacerlo” (BAROJA. 1969: 134).

La singularización, a través de aproximaciones cuantitativas, como la aplicación de métodos estadísticos, de la situación social (pobreza) como constante compañía de la mayor mortalidad y la mayor morbilidad contribuyó a sancionar la vinculación entre Higiene Pública y reforma social (RODRÍGUEZ OCAÑA. 1987: 11).

La preocupación fundamental era el problema del pobre urbano y las consecuencias de la industrialización. Había que caminar por la senda de la previsión para evitar la condena de la pobreza y sus secuelas morbosas.

Luis Comenge (1854-1916) intentó delimitar de forma precisa la interrelación enfermedad/nivel social, estableciendo, como una primera aproximación, que pobre era el que ingresaba menos de 5 pesetas/día, abonaban menos de 30 ptas/mes de alquiler, poseían cédula de las últimas clases, tenían funeral de caridad o fallecían en asilos, hospitales, cárceles o barriadas extremas. Eran medianos los que poseían rentas que oscilaban entre 5 y 15 ptas/día y satisfacían una cantidad entre 6 y 20 duros al mes en concepto de alquiler; y ricos, por fin, los que superaban dichas cifras (RODRÍGUEZ OCAÑA. 1987: 18-19).

Martín Salazar señalaba como enfermedades de difícil prevención las tróficas:

“...de causas generales no específicas, como son la pobreza, la miseria, la decadencia o desgaste de los organismos por el trabajo, por la fatiga o por la herencia de procesos degenerativos incurables, y solo obedecen a medidas de carácter social que se dirigen al mejoramiento de las familias y las estirpes en el curso, a veces, de muchas generaciones” (MARTÍN SALAZAR. 1913: 62).

La vinculación entre enfermedad y pobreza, a modo de ‘círculo vicioso’ esclavizante, acabó perfectamente incorporado al pensamiento médico hispano a comienzos del siglo XX y fue uno de los argumentos esenciales en la defensa de la implantación de los seguros sociales.

No vamos a realizar aquí una evolución historiográfica del análisis del pauperismo y la asistencia. Solo conviene recordar que nos hallamos aún en los inicios de la edad adulta de este género de investigaciones socio-sanitarias, que además tiene la carencia fundamental de haberse centrado en la asistencia y relegado el pauperismo (otros dicen olvidado).

Llama la atención el afán asistencial en la morfología de mundo urbano moderno y contemporáneo; y no solo en la materialidad de su construcción, más importante aún en la articulación de sus funciones urbanas y en la generación de una serie de servicios municipales urbanos, que hoy admitimos como espontáneos y racionales, y que, sin embargo, han tenido su origen principalmente en instituciones de caridad y beneficencia (CARASA. 1992: 85-86).

Si tratamos el encuentro entre pobreza y asistencia, se percibe un solapamiento en el devenir histórico que permite apreciar este segmento marginal: habitualmente los pobres representan lentas prolongaciones de viejas mentalidades que conviven con las nuevas situaciones en las que se mueven como ajenos, y permiten analizar fácilmente el contraste y la lucha entre los mensajes y modelos innovadores y la resistencia del pasado.

En definitiva, un sistema de hospitales, que conjugaban el tratamiento clínico y el asilo, que daban cobertura a los enfermos pobres y asistencia a las víctimas de las crisis. Este sistema sufrirá una transformación radical cuando se organizó el Estado liberal, iniciándose una etapa de transición que llevaría desde la caridad, como eje de la asistencia social, y del mutualismo gremial, como forma de previsión, a la beneficencia. Pero aún nos encontramos lejos de ello pues el paso de una cultura social protectora a otra previsora fue larga y lenta. Las bases jurídicas y administrativas de la reforma social se inician a finales de siglo, en 1883, cuando se creó la Comisión de Reforma Sociales. La primera Ley de accidentes de trabajo, también conocida como Ley Dato para la Industria es ya de 1900, y en 1903 surge el Instituto de Reformas Sociales que dio origen, en 1908, a un organismo social fundamental, el Instituto Nacional de Previsión.

En el paso de la caridad a la beneficencia la pobreza cobró un nuevo significado, pues pasó a ser contemplada como un freno al desarrollo y un riesgo social, por lo que, en consecuencia, el nuevo Estado debía controlar los establecimientos benéficos.

Debemos considerar el sistema benéfico-asistencial en su globalidad, tanto el institucionalizado como el que se articula en la tupida red asistencial que tejen las relaciones *vis a vis*, esto es, las relaciones personales basadas en la solidaridad, el patronazgo, etc. unas relaciones que acontecen en el seno de los diversos grupos que encuadran a los hombres y mujeres de la época.

La beneficencia particular se articulaba, también, mediante otro tipo de instituciones de carácter más restringido y específico. Sabemos de la existencia de organizaciones parroquiales destinadas al socorro de los necesitados. En ellas podemos destacar el auxilio prestado a los feligreses que, por los más diversos motivos, se encontraban en una situación carencial grave. Eran verdaderos pobres notorios, con nombres y apellidos, que mantienen intacta la salvaguardia de su honestidad simplemente por el hecho de mantener integro su encuadramiento social en la comunidad vecinal y parroquial. El párroco podía, en cualquier momento, y para los más diversos fines, asumir su caución social, mediante el pertinente certificado. Pero, además, estaban los pobres vergonzantes, aquellos que padecían una situación carencial aguda y que no pueden acudir al recurso del trabajo. Normalmente fueron socorridos con discreción, para que su honor social no se resintiera en exceso. Tanto entre los primeros, como entre los segundos, las viudas y los ancianos siempre formaban un colectivo destacable.

La configuración de un nuevo mapa de la asistencia benéfica urbana que, basado en la nueva división territorial de los barrios y en las Alcaldías de Barrio, tomará cuerpo en las Diputaciones de Barrio y en la Junta General de Caridad; y algunas otras novedades más limitadas, caso de los Monte de Piedad para facilitar a las clases populares unas condiciones de empeño de bienes no tan leoninas como las que imperaban en los medios prestamistas privados.

Las Diputaciones de Barrio tuvieron a su cargo la asistencia de los menesterosos de su jurisdicción: ‘el alivio y socorro interino de jornaleros

pobres, desocupados y enfermos convalecientes'. Se trató de un intento de racionalizar la prestación benéfica según criterios diferenciales, características particulares de los colectivos a socorrer, y con la voluntad de actuar en contacto directo con la realidad vecinal, en una demarcación limitada y, en consecuencia, más fácil de conocer y controlar.

Esto es, las actuaciones iban encaminadas a corregir ciertos tipos específicos de pobreza, a la vez que ofrecen un colchón asistencial para los desahuciados de la fortuna. Conviene destacar la múltiple responsabilidad administrativa y ejecutiva que afectaba a la mayoría de las instituciones benéficas y asistenciales, lo que les presta un cierto carácter indefinido, entre profano y religioso. La Iglesia jugó un importantísimo papel, tanto en cuestiones de dirección y gestión, como financieras y de patronazgo, en todo el campo de la política de pobres. Esta presencia eclesiástica se articulaba, según casos, con las responsabilidades de los poderes públicos locales y centrales, la presencia de grupos de notables y de personas económicamente fuertes en una unidad de acción no exenta de tensiones y en la que, a medida que nos acercamos más al final de siglo, y como consecuencia de la reforma de la política de pobres, será perentorio un compromiso más explícito y comprometido entre Iglesia y Estado, un requisito que finalmente no llegará a cumplirse.

La mencionada Ley de Beneficencia de 1822 dispuso la organización de la beneficencia pública dando fundamento a la autonomía de las corporaciones locales. Esta Ley clasificaba los establecimientos en: casas de maternidad, casas de socorro, hospitales de enfermos (generales y especializados), convalecientes y locos y la atención domiciliaria. La atención hospitalaria estaría atendida por profesionales de la medicina y la atención domiciliaria por fundaciones piadosas y por las Juntas Municipales de Beneficencia.

Los dos siguientes textos jurídicos tienen su origen en el contexto normativo creado por la Constitución de 1845²³. La Ley General de Beneficencia de 1849²⁴ y su Reglamento de 1852²⁵ articularon el sistema de beneficencia con

23 Constitución de la Monarquía Española de 23 de mayo de 1845, que consta de trece títulos y 80 artículos, cuyo preámbulo dice: "DOÑA ISABEL II, por la gracia de Dios y de la Constitución de la Monarquía española, Reina de las Españas; a todos los que la presente vieren y entendieren, sabed: Que siendo nuestra voluntad y la de las cortes del Reino regularizar y poner en consonancia con las necesidades actuales del Estado los antiguos fueros y libertades de estos Reinos, y la intervención de sus Cortes han tenido en todos tiempos en los negocios graves de la Monarquía, modificando al efecto la Constitución promulgada en 18 de junio de 1837, hemos venido, en unión y de acuerdo con las Cortes actualmente reunidas, en decretar y sancionar la siguiente Constitución de la Monarquía Española" (ESTEBAN. 1979. 159).

24 La Ley General de Beneficencia, de 20 de junio de 1849, se publicó en la Gaceta de Madrid el 24 de junio siguiente, durante el reinado de Isabel II, siendo ministro de la Gobernación el Conde de San Luis. Asimismo, en el contexto en el que se publicó la Ley y su posterior Reglamento de desarrollo, destacó la figura de Juan Bravo Murillo, quien llegó a ser ministro de Gracia y Justicia (1847), ministro de Fomento (1847-1849), ministro de Hacienda (1849-1850) y presidente del Consejo de Ministros (1850-1852). Es una ley que contaba con un corto articulado, tan solo 21 artículos.

25 Real Decreto de 14 de mayo de 1852, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley General de Beneficencia, publicado en la Gaceta de Madrid el 16 de mayo siguiente, que constaba de cuatro títulos y

carácter fundamentalmente público, fortaleciendo el papel de las provincias y estableciendo un sistema jerarquizado y centralista, con la cúspide en una Junta General de Beneficencia, organismo dependiente del ministerio de la Gobernación, que asumió las competencias sobre el sistema. Ambas normas jurídicas no solamente fueron importantes para constituir la regulación básica y principal de la beneficencia pública española, sino también por permitir la convivencia con los mecanismos e instituciones de la beneficencia particular, puesto que procuraron conciliar los derechos del Gobierno con las instituciones privadas (ANGUITA. 2019: 92). Este *corpus legislativo*, creó las Juntas de Beneficencia, Juntas Generales, Provinciales y Municipales. Las primeras se ocupaban de las necesidades permanentes o especiales, las segundas tenían como principales funciones la atención hospitalaria a expósitos, incapacitados y huérfanos, y las municipales atendían las enfermedades accidentales y se ocupaban de la asistencia domiciliaria.

Esta ley estableció los principios generales del sistema de protección social español decimonónico en todo lo que no fue modificado o derogado posteriormente. Supuso el inicio legal de la estatalización de la asistencia y contenía los principios básicos legales sobre la materia oficialmente reconocida en el país. Señalaba en su artículo 18 que: “Los establecimientos de beneficencia, públicos o particulares, no admitirán a pobres o mendigos válidos”.

En parte, este texto legislativo fue motivado por la incapacidad del Gobierno para poder gestionar las actividades que las entidades benéficas desarrollaban, reconoce a los establecimientos privados de beneficencia y, tres años después, su Reglamento de ejecución vino a sancionar indubitadamente la parcelación entre la beneficencia pública y particular, su organigrama, articulación, competencias, régimen económico y clasificación de los tipos de establecimientos²⁶.

Hay en la Ley y su Reglamento una clara inclinación al centralismo, en la que se contempla la hospitalidad domiciliaria, llegando a conceptualarla en el reglamento como la más importante obligación de los ayuntamientos. Sin embargo, ambas disposiciones trataban de minimizar la competencia de los municipios en beneficio de las provincias, configurando un sistema jerarquizado con una clara vocación centralizadora. No obstante, la nueva regulación no garantizaba expresamente que los pobres pudieran exigir un derecho subjetivo, exigible ante la Administración Pública para que les ofrecieran las prestaciones benéficas.

de cien artículos; entre los que se dicta la fusión de los establecimientos de maternidad y de expósitos, así como las de los de huérfanos y desamparados, el establecimiento del límite máximo de trescientas camas para cada hospital, la separación entre enfermos contagiosos y los restantes, la distinción entre zonas para convalecencias distintas de las de enfermos y, sobre todo, la completa separación entre ambos sexos dentro de los establecimientos.

26 Se instauró un sistema de convivencia en el que se respetaba la iniciativa particular y sus fundaciones de carácter benéfico, que se iban quedando obsoletas, y que obtenían de esta manera carta de naturaleza, siquiera como vía excepcional, conviviendo complementariamente con el sistema público de asistencia, ante la constatación de que el Estado, como era manifiesto, no podía cubrir todas las necesidades sociales de su competencia. Se estructuraba administrativamente el sector benéfico, potenciando inequívocamente su carácter público y admitiendo la complementariedad del sector privado.

El Reglamento destaca que los establecimientos públicos podían ser generales, provinciales o municipales. Los generales eran todos aquellos que exclusivamente se hallaban destinados a satisfacer necesidades permanentes o que reclamaban una atención especial. Los provinciales aquellos destinados a aliviar a la humanidad doliente por enfermedades comunes y la admisión de menesterosos que fueran incapaces para trabajar, arbitrando las casas de maternidad, las casas de expósitos, las casas de huérfanos y desamparados, las casas de misericordia y los hospitales. Y los municipales eran los destinados a socorrer enfermedades accidentales, o conducir a los establecimientos generales o provinciales a los pobres con sus respectivas pertenencias, y a proporcionar a los menesterosos en el hogar doméstico los alivios que reclamen sus dolencias o una pobreza inculpable: casas de refugio, hospitalidad pasajera y, sobretodo, la beneficencia domiciliaria (organizar y fomentar cualquier tipo de socorros domiciliarios, principalmente los socorros en especie).

En cualquier caso, ninguno de los dos textos, junto con la siguiente profusión legislativa y reglamentaria que acarrió, no pudo ocultar el verdadero problema que seguía latente, el problema de fondo: el dinero.

Poco más de un año después, el Real Decreto de 6 de julio de 1853, por el que se clasificaban los establecimientos de beneficencia, preceptúa en su artículo 5 que:

“Clasificado un establecimiento para su objeto y en la categoría que sea más conforme al espíritu de la ley, serán admitidos o continuarán admitiéndose en él pobres que, aunque rigurosamente no le pertenezcan por la clase de su enfermedad o sus circunstancias, careciesen de otro establecimiento destinado especialmente para ellos”.

Este precepto que fue establecido para no marginar a menesterosos por sus patologías, sirvió de rechazo frontal por la sociedad, debido a la mezcolanza que suponía en estos establecimientos, como se ha hecho referencia al hablar, con carácter general, del rechazo de este tipo de asistencia por los individuos

Volcándonos sobre la atención al pobre individualizado, uno de los temas más clásico y recurrente ha sido el de los niños expósitos, pero nos centraremos en las condiciones concretas de las mujeres sin recursos. Desde la perspectiva de la historia de la pobreza pueden aparecer datos esclarecedores para dilucidar si la pobreza de la mujer obedece a su ubicación en el proceso productivo o a su condición femenina. La realidad era que en fecha más próxima a la de nuestra zarzuela, en 1881, había en Madrid 14.029 trabajadoras del servicio doméstico, lo que representaba el 25'4% de las mujeres trabajadoras, envejecidas a menudo prematuramente por el trabajo más que por la edad. (MARTÍNEZ. 2018: 117).

El liberalismo conservador de la Restauración configuró un nuevo marco regulatorio de la beneficencia pública, que se mostró más estable y duradero que el del Sexenio Revolucionario y la I República. Las primeras medidas legislativas debidas a los Reales Decretos de 27 de abril de 1875 y de 27 de enero

de 1885, iban dirigidas a reorganizar el sistema administrativo de beneficencia y no modificaron sustancialmente el marco anterior, conservando la colaboración entre la asistencia pública y privada.

Nuevos cambios y giros en las disposiciones legales pueden hallarse durante la Restauración (1875-1923), a pesar de que fue ésta una época mucho más estable en todos los órdenes, político, social y económico. El 27 de enero de 1885 se promulgaba un Real Decreto por el que se aprobaba la Instrucción para la organización, régimen, administración y gobierno superior de la Beneficencia general, que diferenciaba claramente la pública y la privada que, el 14 de marzo de 1899, se complementó con otro Real Decreto sobre reorganización de los servicios de beneficencia particular y de cómo el gobierno debía ejercer la tutela e inspección.

Madrid destinó del presupuesto del Estado para instituciones de beneficencia e instrucción en 1906 una suma de 1.082.483 ptas., la más alta de todas las regiones, cantidad que sufrió marcados altibajos a lo largo de la década siguiente, incluso llegó a descender por debajo de las 100.00 ptas. en 1913 y 1914, y con cifras superiores a la primera indicada en 1909 y 1915.

La opción intervencionista del Estado en materia social fue avanzando a lo largo de la década de los noventa del siglo XIX.

En cuanto a la situación de los propios hospitales, era la misma que hemos señalado en siglos anteriores: fragmentación, desorganización, escasez de recursos, a lo que hay que añadir el estado ruinoso de la mayoría de los edificios. Todo lo cual llevará a la desaparición definitiva de muchos de ellos o cuando menos su traslado a nuevos emplazamientos más acordes con su naturaleza y, sobretudo, dotados con instalaciones y equipamientos modernos para la época. En cuanto a la construcción de hospitales, ya al inicio del siglo XX, el médico húngaro Philip Hauser, afincado en España, dejó testimonio de los requerimientos para hospitales y hospicios, los edificios debían ser construidos en sitios aireados, lejos del centro de la población, disfrutando de todas las condiciones exigidas hoy día en todo establecimiento colectivo de esta índole, dando a los asilados aire, luz y agua abundantes y de buena calidad, evitando todas las causas y formas de hacinamiento de los enfermos, e introduciendo todos los medios y elementos de limpieza en las salas, en el suelo, en las paredes, en la ropa de cama y de los enfermos, en los corredores, en la cocina, en los retretes y en los patios (HAUSER. 1902: 91).

Todo ello será el reflejo también del cambio de las propias profesiones sanitarias en general, y de la Medicina, Cirugía y Farmacia en particular. Cambios que se iniciaron en el XVIII y tendrán su continuidad a lo largo del XIX y que supondrán el paso de unas disciplinas humanísticas, basadas en el empirismo y, la mayor parte de las veces, fundamentadas en la especulación filosófica, a unas ciencias experimentales basadas en el conocimiento científico. Para ello contarán con el apoyo inestimable de otras disciplinas científicas como la Fisiología, que explicará el funcionamiento interno de los seres vivos con figuras como Claude

Bernard; la Química, que no solo informará sobre las reacciones que se llevan a cabo en estos mismos organismos y que permiten la vida, sino que facilitará el diagnóstico de las enfermedades a través de los análisis clínicos; la Física que contribuirá igualmente al diagnóstico y al tratamiento de las diferentes patologías; y, cómo olvidar a figuras como Pasteur o Koch, que sentarán las bases de la Microbiología y permitirán el conocimiento de las enfermedades infecciosas y de su epidemiología.

De igual manera en cuanto a la Terapéutica y la Farmacia, que con la ayuda de una Botánica más científica y de esa misma Química, se logrará en primer lugar el aislamiento de los principios activos de las plantas medicinales para, en una segunda fase, conseguir su síntesis química a nivel industrial y el desarrollo posterior de nuevos fármacos. No olvidemos que las farmacopeas españolas de finales del XVIII y aún de las primeras décadas del XIX recogen fórmulas magistrales con drogas tales como pezuña de alce, ojos de cangrejo, polvos de momia, cráneo humano, aceite de alacranes, aceite de lombrices, es decir, ingredientes propios de la llamada ‘botica de inmundicia’, así como confecciones a base de perlas y piedras preciosas; y seguían vigentes las omnipresentes sangrías y purgas como consecuencia de la aún en vigor ‘teoría de los humores’.

Cambios que implicarán también mejoras sustanciales en la salud pública y social con reglamentaciones sobre cementerios, suministro de agua potable, eliminación de residuos y alcantarillado, higiene de alimentos y establecimientos agropecuarios, campañas de vacunación, medicina obstétrica e infantil y un largo etcétera que hará del siglo XIX y primera parte del XX un ejemplo paradigmático de lo que puede suponer para la humanidad un cambio especialmente relevante del conocimiento científico.

Pero, no nos desviemos excesivamente del tema que nos ocupa, la atención hospitalaria en Madrid a finales del XIX, pues esta nueva forma de practicar la medicina es otro cantar, nunca mejor dicho, y a modo de despedida de lo que fue y ya no es, sirva como ejemplo el Coro de doctores de la zarzuela ‘El Rey que rabió’²⁷ (fotografía 4):

Juzgando por los síntomas
que tiene el animal,
bien puede estar hidrófobo,
bien no lo puede estar,
y afirma el gran Hipócrates
que el perro en caso tal
suele ladrar muchísimo
o no suele ladrar.
Con la lengua fuera,
torva la mirada,
húmedo el hocico,

27 Música de Ruperto Chapí con libreto de Ramos Carrión y Vital Aza. Estrenada el 20 de abril de 1891 en el Teatro de la Zarzuela de Madrid.

débiles las patas,
 muy caído el rabo,
 las orejas gachas ...
 Todos estos signos
 pruebas son de rabia;
 pero al mismo tiempo
 bien puede probar
 que el perro está cansado
 de tanto andar.
 Doctores sapientísimos
 que yo he estudiado bien
 son, en sus obras clínicas,
 de nuestro parecer.
 “Fermentus virum rabicum
 que incorporus canis est,
 mortalis sont per accidens,
 mortalis sont per se».

Para hacer la prueba
 que es más necesaria,
 agua le pusimos
 en una jofaina
 y él se fue gruñendo
 sin probar el agua.
 Todos estos signos
 pruebas son de rabia,
 pero al mismo tiempo
 signos son, tal vez,
 de que el animalito
 no tiene sed.
 Y de esta opinión nadie
 nos sacará.
 ¡El perro está rabioso!
 ¡O no lo está!

Coro cómico que, una vez más, ironiza con los sanitarios, en este caso los médicos: gremio que desde antiguo venía siendo sucesivamente objeto de mofa, incluso sarcasmo, no sólo en coplas y dichos populares, ripios y refranes, sino en obras de teatro, novelas, etc., a veces procedentes de miembros del mismo ejercicio, como tendremos oportunidad de comprobar a lo largo de estas líneas por eximios escritores de la decimonónica centuria; cosa muy distinta del gracejo y la picaresca que caracteriza a este pueblo de Madrid, variopinto y castizo con sus manolas, chulapos, modistillas, chisperos... Cabe preguntarse si tan deficiente ha sido siempre la formación de los sanitarios a lo largo del tiempo en nuestro país. Han sido frecuentes en todas las épocas obras de distinta índole que con ironía, mejor o peor acierto, se burlan de la figura del médico y del boticario (GIL DE SOTO, 2009). Joseph PÉREZ (2000) se pregunta si es justo el descrédito que nos merecen los médicos de aquel tiempo y si eran tan ignorantes como se afirma. Cabe decir



Fotografía 4- Cartel de la zarzuela “El rey que rabió”.

que, desde el siglo XV, en Castilla, la profesión estaba controlada por el Real Tribunal del Protomedicato, creado en tiempos de los Reyes Católicos (1477), organismo que regulaba su formación y que consistía en tres años de formación, después del bachillerato, en los que se estudiaba a Avicena, Hipócrates y Galeno. Las universidades expedían los grados y el Protomedicato daba la autorización para ejercer. Institución que fue evolucionando y adaptándose a los tiempos, de manera que perduró hasta el siglo que nos ocupa²⁸.

La asistencia liberal se basaba esencialmente en los criterios tradicionales de atención a los pobres alejados del proceso productivo: niños, ancianos, enfermos, inválidos, etc. dejando casi completamente al margen la cobertura de las nuevas situaciones de miseria e inseguridad ligadas a la condición obrera.

28 “Jamás hasta el presente siglo, desde su creación, eligieron los Señores Reyes, médicos, cirujanos, boticarios, sangradores, oculistas, dentistas y destiladores para sus Reales personas, familia, ejércitos, escuadras, sitios reales y hospitales, que no precediese informe del Protomedicato, consejo o dictamen de sus jefes. Si en el uso de agua y alimentos se había de hacer alguna novedad por sus magistrados, dictábalo el Protomedicato; si habían de mudar de residencia, el Tribunal definía cuál era la más saludable ; si en alguna parte de la Península o de las colonias se experimentaba epidemia o peste, de él se derivaban las precauciones contra su propagación y las providencias para su remedio (...) no habiendo cosa que tuviese respecto a la salud de nuestro monarca y sus vasallos que no dependiese de la autoridad del Protomedicato”, tal fue el alegato del diputado Antillón el 7 de septiembre de 1813 en defensa de esta institución (Farrerons. 2011: 15). Institución que a primeros de este siglo tan pronto era abolida como resucitada de sus cenizas, hasta su definitiva extinción

En marzo de 1868 se presentaron, a la reina Isabel II, nuevos Reglamentos que vendrían a definir la asistencia y la organización de los servicios facultativos, con el objetivo de incrementar el bienestar de la población por medio de servicios médicos y farmacéuticos. Asimismo, las nuevas tendencias en la medicina se hacían presentes, defendiéndose incluso, la superioridad teórico-práctica de la homeopatía frente a la medicina tradicional²⁹. Igualmente se buscaba una enseñanza de calidad de los médicos, no solo en los aspectos puramente académicos, sino del conocimiento del ser humano y su relación con su entorno que, de alguna manera, dio lugar a la medicina social, y en particular con la naturaleza, de la que se extraían la mayor parte de los remedios, pues se venía afirmando que los medicamentos procedían del reino vegetal, los alimentos del reino animal y los venenos del reino mineral, situación que en el primero de los casos empezó a cambiar radicalmente a finales de este siglo con la aparición de la síntesis química, el aislamiento y purificación de principios activos, etc. Muchas de las leyes y el derecho derivado estuvieron inspiradas en la legislación de Cádiz y en las líneas generales establecidas en el Trienio Liberal. En particular durante los años 40 y 50, una serie de leyes, reglamentos y reales decretos marcaron lo que hoy llamaríamos la estatalización de la Beneficencia, pero en puridad lo que se produjo fue su provincialización y municipalización, y en consecuencia un reordenamiento general de los establecimientos hospitalarios y asistenciales. En principio, la Ley de 8 de enero de 1845 atribuía a las provincias un ámbito estrictamente doméstico de funciones, que incluía la delegación de las competencias estatales en cuanto a establecimientos benéficos. Tras la mencionada ley, fue sobre todo entre 1847 y 1855 cuando se pusieron los cimientos legales y administrativos del nuevo sistema: en 1847 con la creación de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, en el seno del ministerio de la Gobernación, en 1849 con la Ley General de Beneficencia, en 1852 con su Reglamento y, finalmente, en 1855 con la Ley Orgánica de Sanidad, de 28 de noviembre, que parte del principio de que la administración pública atiende los problemas sanitarios que afectan a la colectividad como conjunto, con un carácter eminentemente preventivo; por lo que queda fuera de su ámbito la función asistencial y la atención a los problemas de salud individuales, de tal manera que en su artículo 64 prevé:

“Las Juntas provinciales de Sanidad invitarán a los ayuntamientos a que establezcan la hospitalidad domiciliaria, y a que creen, con el concurso y consentimiento de los vecinos, plazas de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares, encargados de la asistencia de las familias pobres, teniendo también los facultativos el deber de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios, en cuanto diga relación con la policía sanitaria”.

La ley marcó un hito, pero fue una lástima, en opinión de Muñoz Machado, la ocasión desaprovechada para que “un número no despreciable de establecimientos

29 Esto tan era así que se fundó el Hospital Homeopático de San José

que dependían de la organización administrativa de la beneficencia pública hubieran pasado a depender y ser gestionados por la Sanidad nacional, sin perjuicio de que en ellos se atendiera a los indigentes a título gratuito por quedar inmersos en el campo de las prestaciones asistenciales del Estado, lo que hubiera permitido abrir los hospitales que gestionaba la beneficencia a todos los ciudadanos que lo necesitasen, fueran o no pobres y, por otra parte, proporcionar a los indigentes una asistencia gratuita en estos hospitales en las mismas condiciones que la recibieran los enfermos de pago” (MUÑOZ MACHADO. 1975: 47).

El análisis de la configuración legal de la Asistencia Liberal española permite, pues, afirmar que el nuevo régimen no constituyó, casi en ningún sentido, un sistema de acción social revolucionario. En primer lugar, porque el núcleo central de sus destinatarios seguía siendo esencialmente el mismo al que se había dirigido la acción social del Antiguo Régimen, es decir, expósitos, huérfanos, viudas, enfermos, impedidos, ancianos, quedando muy en segundo plano la atención a las nuevas formas de pobreza, cuya previsión correspondería, fundamentalmente, a los propios individuos. De otro lado, la inmensa mayoría de los métodos de acción social puestos en práctica fueron un trasunto de formas asistenciales conocidas desde tiempo atrás. Por último el protagonismo, indudablemente novedoso, que en este régimen adquirieron los poderes públicos, y que ha permitido hablar de una estatalización, nacionalización o secularización de la asistencia, en ningún momento fue entendido en términos de monopolio; por el contrario, en un país en el que los poderes públicos carecían tanto de recursos como de voluntad política para crear una verdadera red de protección social, la iniciativa particular gozó siempre de un amplio margen de maniobra.

Resulta muy significativo, en primer lugar, lo que sucedió con la antigua red de hospitales. Tras la crisis de la segunda mitad del siglo XVIII y las sucesivas desamortizaciones, muchos hospitales desaparecieron y de los restantes la mayoría perdió su autonomía administrativa, patrimonial y financiera, y pasó a depender en alguna medida de los fondos del Estado, fuese a través de la deuda pública o de asignaciones presupuestarias directas, sobre todo provinciales y municipales. Aunque en ningún momento se llevó a cabo desde el Estado una planificación general que evitase su distribución incoherente y anárquica, Ayuntamientos y Diputaciones intentaron reducir su número y concentrarlos en las zonas urbanas. A principios del siglo XX este proceso de urbanización distaba mucho de hallarse consumado, si bien había producido ya un considerable descenso en los niveles asistenciales de la población rural. En un momento en que la medicina experimentaba progresos decisivos, los hospitales españoles apenas conocieron algún eco de esa mutación radical, y continuaron siendo esencialmente asilos gratuitos para enfermos pobres, indigentes y marginados, a los que aseguraban un albergue (casi siempre de calidad mediocre, donde los acogidos eran mantenidos a costa del establecimiento que normalmente les suministraba arroz, legumbres, patatas, tocino salado, pan, sopa aderezada con

ajo y pimienta [sopas de ajo]), pero rara vez una asistencia médica cualificada. La falta de recursos se traducía, visiblemente, en el estado de las instalaciones, en el régimen de manutención, en la falta de equipamiento, en la pervivencia de un personal auxiliar y farmacéutico escaso y los primeros sin preparación técnica, en la merma de dedicación profesional de la plantilla de médicos, quienes, aparte de percibir una gratificación económica, veían sobre todo su trabajo en el hospital como un factor de prestigio social, una forma de reclutar clientela y un campo privilegiado para la observación y la experimentación. La exigua eficacia curativa de estos centros se manifestaba, en fin, en la elevada duración media de las estancias por enfermo y, sobretodo, en el lento descenso de la mortalidad hospitalaria a lo largo del siglo XIX.

La Beneficencia Provincial de esta época fue muy poco innovadora. En principio, careció de otra perspectiva que no fuera la atención a los sectores más arcaicos de la pobreza, para los que tampoco supo articular otras respuestas asistenciales que modelos ya ensayados como los de hospital, casa de maternidad, casa de expósitos y hospicio. De otro lado, no todos estos problemas recibieron la misma atención por parte de las Diputaciones. En efecto, mientras que especialmente escasa fue su sensibilidad por la creación o fomento de hospitales y, en general, de establecimientos que tuvieran como objetivo la lucha contra la enfermedad, la mayoría de sus fondos se dirigió a financiar la acogida de ancianos, impedidos, vagabundos y expósitos en hospicios, normalmente poco especializados, e incluso.

En comparación con esta Beneficencia Provincial, los fondos aportados por los Ayuntamientos a la acción social fueron aun considerablemente menores. Gran parte de ellos, sobre todo en los pequeños municipios, se destinó a apuntalar el tipo de asistencia tradicional que brindaban los antiguos centros hospitalarios cuya titularidad particular o pública muchas veces resultaba confusa. Sin embargo, aunque casi exclusivamente en las poblaciones de cierta entidad, algunos Ayuntamientos fueron las únicas instancias públicas que desarrollaron fórmulas asistenciales renovadoras.

La principal razón fue que en las ciudades la Beneficencia Municipal se vio obligada a operar sobre una realidad en la que las transformaciones de la pobreza eran más marcadas. Intentado mitigar desequilibrios excesivos (crisis de trabajo, epidemias, carestías...) que pusieran en peligro la tranquilidad pública. La integración de nuevos aspectos sociales, como la sanidad, en el campo de las actuaciones de los servicios municipales, obligó a los Ayuntamientos de los núcleos urbanos a completar los clásicos y elementales métodos asistenciales, unos previstos por la ley y otros forzados por las circunstancias. Entre los servicios permanentes, el más importante fue sin duda la hospitalidad domiciliaria, es decir, la asistencia médico-farmacéutica gratuita a los vecinos pobres en sus domicilios, exigida por la Ley de Sanidad de 1855. En el mismo apartado debemos situar el establecimiento de Casas de Socorro, el albergue de transeúntes y presos pobres, etc.

Incluso, como ha escrito Joaquín Romero Maura: “todos los sacrificios de los religiosos y de cuantos laicos les ayudaban, solo casualmente redundaban en algo que tenía utilidad material para el socorrido. La Iglesia daba, pero no sabía dar” (ESTEBAN. 1992: 132). En efecto, los frutos que esta Beneficencia alcanzó no estuvieron casi nunca a la altura de los recursos humanos y económicos puestos a su servicio, como ocurría con todas las instituciones benéficas de aquel entonces.

No es de extrañar que cuando en 1860 la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas premió la memoria presentada por Concepción Arenal³⁰ en torno al estado entonces de la beneficencia, presentó un panorama desolador:

“el estado de nuestra beneficencia es deplorable: la palabra parece dura, pero tiene una triste exactitud. Los medios de la sociedad antigua no existen, los de la nueva no están organizados, y la humanidad doliente y desvalida sufre cruelmente de este fatal interregno...” (ARENAL. 2003. Primera parte. Cap. II final).

Ya en la parte segunda de su memoria recoge que:

“Salvas 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” (ARENAL. 2003. Segunda parte. Cap. I, apartado III).

Más adelante también comenta la deficiente calidad de los medicamentos que se elaboraban en aquellos establecimientos, frecuentemente confeccionados de cualquier manera y define los tres elementos que constituyen el título de su memoria:

Beneficencia es la compasión oficial que ampara al desvalido por un sentimiento de orden y justicia (...) La Filantropía es la compasión filosófica, que auxilia al desdichado por amor á la humanidad, y la conciencia de su dignidad y de su derecho, y la Caridad es la compasión cristiana, que acude al menesteroso por amor de Dios y del prójimo” (ARENAL. 2003. Segunda parte. Cap. I).

30 En 1861 la Academia de Ciencias Morales y Políticas la premió por su memoria “La beneficencia, la filantropía y la caridad”, el primer galardón otorgado por dicha Academia a una mujer. En dicha memoria hace constar que durante este siglo, en Madrid abrieron los siguientes establecimientos: 1803 Hospital de Mujeres incurables; 1834 Asilo de San Bernardino. 1845 Casa de María Santísima de las Desamparadas y en 1852 el Hospital de Hombres incurables. Todos ellos de fundación privada. La memoria concluye, entre otras cosas, con una visión de futuro: “En nuestro concepto, no hay ninguna ley más difícil de formular que una de Beneficencia, ni ramo en que sean más necesarias y más raras las especialidades. Como lo que importa es menos reformar pronto que reformar bien, convendría tomarse el tiempo necesario para estudiar la materia”, donde se aprecia una crítica a la regulación de la beneficencia que, llevada a cabo precipitadamente, sin la reflexión necesaria, sin tener en cuenta todos los condicionantes de tan complejo problema afirma que: “No dispone lo necesario. No garantiza el cumplimiento de lo que dispone. No señala recursos para proveer a los gastos que han de originarse en caso de que se cumpla lo que se manda. En lugar de mandar resueltamente, es tímida: en lugar de decir: habrá tal o cual, dice a veces: se procurará que haya. ¿Es este el lenguaje de la ley?”.

De aquí la cita que incluye en la portada de su obra: “La Beneficiencia manda al enfermo una camilla. La Filantropía se acerca á él. La Caridad le da la mano”, cuya acción, además, se basa en el cuidado cercano, en la proximidad al menesteroso. Sin embargo, Este concepto no fue pacífico, pues años más tarde Sánchez y Rubio defiende la primacía de la beneficencia sobre cualquier otra actividad encaminada a la atención del necesitado. (SÁNCHEZ CEBALLOS. 2015. 66 y ss).

Durante el periodo de la Revolución Gloriosa y la I República, asistimos a un proceso descentralizador, donde no faltan las críticas, incluso la tajante oposición a que sea el Estado quien se ocupe de la beneficencia, volviendo a postulados propios del Antiguo Régimen, pues en 1870, en opinión de Cervera:

“la beneficencia no corresponde, no debe ser atribución del Estado. Éste no tiene que intervenir para nada en el directo socorro al desvalido, huérfano o enfermo. Móviles de otra índole, sentimientos del orden moral son los que dan vida vigorosa a la beneficencia, que arranca en su origen y no reconoce más fuentes que la caridad y la filantropía” (en FARRERONS. 2011: 75).

La Restauración, en 1875, recupera y trata de dignificar la beneficencia privada, de forma que se refunden todos los servicios de beneficencia en una legislación común, de modo que la beneficencia particular vendrá en obligado auxilio de la pública, y especialmente de la general, aliviando los presupuestos del Estado, y nunca más podrá distraerse de su sagrado destino la hacienda del pobre y del enfermo. Así también la beneficencia pública se organizará como la particular.

Para poner orden en el confuso y disperso marco normativo, el gobierno dictó el Real Decreto de 27 de enero de 1855 que modificaba el existente sobre la Instrucción para el régimen de los establecimientos de beneficencia general, esto es, los sostenidos por el Estado. Y siguen desgranándose disposiciones hasta finales de siglo.

En la práctica, el nuevo régimen normativo alcanzaría unos resultados asistenciales verdaderamente raquíticos, pírricos.

Llegados a este punto, repasaremos a continuación, siquiera brevemente, lo acontecido en estos años con los hospitales más carismáticos de la Villa y Corte.

Comencemos por uno de los más emblemáticos de la ciudad, el Hospital de Nuestra Señora del Buen Suceso, también conocido como Hospital Real de la Corte. Sobre su origen remoto existen diversas opiniones, algunos autores le suponen heredero del hospital de campaña creado por los Reyes Católicos en la guerra de Granada. Se sabe que fue Carlos I quien, en 1529, decidió establecer su ubicación extramuros de la ciudad, en el lugar que posiblemente ocupara otro establecimiento sanitario levantado por Juan II con motivo de la gran peste acaecida en 1438. Fue destinado originalmente a la atención de los empleados de la Casa Real, de ahí su nombre. Un detalle caracterizaba el edificio y le hacía

especialmente querido por los madrileños, el famoso reloj del Buen Suceso. En los acontecimientos del Dos de Mayo tuvo una participación destacada atendiendo a numerosos heridos en los tumultos y, según parece, algunos patriotas también fueron fusilados en su patio por los franceses. A pesar de haber sido restaurado en diversas ocasiones a lo largo de su existencia, su situación era ruinoso y fue derribado en 1856 con motivo de las obras de ampliación de la Puerta del Sol³¹.

Algo similar a lo ocurrido con otra de las instituciones sanitarias más genuinas de la capital, el Hospital de la Concepción de la Madre de Dios u Hospital de La Latina que desaparecerá en 1904³² (fotografía 5) para dar amplitud a la calle Toledo, pero que ya en los años que nos ocupan, de hacer caso a Pérez Galdós en uno de sus libros “El terror de 1824” perteneciente a la serie de los Episodios Nacionales, en el que describe los sucesos ocurridos en ese año, escrito en 1877, y refiriéndose a la plazuela de la Cebada, dejó plasmado:



Hospital de La Latina, 1890.

31 Entre 1865-1868 se levantó un nuevo hospital-iglesia en la calle de la Princesa donde se siguió atendiendo a los servidores de la Casa Real. Posteriormente se convirtió en hospital mixto con salas de militares y otras de civiles acabando como Hospital Militar de Urgencia. En 1936 pasó a ser enfermería de Sanidad militar y Hospital del Aire en 1940. Posteriormente, en 1975, fue derribado y únicamente se conserva de este conjunto una iglesia de estilo moderno.

32 La demolición del conjunto convento-hospital se hizo, al parecer, con la promesa de su reedificación pero únicamente se levantó de nuevo la institución religiosa, si bien, con dimensiones y trazado diferentes a los originales.

“La plazuela de la Cebada, prescindiendo del mercado que hoy la ocupa, desfigurándola y escondiendo su fealdad, no ha variado cosa alguna desde 1823. Entonces, como hoy, tenía aquel aire villanesco y zafío que la hace tan antipática, el mismo ambiente malsano, la misma arquitectura irregular y ramplona. Aunque parezca extraño, entonces las casas eran tan vetustas como ahora, pues indudablemente aquel amasijo de tapias agujereadas no ha sido nuevo nunca. La iglesia de Nuestra Señora de Gracia, viuda de San Millán desde 1868, tenía el mismo aspecto de almacén abandonado, mientras su consorte, arrinconado entre las callejuelas de las Maldonadas y San Millán, parecía pedir con suplicante modo que le quitaran de en medio. La fundación de doña Beatriz Galindo no daba a la plaza sino podridos aleros, tuertos y llorosos ventanucos, medianerías cojas y covachas miserables. La elegante cúpula de la capilla de San Isidro, elevándose en segundo término, era el único placer de los ojos en tan feo y triste sitio.

Esta plazuela había recibido de la Plaza Mayor, por donación graciosa, el privilegio de despachar a los reos de muerte, por cuya razón era más lúgubre y repugnante...” (PÉREZ GALDÓS. 2012: 28-39)³³.

Este hospital surgió de la iniciativa de Beatriz Galindo, camarera mayor y profesora de latín de Isabel la Católica, de ahí su apelativo de ‘la Latina’, y de su marido el general Francisco Ramírez ‘el Artillero’, quienes en fecha tan temprana como 1499 decidieron la fundación de este hospital de la Concepción y de un convento anexo, el de la Concepción Francisca. Las obras fueron realizadas por un alarife denominado Maese Hazan y únicamente se conservan la portada instalada actualmente en la Escuela de Arquitectura de la Universidad Politécnica de Madrid, y parte de la escalera reubicada en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas en la Plaza de la Villa (fotografía 6).

Lo mismo o algo parecido podría decirse de las miserables condiciones en las que se desenvolvía en esos años otro de los grandes hospitales de la capital. El denominado Hospital de Nuestra Señora del Amor de Dios, también llamado Hospital del Amor de Dios o simplemente conocido como Hospital de Antón Martín. Fundado en 1552 precisamente por este religioso, primer compañero y cofundador de la que con el tiempo sería reconocida como Orden Hospitalaria de los hermanos de San Juan de Dios.

Esta fundación contó desde el inicio con la protección de Felipe II y otros miembros de la familia real. Con la unificación de hospitales menores se fusionaron con él los de San Lázaro y San Ricardo o de La Paz también dedicados a enfermedades contagiosas. Se destinó desde el inicio a la atención de todo tipo de enfermedades cutáneas con especial dedicación a las enfermedades venéreas. Precisamente, una gran aportación de este hospital fue la aplicación de tratamientos mercuriales mediante fricciones y también por

33 En el número 12 de esta plaza de la Cebada estuvo ubicada la Sociedad Cuna de Jesús, fundada en 1894 por el marqués de Aledo para inspeccionar los asilos que acogían durante el día a los niños pobres en lactancia. Existían tres: de la Fuensanta, San José y Santa Teresa, que cuidaban las Siervas de María, y las prescripciones dietéticas las realizaban los médicos, ya que solo se admitía a niños con ‘enfermedades constitucionales’ no infecciosas.



Fotografía 6- Escalera del hospital de La Latina.

vía oral con este elemento. Esta terapia mercurial era tremendamente agresiva para los pacientes quienes una vez dados de alta presentaban innumerables efectos adversos graves, especialmente anemia, que les imposibilitaba para una vida normal. Por esta razón, parece ser que a instancias del mencionado Bernardino de Obregón, hubo que disponer en sus proximidades otra institución sanitaria conocida como Hospital de Convalecientes de Unciones para atender a estos pacientes.

Otro mérito que se le reconoce a este hospital es el de haber sido el germen de la especialidad de dermatología, precisamente por su dedicación casi exclusiva y su gran experiencia en todo tipo de afecciones de la piel, su contribución a la clasificación de las dermopatías y a su diagnóstico diferencial.

Sin embargo, en el momento que nos ocupa, sus instalaciones eran deplorables y su estado ruinoso tal cual nos deja escrito Pío Baroja en ‘El árbol de la ciencia’ obra escrita en 1911, en gran parte autobiográfica y que recoge sus tiempos de estudiante de medicina y médico rural entre 1887-1896,

“Aracil, Montaner y Hurtado (protagonista del libro) visitaron una sala de mujeres de San Juan de Dios.

Para un hombre excitado e inquieto como Andrés, el espectáculo tenía que ser deprimente. Las enfermas eran de lo más caído y miserable. Ver tanta desdichada sin hogar, abandonada, en una sala negra, en un estercolero humano; comprobar y evidenciar la podredumbre que envenena la vida sexual, le hizo a Andrés una angustiosa impresión.

El hospital aquel, ya derruido por fortuna, era un edificio inmundo, sucio, mal oliente; las ventanas de las salas daban a la calle de Atocha y tenían, además de las rejas, unas alambreras para que las mujeres recluidas no se asomaran y escandalizaran. De este modo no entraba allí el sol ni el aire” (BAROJA. 2006: 78-79).

Finalmente, en 1897, la Diputación Provincial de Madrid trasladó los enfermos al nuevo Hospital de San Juan de Dios³⁴ en el Paseo de Ronda del Dr. Esquerdo. Esta edificación constaba de una serie de pabellones aislados, unidos por galerías cubiertas y separados por zonas ajardinadas, de acuerdo a las normas arquitectónicas que imperaban en esos años en la construcción de hospitales. Y especialmente importante fue también su ubicación en la periferia del nuevo Madrid lo que le otorgaba unas mejores condiciones de salubridad ambiental.

Hasta aquí hemos asistido a la desaparición de tres de los hospitales más señeros de la ciudad: el de La Latina, el del Buen Suceso y el de Antón Martín. Tres hospitales que, curiosamente, fueron eximidos de la aplicación de la pragmática de Felipe II por ser referentes en su época, pero en los que el paso del tiempo hizo mella en sus instalaciones y, especialmente, su ubicación en el centro de la urbe, hizo inviable por más tiempo su existencia. Sin embargo, dedicaremos las próximas líneas a otra institución que nació, precisamente, de la aplicación de esa misma norma y que, entre sus muchos nombres, sería conocido inicialmente como Hospital General (hombres) y de la Pasión (mujeres) y que por su devenir histórico merecería un comentario más amplio cuando no una monografía.

Según Mesonero Romanos “el ‘Hospital General de Nuestra Señora de la Encarnación y de San Roque’ tendría su origen en 1587 con la reducción de

³⁴ Continuó dedicándose en exclusiva a enfermedades venéreas y afecciones dermatológicas. Sin embargo, dos factores importantes condicionaron su existencia. En primer lugar, la disponibilidad de antisépticos y antibióticos que permitieron el tratamiento ambulatorio de estas patologías y, en segundo lugar, el reconocimiento de la especialidad de Dermatología y su incorporación a la oferta de servicios de los hospitales generales. Estas circunstancias condicionaron su desaparición. En su solar se inauguró en 1968 la Ciudad Sanitaria Francisco Franco, actualmente Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

hospitales menores decretada por Felipe II, uniéndose a él el del ‘Campo del Rey’ en las cercanías de la plaza de la Armería; el de ‘San Ginés’ ubicado frente a su iglesia parroquial, el de ‘Convalecientes’ situado en la calle Fuencarral y el de ‘la Pasión’ (exclusivamente de mujeres) que se hallaba en las cercanías de la ermita de San Millán en la plaza de la Cebada (MESONERO ROMANOS. 1977: 335). La persona designada por el Rey para llevar a cabo esta ingente labor fue Bernardino de Obregón, personaje genuino del Siglo de Oro español con un curioso paralelismo en su biografía personal con el anteriormente mencionado Antón Martín.

Para este autor, la ubicación de este primer hospital estuvo en la calle del Prado, más o menos enfrente del actual Congreso de los Diputados, donde posteriormente se levantó el convento de Santa Catalina. Sin embargo, la carencia de espacio suficiente imposibilitó la reunión de hombres y mujeres por lo que el de la Pasión volvió temporalmente a su antigua ubicación.

En 1603, el conocido popularmente como ‘Hospital General de los Obregones’ se trasladó al ‘Hospitium Pauperum’, un albergue de pobres creado a iniciativa de otro personaje singular de la época, el médico Cristóbal Pérez de Herrera. En 1636 las mujeres del Hospital de la Pasión también serían trasladadas a un edificio anexo en lo que posteriormente se convertiría en el Colegio de Cirugía de San Carlos.

Leamos lo que escribe, en la segunda mitad del siglo XVII, Francisco Santos (1623-1698) excelente autor madrileño que refleja con extraordinario acierto en su obra “Día y noche de Madrid. Discursos de lo más notable que en él pasa” (1663) la sociedad que le tocó vivir:

“Y pues ya es tarde, si te parece, vámonos paseando al Hospital General para que veas una de las mejores casas que tiene España para pobres de todas enfermedades, y de camino veremos la de los Niños Desamparados, a quien recoge el amparo y caridad, que es una casa de mucha consideración” (SANTOS. 2017: 267).

A partir de ese momento la existencia del hospital se tradujo en una serie continua de altibajos, épocas de penuria económica, de subsistencia, sobretodo de escasez de recursos económicos y financieros, a pesar de que para, garantizar su pervivencia, se recurrió a arbitrios y gravámenes sobre una gran variedad de productos de consumo, privilegios como la edición y venta en exclusiva de la gramática de Nebrija, porcentaje sobre las entradas de los teatros madrileños y, aún, arriendo de la plaza de toros. Junto con donaciones, legados de propiedades y un sinfín de ingresos extraordinarios por parte de la hacienda real cuando las circunstancias lo hicieron imprescindible. Sin embargo, la carencia de un presupuesto adecuado a las necesidades, como norma general, hizo de su administración una tarea poco menos que imposible.

Fue coincidiendo con una de estas crisis debida al estado ruinoso del edificio que ocupaba en la calle Atocha cuando Fernando VI encargó un proyecto de nueva construcción al capitán de ingenieros Don José Hermosilla

y Sandoval, quien lo llevó a cabo e inició los cimientos, aunque parece ser que hubo cierta polémica al respecto, y posteriormente Sabatini continuó las obras por orden de Carlos III. Del colosal proyecto original previsto tan solo se construyó el ala sur del llamado “patio grande”. El Hospital General inició sus actividades en este emplazamiento en 1781.

Por sus salas pasaron a lo largo de los siglos los más afamados médicos del momento y tuvieron lugar acontecimientos históricos señalados, desde el punto de vista científico, que marcaron hitos importantes en la historia de la sanidad madrileña y española.

Mantuvo su actividad asistencial hasta 1968³⁵, año en el que se trasladó a la Ciudad Sanitaria Francisco Franco en la calle del Dr. Esquerdo, actual Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

En otra de las alas del inconcluso edificio se creó el Hospital Clínico de San Carlos como lugar de prácticas de los alumnos del adyacente Colegio de Medicina y Cirugía de San Carlos, posteriormente Facultad de Medicina, construido a su vez en el solar del antiguo Hospital de la Pasión. Ambas instituciones se trasladaron en los años 50 del pasado siglo a la Ciudad Universitaria.

La desaparición de otros establecimientos sanitarios, estuvo directamente relacionada con la construcción de la propia Gran Vía. Es el caso del hospital-iglesia de San Luis de los Franceses³⁶, ubicado parcialmente en la calle de Jacometrezo que resultó muy afectado por las obras de remodelación de la zona teniendo que trasladarse a la calle de Claudio Coello que es donde permanece en la actualidad. Este hospital fundado por Henri Savreul, nombrado capellán de Palacio por Felipe III, estaba destinado a la atención de franceses pobres y enfermos residentes en la Villa o transeúntes. Disponía también de un asilo para ancianos y de un colegio para niños.

Tuvo un destino similar, en este caso se podría decir que fue literalmente arrollado, pues la Gran Vía le pasó por encima, el llamado hospital del Pecado Mortal³⁷ ubicado en la desaparecida calle del Rosal a la altura de la plaza de los Mostenses y cuya finalidad era asistir en el más estricto anonimato a mujeres que

35 A partir de esa fecha, el edificio permaneció cerrado y amenazado por la piqueta. Afortunadamente, podemos disfrutar de él en la actualidad como Centro Nacional de Arte Reina Sofía, tras su adecuación como museo

36 Existía en Madrid una pléyade de pequeños hospitales-iglesia destinados a la atención espiritual, sanitaria y también social de pequeños colectivos residentes en la ciudad provenientes de otras regiones de España o incluso de otros países. Eran éstos, junto con el ya mencionado, el de Nuestra Señora de Montserrat conocido como hospital de aragoneses; el de San Fermín de los Navarros; el de San Pedro y San Pablo de los Italianos; el de San Andrés de los Flamencos; el de San Antonio de los Portugueses, posteriormente de los Alemanes y el de los Irlandeses. Todos ellos contaban con una enfermería más o menos potente que, en general, fue perdiendo importancia con el paso del tiempo y las circunstancias. Mantuvieron los templos como lugar de culto y también continuaron sus actividades de tipo social. (LOPEZOSA. 2002)

37 Allí tenía su sede la Hermandad de Nuestra Señora de la Esperanza y Santo Celo en la Salvación de las Almas. Sus miembros estaban obligados a realizar por las noches la conocida Ronda del Pecado Mortal. (ÁLVAREZ-SIERRA. 1952).

no fuesen prostitutas de oficio y que por circunstancias diversas hubieran quedado embarazadas y no quisieran hacerlo público. Permanecían allí en régimen de clausura, ocultando su identidad y durante toda su estancia permanecían con el rostro tapado.

Sin embargo, no todo fueron derribos como pudiera parecer. Al contrario, las últimas décadas del siglo XIX presenciaron la apertura de diversos hospitales. Unos, como hemos visto, para reubicar los desaparecidos, y otros para albergar instituciones de nuevo cuño. Es el caso del conocido como Hospital de la Princesa, de origen un tanto rocambolesco. Sucedió que la reina Isabel II dio a luz a la infanta María Isabel Francisca de Asís, durante algún tiempo princesa de Asturias y heredera al Trono hasta el nacimiento de Alfonso XII, con posterioridad conocida popularmente como “la Chata”. Tal cual era costumbre en la Corte española, la infanta había de ser presentada en la basílica de Atocha y así estaba previsto el día 2 de febrero de 1852. Al salir la comitiva de Palacio, Isabel II fue objeto de un atentado por parte del cura Martín Merino, del cual salió prácticamente indemne. En días posteriores la Reina solicitó al Presidente del Consejo, don Juan Bravo Murillo, promover una suscripción popular para la construcción de un hospital que conmemorara el nacimiento de su hija y el haber resultado ilesas en ese atentado.

Levantado inicialmente en el Paseo de Areneros, actualmente calle de Alberto Aguilera. Se inauguró en 1856 para tratamientos médicos-quirúrgicos y fue adscrito a la Beneficencia General. Construido en forma de pabellones en torno a unas dependencias centrales ya desde su inicio demostró carencias importantes en cuanto a diseño y situación, pues en su proximidad había un cuartel de caballería con sus correspondientes establos.

En sus instalaciones se creó en 1880, no sin cierta polémica, un centro de ampliación de estudios quirúrgicos y especialidades del que fue nombrado director el doctor Federico Rubio y Galí que habría de ser el germen del Instituto Rubio o Instituto de Terapéutica Operatoria inaugurado en 1896 en los altos de la Moncloa³⁸.

Acabada la guerra civil, el hospital del Paseo de Areneros fue transferido a Sanidad Militar y finalmente, fue derribado en los años 60 del siglo XX. Trasladado a la calle Diego de León fue conocido como Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado y en la actualidad, una vez recuperado su nombre original, Hospital Universitario de la Princesa.

Otro hospital de nueva creación no menos importante por ser pionero en España y uno de los primeros de Europa en la asistencia pediátrica hospitalaria fue, sin duda, y sigue siéndolo el Hospital Infantil del Niño Jesús. Fundado a instancias de doña María del Carmen Hernández y Espinosa de los Monteros, duquesa de Santoña, quien cedió los terrenos para su construcción en la ronda del Buen Retiro. Construido entre 1879-1881 e inaugurado por el rey Alfonso XII. Presentaba una distribución, aquí también, en pabellones que fueron

38 Este establecimiento sanitario quedó muy dañado tras la guerra civil y actualmente su solar es ocupado por el Hospital Fundación Jiménez Díaz.

ampliándose poco a poco según sus necesidades y entre ellos se incluían algunos con función de asilo.

Para ir acabando, no podemos dar por finalizadas estas líneas sin hacer referencia a un último hospital y la relación que pudiera tener con el argumento lírico que nos movió a ello desde el inicio de estas páginas. El año 1887, un año después del estreno de la zarzuela, recordemos este detalle, una dama ilustre, doña Adela Balboa y Gómez, dejó a su muerte una cuantiosa herencia para la construcción de un hospital que debería llamarse de San José y Santa Adela y cuyo fin sería atender a enfermas de cáncer ‘que habrían de ser sirvientas del servicio doméstico’. Puestos a dejar volar la imaginación, cabe preguntarse si tendría algo que ver en esta disposición nuestra entrañable Menegilda.

Sea como fuere, el edificio fue construido con una disposición de pabellones muy al gusto de la época, con amplios jardines y rodeado por una cerca que le separaba del antiguo Paseo de Aceiteros. Pero, como si de una fatalidad histórica se tratara, con la terminación del edificio se acabó también la herencia con lo que no pudo ponerse en funcionamiento, salvo un pequeño paréntesis temporal, hasta el año 1921 y no con la finalidad asistencial prevista inicialmente sino como hospital de la Cruz Roja³⁹, que es el que actualmente conocemos.

Para concluir, desde el punto de vista asistencial en esta centuria se fue consolidando la beneficencia pública, años en los que el Estado, las provincias y los ayuntamientos se convirtieron en los protagonistas indiscutibles de la acción asistencial y en las medidas de protección a los pobres, enfermos y necesitados. Pero también se dieron situaciones que dificultaron la consecución de los resultados esperados, bien por las dificultades propias de la implantación de una nueva regulación hasta que paso a paso se completa y perfecciona, bien por la resistencia con que tropieza en pueblos, clases y familias que temen perder en el cambio ventajas o derechos de que están en posesión: *status*. No obstante, de acuerdo con lo expresado por Anguita, en 1859 funcionaban en España 7 establecimientos de beneficencia generales, 329 establecimientos de beneficencia provinciales y 692 establecimientos municipales y particulares, sumando un total de 1.028 asilos de caridad, en los que fueron atendidos 248.046 hombres y 207.244 mujeres sumando un total de 455.290 personas. Para atender a estos individuos se gastó un total de 79 millones de reales. Asimismo, en relación con los datos de los hospitales, en 1857 se encontraban en funcionamiento 614 hospitales, en los cuales se atendió a 157.331 enfermos. En definitiva, a pesar de los problemas que surgieron en torno a la aprobación y ejecución de la profusa y, a veces, confusa normativa, en términos generales, se puede realizar un balance positivo de la misma, puesto que dichas normas contribuyeron a reducir la miseria y minimizar los desastrosos efectos negativos de la pobreza (ANGUITA. 2019: 121).

39 En 1921 con ocasión de la guerra de África y el desastre militar de Annual, la duquesa de la Victoria, enfermera de la Cruz Roja que se encontraba prestando sus servicios en Marruecos, consiguió llevar a buen puerto un proyecto para transformar este edificio abandonado en hospital donde recibirían asistencia médica los heridos de guerra.

Es de justicia señalar que en el hospital de esta época las prestaciones no solo fueron de carácter asistencial, sino que hubo un empeño en formar especialistas. Surgen centros que, además de ser fundaciones asistenciales benéficas, tuvieron también una labor educativa. Ejemplos de este tipo fueron los desaparecidos Instituto de Terapéutica Operatoria, Hospital de la Princesa, Instituto Oftálmico y el Hospital Infantil del Niño Jesús (LÓPEZ-RÍOS FERNÁNDEZ Y LÓPEZ-RÍOS MORENO. 2017: 383).

Lo presentado pone de manifiesto que desde los debates de las Cortes gaditanas y del Trienio Liberal evidencian la dificultad de discernir y delimitar claramente los ámbitos propios de la beneficencia de los sanitarios. Sin duda, la extrema miseria y la constante falta de recursos constituyen el telón de fondo omnipresente en ambas realidades y las que determinan, en última instancia, la necesidad de la intervención estatal; y que tanto la Revolución Gloriosa y la I República, como la Restauración carecen prácticamente de referencias normativas sustanciales a la sanidad o la beneficencia.

Señalaremos, finalmente, que si bien la obra lírica, como queda dicho anteriormente, fue compuesta con extraordinaria rapidez para aprovechar la coyuntura del momento, el gran proyecto urbanístico, por el contrario, no tuvo igual desarrollo. Su extraordinaria complejidad que requería la demolición de 327 inmuebles, la desaparición total de 14 calles y la reordenación de otras 34; la carencia de recursos económicos suficientes para hacer frente a su ejecución y, por último, la oposición vecinal de los afectados y de diversas instituciones igualmente afectadas hicieron que, finalmente, las obras fueran inauguradas en 1910 con un golpe de piqueta en la Rectoral de la Parroquia de San José dado por aquel Rey niño nacido unos días antes del estreno de nuestra zarzuela y que en este momento ya era un joven de 24 años (fotografía 7).

¡Y punto final!



Fotografía 7- Alfonso XIII inaugurando las obras de la Gran Vía 1910.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ-SIERRA, José. 1952. *Los hospitales de Madrid de Ayer y de Hoy*. Madrid. Publicaciones de la Beneficencia Municipal.
- ANGUITA OSUNA, José Enrique. 2019. *Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la "Ley de Beneficencia" de 1849 y su reglamento de ejecución de 1852*. Madrid. Rev. Aportes, nº 99, año XXXIV (1/2019). (89-121)
- ARENAL, Concepción. 2003. *La beneficencia, la filantropía y la caridad*. Biblioteca Virtual Universal.
- Auto-Acordado de los Señores del Consejo, consultado con S. M. en que se prescriben las reglas de policía que deben observar para el recogimiento de mendigos en Madrid, sus inmediaciones, y lugares de la jurisdicción*. 1778. Madrid. Imprenta de Pedro Marín.
- BAROJA, Pío. 2006. *El árbol de la ciencia*. Madrid. Ed Cátedra.
- BAROJA, Pío. 1969. *La busca*. Madrid. Salvat Editores S.A. y Alianza Editorial S.A.
- BENASSAR, Bartolomé. 2001. *La España de los Austrias (1516-1700)*. Barcelona. Ed. Crítica.
- BETRÁN MOYA, José Luis. 2006. *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- BURGOS BORDONAO, Esther. 2006. *Repertorio de la legislación social y educativa entre 1822 y 1938 y su incidencia en la enseñanza de las personas ciegas*. Madrid. Rev. Cuadernos de Historia del Derecho. 13 (261-279)
- CARASA SOTO, Pedro. 1992. *La historia de los pobres: de las Bienaventuranzas a la marginación*. Valencia. Rev. Historia Social, núm. 13. (77-100).
- CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio. 1993. *El extenso mundo de la pobreza: la otra cara de la Sevilla imperial*. Sevilla. Servicio de Publicaciones del Ayuntamiento.
- CERVANTES SAAVEDRA, Miguel. 1605. *El ingenioso hidalgo don Quixote de la Mancha...* Madrid: Juan de la Cuesta.
- DIEZ, Fernando. 1992. *Estructura social y sistema benéfico-asistencial en la ciudad preindustrial*. Valencia. en Rev. Historia Social, núm. 13. (101-122).
- ESTEBAN, Jorge de. 1979. *Constituciones españolas y extranjeras*. t.I. Madrid. Taurus Ediciones, S.A.
- ESTEBAN DE VEGA, Mariano. 1992. *La asistencia liberal española: beneficencia pública y previsión particular*. Valencia. Rev. Historia Social, núm. 13. (123-138).
- FARRERONS NOGUERA, Lourdes. 2011. *La ley general de sanidad: historia de un modelo*. Universidad de Las Palmas de Gran Canarias. Tesis doctoral.
- FRANCISCO OLMOS, José María de. 1996. *La torre de los Lujanes y Federico Chueca: un centenario desconocido. Textos y documentos*. Rev. Castellum, Nº2 (1996):97-106.A
- GARCÍA ORO, José y PORTELA SILVA, María José. 2000. *Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato*. Cuadernos de Historia Moderna. 25, monográfico (87-124).

- GEA, M^a Isabel. 2003. *El Madrid desaparecido*. Madrid. Ediciones La Librería.
- GIL DE SOTO, Manuel. 2009. *Médicos y boticarios. Sátiras, cuentos, narraciones y burlas*. Sevilla: Extramuros Edición.
- GONZÁLEZ LEONOR, M^a Carmen y MARTÍN DEL CASTILLO, José María. 2013. *La materia médica en las Cortes de Cádiz*. en Actas del Congreso La Constitución Española de 1812 y Posteriores Cambios Socioculturales. Sevilla-2012. Toledo. Rev. Beresit (387-407).
- HAUSER, Philip. 1902. *Introducción en Madrid bajo el punto de vista médico-social (83-96)*, en *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- HERNÁNDEZ IGLESIAS, Fermín. 1876. *La Beneficencia en España*. T. I y II. Madrid. Establecimientos Tipográficos Manuel Minuesa.
- LÓPEZ ALONSO, Carmen. 1992. *La pobreza en el pensamiento político. España, primera mitad del siglo XIX*. Valencia. en Rev. Historia Social, núm. 13. (139-156).
- LÓPEZ-RÍOS FERNÁNDEZ, Fernando y LÓPEZ-RÍOS MORENO, Fernando. 2017. *Paseos por la Historia de la Medicina en Madrid. La vida médico-sanitaria de la ciudad*. Madrid. Editorial Sanitaria 2000.
- LOPEZOSA APARICIO, Concepción. 2002. *La asistencia hospitalaria en Madrid en la Edad Moderna. Hospitales regionales y extranjeros*. Madrid. Revista de arte, geografía e historia nº 5, (119-140).
- LYNCH, John. 2005. *Los Austria*. Barcelona. Biblioteca Historia de España. RBA editores.
- MARTÍN SALAZAR, Manuel. 1913. *La sanidad en España*, “Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina. Madrid. Imp. Colegio Nacional de Sordomudos y Ciegos (5-161).
- MARTÍNEZ SOTO, Ángel Pascual. 2018. *La protección social en la época liberal: de la beneficencia a la previsión social (1820-1908)*, en “Las transformaciones económicas de la revolución liberal en España 1808-1874. Rev. Internacional de Ciencias sociales. 37/2018 (109-126).
- MESONERO ROMANOS, Ramón de. 1844. *Manual Histórico – Topográfico Administrativo y Artístico de Madrid*. Madrid. Imprenta de D. Antonio Yenes, 1844. (Edición especial del Excelentísimo Ayuntamiento de Madrid, 1977).
- MUÑOZ MACHADO, Santiago. 1975. *La sanidad pública en España: evolución histórica y situación actual*. Madrid. Ministerio de la Presidencia. Secretaría General Técnica. Escuela de Administración Pública.
- Memoria del hospital provincial de Madrid*. 1876. Madrid. Oficina Tipográfica del Hospicio.
- PÉREZ, Joseph. 2009. *Historia de una tragedia*. Barcelona. Ed. Crítica.
- PÉREZ GALDÓS, Benito. 2012. *El terror de 1824*. Madrid. Alianza Editorial S.A.
- QUEVEDO Y VILLEGAS, Francisco de. 2014. *La vida del Buscón llamado Don Pablos*. Madrid. Ediciones Cátedra.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. 1987. *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- RUIZ, Teófilo. 2002. *Historia Social de España, 1400-1600*. Barcelona. Ed. Crítica.
- SÁNCHEZ CEBALLOS, Amadeo. 2015. *Del asilo de San Bernardino al asilo-escuela de La Paloma*. Madrid.
- SANTOS, Francisco. 2017. *Día y noche de Madrid. Discursos de lo más notable que en él pasa*. Madrid. Ediciones Cátedra.
- VALLS GORINA, Manuel. 1970. *Aproximación a la Música. Reflexiones en torno al hecho musical*. Madrid. Salvat Editores y Alianza Editorial.
- VIDAL GALACHE, Florentina. 1987. *El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid*. Rev. de la Facultad de Geografía e Historia, núm. 1, (41-56).