

---

# La beneficencia pública en la Barcelona de finales del siglo XIX

José Luis Ausín Hervella\*

---

El camino que ha conducido a la universalización de la asistencia sanitaria garantizada por los poderes públicos como una forma de progreso real, en lo que ahora se denomina el Estado del bienestar, ha resultado largo y ha debido superar muchas dificultades. Aquí aportamos datos sobre cómo lo vivió la ciudad de Barcelona a finales del siglo XIX.

A lo largo del siglo XIX, las sociedades europeas consolidaron el criterio de que la protección social era función principal de las administraciones públicas para disminuir las consecuencias de la pobreza (no así las causas, que van por otro lado).<sup>1</sup> La eliminación de la pobreza era un tema aún mucho más controvertido y punzante. La protección de los pobres puede ser responsabilidad social o bien particular. Si es social, aplicada por tanto a través de las administraciones públicas, se asegura mediante leyes coercitivas, presupuestos públicos, gestión pública. Si es privada, impera la voluntariedad en cuanto a las cantidades y los momentos; no es exigible ni controlable, como tampoco lo es la recepción de la ayuda. El desequilibrio entre las dos situaciones es manifiesto.

El escenario de la asistencia sanitaria pública tiene fundamentalmente dos grandes elementos a considerar: el asistencial y el científico. Pero el primero es el que presenta el mayor relieve respecto al tema que ahora analizamos.

Hay cuatro periodos en la consolidación moderna de los sistemas públicos de asistencia sanitaria.<sup>2</sup>

En primer lugar, el que podríamos denominar como la situación tradicional. La protección de los pobres, especialmente ante la enfermedad, es un campo que era considerado propio de la Iglesia a través de la administración de la caridad cristiana.

Posteriormente, las nuevas ideas que avanzan desde la Ilustración comienzan a considerar la responsabilidad asistencial como pública, y por tanto corresponde al Estado la reglamentación, la estructuración de la forma de disponer de los caudales necesarios y la gestión, a través de las distintas administraciones. Incluso se avanza

\* Médico.

1. Hay los que consideran la pobreza hecho inevitable, por la naturaleza humana, vinculada incluso a los designios divinos; otros creen que la caridad y la beneficencia estimulan la pobreza; y en otro ámbito muchos piensan que se debe a una estructura social desequilibrada y sólo se solucionará con un cambio social profundo.
2. Hay un evidente paralelismo entre el proceso de protagonismo público de protección de la pobreza y el de la enseñanza, ocupando un terreno tradicional de la Iglesia.

en la reglamentación y control de la beneficencia privada, considerada complementaria de la pública.

En esta fase es en la que se desencadenan las mayores resistencias, conceptuales y prácticas. Por un lado, de los poderes religiosos, que pierden el patrimonio de la doctrina aplicable y la gestión del sistema; y por el otro, la de los poderes económicos, que saben que inevitablemente deberán pagar mayores impuestos. Cuando la financiación se hace a través de la caridad, la contribución es voluntaria y se concibe como un mérito, cuando se hace través de impuestos es obligatoria y no hay posibilidad de vanagloria. El beneficiario pasa de recibir una limosna a tener un derecho. El cambio revolucionario se centra, fundamentalmente, en la responsabilidad de la financiación –de la caridad a la beneficencia–, ya que, en aquellos momentos, los destinatarios siguen siendo los mismos: los pobres, los viejos, los parados, los enfermos.

El siguiente escenario cronológico y conceptual es el de la asistencia a los trabajadores y sus familias. Primero ante los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional, después ante la maternidad, y por fin, ante la enfermedad común. La financiación es mixta entre empresarios, trabajadores y ayudas públicas. Las cuotas son fijadas por el Estado y obligatorias. Aunque aparece primero en la Alemania de Bismarck, en la mayor parte de Europa no se implanta hasta la primera mitad del siglo xx.

Las mayores resistencias ya no son solamente de la Iglesia, que ha perdido protagonismo, sino también gremiales de médicos y farmacéuticos. Por un lado, cambian de estatus, ya que en el sistema tradicional no hay intermediarios entre los enfermos y los médicos, y por tanto estos últimos ejercen el predominio, y ahora son las administraciones quienes regulan la relación; y por el otro, pierden gran parte de su clientela tradicional, que pasa a ser cubierta por el seguro público. Los políticos, sin embargo, lo ven imprescindible: los de izquierda, como una conquista, y los de la derecha, como una medida preventiva de la revolución.

Finalmente, aparecen los sistemas nacionales de salud, la extensión del sistema público a todos, desde el derecho de ciudadano, y con presupuestos públicos. Se implanta en Europa a finales del siglo xx con escasa resistencia, porque la mayor parte de la población ya estaba incluida en el nivel anterior y porque se aplica en momentos de prosperidad económica. Constituye uno de los ejes del modelo europeo de bienestar, envidia del resto del planeta.

Este proceso histórico y social no ha sido fácil, y ha tenido líneas de fuerza de avance y de resistencia.

¿Qué sucedió en la Barcelona de 1880 a 1900 en este tema? ¿Cómo influyeron las diferentes fuerzas políticas y sociales? ¿Cuál fue la postura del catalanismo, la Iglesia, el obrerismo o el higienismo?

Trataremos de hacer algunas aportaciones, aunque algunos aspectos de este tema han sido ya analizados por otros investigadores, algunos de este mismo ámbito.<sup>3</sup>

3. H. CAPEL y M. TATJER, «Reforma social dels serveis assistencials i higienisme a la Barcelona del final del segle XIX (1876-1900)», en *Cent Anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, Institut Municipal de la Salut, 1991. Destacamos también la tesis de Carles GRABULEDA TEIXIDOR, *Salut Pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, 2003.

## Situación previa

La reglamentación en España comienza a ser intervencionista y de predominio público a finales del siglo XVIII, y se consolida a lo largo del XIX. Los ministros de Carlos III y de Carlos IV inician esta tendencia, dando una progresiva responsabilidad a la administración municipal. Con la administración napoleónica se sigue potenciando la corriente pública y luego de forma más clara con la Constitución de 1812, con las leyes de beneficencia de 1821 y de 1849, y con la de sanidad de 1855. Estas reglamentaciones técnicas están inspiradas y son muy comparables a las francesas del momento. La Ley de Beneficencia de 1849 prevé hospitales que, según la tipología, serán responsabilidad, o bien del Estado, o bien de las diputaciones o de los ayuntamientos. La Ley de sanidad de 1855 estructura un sistema de asistencia sanitaria pública a domicilio para pobres, a cargo de los ayuntamientos. Son las dos grandes normas vigentes en el periodo analizado.

Pero si la reglamentación es moderna, la realidad era muy diferente.

## Componentes de un sistema de beneficencia pública

Analicemos lo que sucedió con las diferentes estructuras que, según las concepciones del momento, debían de atender a los pobres en sus necesidades, especialmente de asistencia sanitaria.

### LOS HOSPITALES

¿Dónde están los hospitales barceloneses que exigía la Ley de Beneficencia de 1849?

La Restauración empieza sin ningún hospital público en la ciudad, en sentido estricto. Aunque Cerdà había previsto tres hospitales en el Ensanche, a principio de los años 80 no había ninguno (como tampoco había ningún otro elemento cívico comunitario). Ni la burguesía que lo construye ni sus dirigentes municipales organizan estructuras de servicios públicos: se agotan en el desarrollismo y la Renaixença. Y ante las epidemias y la atención a las consecuencias de las guerras, hacen estructuras efímeras y coyunturales: hospitales provisionales.

Durante todo el siglo XIX, la población susceptible de necesitar atención en un hospital se consideraba restringida a los enfermos pobres, y por tanto los hospitales no se concebían como destinados al conjunto de la población. Sin embargo, en la mayor parte del periodo se sufrió una falta de capacidad para atender las demandas. Inicialmente, no había más estructura que la del Hospital de Santa Cruz, de beneficencia privada, y progresivamente dejó de atender a los militares (en 1814), a los expósitos (en 1853) y a los locos (en la década de los noventa). Pero, simultáneamente, creció mucho la población inmigrada a la ciudad, comenzó la desintegración del modelo familiar tradicional, el ferrocarril acercó las poblaciones, la industrialización produjo nuevas patologías, la medicina progresó con la inclusión de nuevas técnicas aplicadas en el hospital, y la población

empezó a concebir el hospital no solamente como un refugio ante situaciones de miseria, sino también como un referente sanitario. Todo ello condujo a un incremento de la demanda, y el Hospital cada día resultaba más insuficiente, no sólo en capacidad física sino funcional. Frecuentemente debía colgar el letrero de «no hay camas». Tanto el Municipio como la Diputación recibieron demandas e incluso desarrollaron proyectos de construcción de hospitales, especialmente en la segunda mitad del XIX, que en ningún caso prosperaron. Ni hospitales generales ni especializados.

Durante todo el siglo XIX, el Hospital de Santa Cruz reivindicó insistentemente que no era un hospital público, sino de beneficencia privada, en una posición siempre defendida por la Iglesia y prácticamente siempre por los concejales patronos nombrados por el Ayuntamiento. Las actas de la Administración del Hospital (la MIA) son totalmente explícitas. En todas las circunstancias, sobre la asistencia y también respecto a su función docente, la MIA reitera su independencia, incluso rechazando en diferentes ocasiones poder ser inspeccionado. Durante 20 años, la Junta de Beneficencia Provincial intentó que este hospital tuviese el carácter de Provincial, simplemente con la aplicación de este nombre, ejerciendo discretos –y cada vez más débiles– intentos de controlarlo, hasta que en 1874 fue declarado de beneficencia particular, derogando una disposición de 15 de septiembre de 1853. Aunque la decisión se paralizó momentáneamente, en 1877 el Consejo de Ministros declaró firme la situación de patronato particular.<sup>4</sup>

Casi todos sus contemporáneos coincidían en que, conforme a los criterios higiénicos y asistenciales del momento, el Hospital de Santa Cruz se podía considerar totalmente obsoleto, incluso los partidarios de su modelo de financiación y de gestión. Se entiende que debiera estar fuera del núcleo poblacional, con salas más pequeñas, diferenciadas por patologías y edades. Esto, que se podía aplicar al centro en general, era especialmente crítico en los departamentos de enfermos mentales, y el propio Hospital era consciente de ello ya en los años treinta, cuando comienzan los planes de trasladar fuera estos enfermos, cosa que no se consigue hasta finales de los ochenta por el propio hospital, cuando era una responsabilidad compartida de las administraciones central y provincial, según los periodos, o municipal en otros casos. Todos los proyectos presentados anteriormente se habían olvidado. Aunque menos duras, la mayor parte de las conclusiones aplicables al Hospital de Santa Cruz se pueden extender al de la Convalecencia, teóricamente independiente, pero totalmente subordinado en la práctica.

Aunque estaba ubicado en medio de la ciudad, el Hospital de San Lázaro atendía los enfermos de lepra, como un anexo funcional del de Santa Cruz; su capacidad era escasa, aunque suficiente para el número de enfermos.

La atención a los expósitos, inicialmente integrada en el Hospital de Santa Cruz, pasa a depender, en 1853, de la Diputación, en la Casa de Maternidad y Expósitos, en un núcleo de atención pediátrica, pero no de embarazos y partos, que carecieron de atención en establecimiento público en todo el siglo XIX. La ubicación en un anexo de la Casa de Misericordia era también muy inadecuada y la mortalidad altísima. En este tema sí que se produjo, finalmente, una reacción de la

4. Real Decreto de 8 de abril de 1877.

Diputación, al construir la nueva Maternidad de Les Corts, que claramente se ha de colocar entre las actuaciones positivas.<sup>5</sup> Por tanto, la Diputación sí que asumió la responsabilidad de la gestión y la financiación, y aunque tardíamente, construyó unas instalaciones adecuadas. No tenemos ningún otro ejemplo tan elogiabile.

Aunque ni la Diputación ni el Ayuntamiento desarrollaron hospitales generales, se produjeron algunas reacciones en la ciudad, casi todas vinculadas a la beneficencia privada, siempre con matices religiosos. En este sentido podemos destacar los Hospitales del Sagrado Corazón (1879), del Niño Dios (1892), de Niños Pobres (1890) y los asilos de San Juan de Dios (1867) y de San Rafael (1888), que progresivamente realizan actividades que cubren parcialmente las necesidades, y que abonan la teoría de los que defienden que la solución puede venir de la beneficencia privada. Aunque se cita a veces el Hospital Evangélico (1880), no parece relevante en aquellos momentos. Gràcia tenía un pequeñísimo hospital municipal en la calle de la Palma, instalado en una casa particular, pero sin ninguna trascendencia asistencial.

En el camino se quedaron proyectos de hospitales infantiles, de enfermedades infecciosas, de accidentes de trabajo, de partos, de sanatorios antituberculosos, etc.

Y así, por fin llegamos al Hospital Clínico. Es muy larga su génesis.<sup>6</sup> Aunque había muchas demandas previas de particulares e instituciones, se puede considerar como definitiva la del claustro de la Facultad de Medicina del curso 1877-78, que acuerda pedir al Ministerio la construcción de una nueva Facultad y un Hospital Clínico.<sup>7</sup> A efectos de nuestro interés sobre la asistencia sanitaria, se ha de considerar que las obligaciones hospitalarias de la Diputación y del Ayuntamiento no se veían suplidas legalmente por la construcción del Hospital Clínico, y que la legislación vigente inicialmente no obligaba al Estado a construir ningún hospital de agudos o de crónicos en la ciudad, al margen de uno mental. Las obligaciones de construir un hospital docente tampoco estaban definidas en ninguna norma. El Estado disponía que el Ayuntamiento y la Diputación debían contribuir conjuntamente para facilitar los terrenos. Los desacuerdos sobre la ubicación y los plazos de los pagos, así como la lentitud ministerial, hicieron que las obras realmente no empezasen hasta la década de los noventa, y la inauguración en el 1906. En este proceso, la Diputación tenía un especial interés en no asumir compromisos, ya que si el Clínico se consideraba hospital provincial, se podía ver obligada a pagar algunos gastos de funcionamiento.<sup>8</sup>

#### EL CASO DEL HOSPITAL DE LA MERCED

En 1888, el gobernador civil Luis Antúnez decide crear un hospital para el tratamiento de las enfermedades venéreas de las prostitutas utilizando el dinero que se recauda por sus reconocimientos médicos, y éste es ubicado en un edificio de la calle Berenguer el Viejo, número 6, con el nombre de Hospital de la Merced. Es

5. La Maternidad de Les Corts, durante todo el siglo XIX, continua siendo una institución de atención exclusiva de niños expósitos, sin atención a las madres.
6. José Luis AUSIN, «El paper de Joan Giné en la construcció de la nova facultat de medicina i l'Hospital Clínic de Barcelona», *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 18, 3 (2003), pág. 99-105.
7. *La Independencia Médica*, 1-XI-1878, pág. 47.
8. *La Renaixensa*, 8-XII-1897, pág. 2.487-2.488.

un centro pequeño, pero distribuido en salas según las fases de la asistencia, complementado con un dispensario y atendido por médicos dirigidos por Carlos Ronquillo. Al margen de los hospitales militares y de los provisionales para los casos de epidemia, se trata del primer hospital creado en Barcelona por una administración pública y financiado con dinero público, en este caso procedente de tasas.

En enero de 1889, una disposición del gobierno central determina que la competencia de la llamada higiene especial pase de los gobiernos civiles a los ayuntamientos. Durante los primeros meses no hay cambios e incluso parece que puede integrarse en la reordenación asistencial que el alcalde Rius encarga al Dr. Giné i Partagàs, de ideología progresista. Pero la actuación de los médicos concejales, entre los cuales está Bartomeu Robert, obligan a cerrarlo con diferentes argumentos, entre otros, que faltan condiciones higiénicas y que su función será integrada en otro hospital municipal de nueva creación. El hospital nuevo no se hace, y así se cierra por el Ayuntamiento –a los dos años de ser fundado– el que puede ser considerado como el primer hospital público de la ciudad.

#### EL CASO DEL HOSPITAL DE SAN PABLO

La gestión del legado Pau Gil es otro ejemplo relevante de como una posibilidad de incorporar Barcelona a la corriente de la atención hospitalaria dentro de la gestión y la financiación pública, se deriva, en contra del sentido histórico, hacia la beneficencia privada.

El caso es un poco complejo y no podemos entrar aquí en los detalles que merece, pero nos remitimos a otro trabajo.<sup>9</sup> Resumimos las líneas generales: Pau Gil, siguiendo un modelo aplicado en París con donaciones de los Rothschild o los Boucicault, ha dejado parte de su herencia para hacer un hospital, que una vez construido y amueblado debe ser entregado al Ayuntamiento de Barcelona u otra corporación que lo gestione. Siguiendo sus instrucciones, en 1898, los albaceas convocan un concurso arquitectónico y compran un terreno en la zona de la actual clínica Corachán. El concurso es ganado por Domènech Estapà, arquitecto del Clínico y de tendencias clasicistas, poco partidario del modernismo. Inmediatamente, el *Diari de Catalunya*, de tendencia del movimiento que en su momento se llamó regionalismo, comienza una campaña contra la estructura del Clínico, y naturalmente contra Domènech Estapà. En diciembre de 1900, una comisión médica formada por Bartomeu Robert, Emerencià Roig y Joaquim Duran, todos ellos vinculados por diferentes lazos al regionalismo y al Hospital de Santa Cruz, descalifican este proyecto de Domènech Estapà. A partir de entonces, comienzan las gestiones entre el Ayuntamiento, los albaceas y el Hospital de Santa Cruz, todo ello bajo la batuta de Robert (que poco antes ya había impuesto sus criterios sobre el modelo de tratamiento de la beneficencia en su paso por la alcaldía, dando preferencia al modelo de gestión y financiación privada sobre el público). Aunque los concejales republicanos exigen que el Ayuntamiento asuma la gestión del legado, ésta pasa al Hospital de Santa Cruz, con un primer subterfugio de hacer

9. José Luis AUSÍN, «L'Hospital de Santa Creu i Sant Pau, 1902: continuació del model tradicional», *Gimbernat*, XXXIX (2003), pág. 133-142.

en paralelo el Hospital de San Pablo y el nuevo de Santa Cruz, pero posteriormente con total indiferenciación en la arquitectura y sobre todo en la financiación y la gestión de la beneficencia privada. De todos es conocido que las obras se encargan a Domènech i Muntaner, también dirigente destacado del llamado regionalismo, de un estilo absolutamente opuesto al inicial, para mayor placer de los enamorados del modernismo. Se debe decir que a lo largo de los años de construcción (primera piedra en 1902 e inauguración en 1930), fueron frecuentes las quejas en Barcelona, que veía como se hacía un hospital espectacular, pero mucho más caro y lento de construir que el que se podría haber hecho con un estilo más sobrio. La prensa de los años diez y veinte es testigo de la penuria de camas hospitalarias de Barcelona.

En definitiva, otra ocasión en que se fue en contra de las corrientes de modernización, con una falta de implicación de la administración en el modelo público de la asistencia con financiación por impuestos y con derechos para los beneficiarios. El sistema que se impuso fue el de la caridad.

Al margen, se acabaron traicionando los deseos del benefactor, que vinculaba la gestión al Ayuntamiento u otra corporación, que debía de ser, en la práctica, la Diputación. Pau Gil, que evidentemente conoce el Hospital de Santa Cruz, no lo cita para nada. Y dispuso que se debía entregar el Hospital una vez construido, pero pasó al destinatario antes de comenzar las obras.

#### LA ATENCIÓN A LAS EPIDEMIAS Y OTRAS CRISIS

Durante el siglo XIX, Barcelona sufrió frecuentes epidemias, de diferente etiología e intensidad. Una epidemia es la mayor crisis sanitaria, asistencial e incluso social que puede sufrir una comunidad. ¿Cómo respondió la ciudad a las ocurridas en el período que ahora estudiamos? Debemos sintetizar los datos.<sup>10</sup> Hubo una epidemia de cólera en los años 1884 y 1885. De gripe en el 1889-90. Y otra de cólera en 1890. La de 1885 es la de mayor relieve por el número de afectados, y porque es la primera epidemia barcelonesa moderna, en el sentido de que aparece cuando ya se conoce la causa, y por tanto es posible identificar el vibrión en las aguas y en los enfermos y además se puede conocer la eficacia microbiológica de las medidas ambientales adoptadas, con un mejor seguimiento epidemiológico. La bondad de la vacuna Ferran es más controvertida. Pero, desde el punto de vista asistencial, el Ayuntamiento siguió el modelo tradicional: se comenzaron a adoptar medidas inespecíficas después de aparecer los primeros casos, cuando se sabía que llegaría con precisión de semanas. Se abrió un hospital provisional en La Viñeta y un servicio de asistencia médica domiciliaria para pobres, coincidiendo con el momento de máxima mortalidad, y no al inicio. Este modelo asistencial no era diferente del aplicado en las primeras epidemias del siglo. Barcelona siguió sin instalaciones estables para el aislamiento y la asistencia de los enfermos.

A final del siglo se vivió otro acontecimiento crítico por la llegada a los puertos de militares que volvían de Cuba y Filipinas. A partir de 1896, la ciudad atendió a los soldados enfermos y heridos improvisando de nuevo instalaciones, porque fal-

10. José Luis AUSIN, *Hospitals provisionals a la Barcelona del segle XIX. Les crisis sanitàries*, Barcelona, Seminari Pere Mata, 2002.

taban las precisas para esta nueva necesidad, como las de la población estable, como se constataba especialmente en los inviernos.

#### LOS ASILOS PÚBLICOS

La institución asilar tradicional barcelonesa era la Casa de Misericordia, con gestión mixta vinculada a la Iglesia y al Ayuntamiento, de capacidad limitada y dedicada especialmente a las mujeres. A principios del XIX, aparece la Casa de Caridad, inicialmente impulsada por la Capitanía General y posteriormente por la Diputación. La institucionalización de las Juntas Provinciales de Beneficencia después de la ley de 1849 la vinculó totalmente a la Diputación, ya hasta su desaparición.

La Casa de Caridad pretendía ser una institución ideológicamente moderna, ya que siempre había tenido el propósito de educar para el trabajo y conseguir ingresos por la propia producción. Se ha de indicar que en el periodo que aquí estudiamos la Diputación no había hecho ningún gasto para su sostenimiento, que siempre se había cubierto con subvenciones del Estado en compensación de la supresión de la antigua lotería, de limosnas y de ingresos por trabajos propios.

La doctrina manifestada por los políticos había sido siempre la de regular la mendicidad. En ocasiones, la de prohibirla totalmente, ya que los pobres inválidos debían ser atendidos institucionalmente y no se toleraría a los válidos; y en otras, la de sólo autorizar la mendicidad en casos comprobados de necesidad –incluso con la disposición de una chapa identificatoria<sup>11</sup> y perseguir la no autorizada con la detención de los infractores. Aunque hay pocos alcaldes y gobernadores que no hayan hecho manifestaciones de no tolerar la mendicidad, nunca se ha conseguido eliminarla, y la Casa de Caridad solo ha albergado una mínima fracción de nuestros pobres.

Para mejorar la imagen de la ciudad ante la Exposición de 1888 y descargar el edificio consistorial de los enfermos mentales, que permanecían semanas o meses antes de ingresar en los manicomios, se abre el Asilo Municipal del Parque. Hasta ese momento, el Ayuntamiento no había tenido ninguna instalación de este tipo. Serán frecuentes las críticas que reciba por sobreocupación y falta de personal.

#### LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

Sin acudir a referencias normativas anteriores, que pueden encontrarse ya en el siglo XVIII, el artículo 64 de la Ley de Sanidad de 1855 obligaba a las poblaciones a establecer la hospitalidad domiciliaria. Posteriormente, el Real Decreto de 11 de marzo de 1868 y el reglamento de 24 de octubre de 1873 volvieron a insistir en que se debía implantar la asistencia sanitaria pública en base a la hospitalidad domiciliaria, en la que los ayuntamientos debían aportar a los necesitados la atención médica, farmacéutica, alimentos y ropas.

Aunque el tema fue debatido frecuentemente en la prensa general y médica de Barcelona, e incluso en la propia corporación desde 1866,<sup>12</sup> sobre la conveniencia

11. *AMAB* (Arxiu Municipal Administratiu de Barcelona), Actes del Ple, 7 de noviembre de 1867; y Concepción ARENAL, *La Beneficencia, la filantropía y la caridad*, Alicante, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 1999, edición digital basada en la edición de Madrid, Librería de Victoriano Suárez, 1894, capítulo III, apartado 3.

12. *AMAB*, Governació A, 4298/1866.



de crear un cuerpo médico específico, nada se hizo en aquellos momentos para cumplir aquellas obligaciones.

Mientras tanto, fue la beneficencia privada la que atendió estas necesidades, y en concreto la vinculada a la Iglesia. Debemos destacar las aportaciones de las parroquias, la Caridad Cristiana, Conferencias de San Vicente de Paul, etc.

En el ámbito laico es de destacar la Asociación de los Amigos de los Pobres, que hasta la Segunda República funda y gestiona muchas de las casas de socorro de Barcelona, implantando las primeras de la ciudad en 1872.

El Ayuntamiento fue más lento. En el presupuesto municipal de 1880-81 constan cuatro médicos para atender por turnos las demandas de los tenientes de alcalde y la Casa de Corrección. En el de 1883-84 se añadieron cuatro médicos más, dedicados al servicio de verificación de cadáveres. Entre 1885-86 y 1889-90 encontramos diez médicos de número y diez agregados.

Es a partir de 1890 cuando empezó la formación de una verdadera estructura asistencial a partir de la planificación de Giné. En el presupuesto de 1891-92 ya se encuentra la estructura básica con cuatro secciones, que perdurará.

Sección 1	Sección 2	Sección 3	Sección 4
Asistencia médica y policía sanitaria	Instituto práctico de higiene	Instituto de Bacteriología	Higiene especial
1 jefe	1 jefe	1 jefe	1 jefe
10 médicos de 1ª	1 médico	1 médico auxiliar	9 médicos
10 médicos de 2ª	1 químico auxiliar		
10 médicos de 3ª	1 farmacéutico		
1 veterinario			

A partir de estos momentos se puede considerar que el Ayuntamiento de Barcelona empieza a asumir las obligaciones marcadas por la ley de 1855, al menos en la parte que corresponde a la asistencia no hospitalaria.

## “La Caridad”: la formulación Robert

La llegada de Bartomeu Robert al cargo de alcalde supuso un cambio en la dirección asumida recientemente que tendía a considerar la financiación y la gestión de la beneficencia como una obligación pública.

Cuando el 26 de abril de 1899 concreta el proyecto de reorganización de la beneficencia, dice explícitamente que se ha de confiar a los particulares, «pues no es posible la preste bien y económicamente la corporación municipal».<sup>13</sup> La formulación Robert, que se implanta al poco, es la de constituir un ente en el que participan las fuerzas sociales encabezadas por personalidades, con el obispo en primer lugar, al objeto de buscar fondos para atender las necesidades de beneficencia y de gestionarlas. Para que no haya dudas, la entidad se llama “La Caridad”, a propuesta de Robert, y pronto decide que sea la tradicional Caridad Cristiana quien haga la gestión real de la distribución de ayudas, de la organización del Asilo del Parque

13. *Diario de Barcelona*, 27-IV-1899, pág. 4.866-4.868.

e incluso de los servicios de asistencia médica. Estos últimos no llegan a integrarse, pero sí los otros durante unos años. Este modelo provocó una crisis en las filas republicanas del Ayuntamiento, ya que algunos miembros colaboraron con la idea y otros se opusieron a ella.

## Los presupuestos públicos

El periodo estudiado empezó con unos presupuestos dedicados a la beneficencia y asistencia sanitaria muy reducidos, coherentes con la prácticamente nula cobertura que el Ayuntamiento y la Diputación otorgaban a los necesitados.

Sumando los presupuestos de beneficencia y sanidad de 1883-84, entre la Diputación y el Ayuntamiento aportan 0,75 pesetas por habitante de la ciudad. Evidentemente, esto era ridículo, pensando en el concepto de pobre del momento, que comprendía los ancianos sin cobertura familiar, los niños abandonados, los parados, los enfermos crónicos asalariados, además de los pobres tradicionales.

La Diputación Provincial pasa de un presupuesto neto de beneficencia y sanidad, incluidas las obras de estos ámbitos, de 300.000 pesetas al año en 1880, a 900.000 a final de siglo, especialmente dedicadas a obras y mantenimiento de la Casa de Maternidad, ya que, como hemos visto, la Casa de Caridad equilibra sus gastos con los ingresos propios.

El Ayuntamiento también incrementa sus presupuestos en estos temas, por el desarrollo del cuerpo médico y el Asilo del Parque. Pasa de unas 120.000 pesetas a 507.000 antes de la Agregación, y a 1.200.000 en 1900. Aunque el incremento es considerable en términos relativos, se ha de minimizar, por partir de una situación irrelevante y por el crecimiento de los precios. Comenzó con un ridículo 0,9 % del presupuesto ordinario (sin considerar el presupuesto especial del Ensanche, que no incluía ningún elemento de beneficencia y sanidad) y subió al 3%, ya con el servicio médico consolidado. De hecho, las ayudas en especie que al principio del siglo xx reparte la Caridad Cristiana procedentes de las limosnas son superiores que las financiadas por el Ayuntamiento.

## Los protagonistas

Los cambios se producen dentro de tendencias doctrinales que normalmente son de larga trayectoria y con posicionamientos que normalmente identifican una concepción de la sociedad, de los valores y las soluciones. Como que a finales del siglo XIX Barcelona tiene su modelo en París, encontramos que al tratar estos temas aparece la referencia de Thiers entre los más conservadores y Jaurès entre los renovadores. En lo referente a la gente del país, las personalidades tradicionalistas, partidarias de la caridad como sistema de atención a la pobreza, están representadas por Joan Coll i Pujol, Bartomeu Robert, el obispo Morgades, Ramon Albó, etc.; y las renovadoras, por vinculados a las profesiones, como

Carles Ronquillo, González Sugrañes, Codina Länglin, García Faria, Giné Partagàs, e incluso Homs Parellada<sup>14</sup> entre los católicos. Publicaciones como *La Gaceta Sanitaria de Barcelona*, *La Independencia Médica*, *La Gaceta Médica Catalana*, son instrumentos para combatir a favor de las nuevas ideas.

Cuando buscamos los posibles planteamientos que de estos temas se hace en la literatura política más vinculada a la Renaixença, no encontramos nada. Las grandes construcciones de las Bases de Manresa o los Memorials de Greuges no los contemplan. Sólo los federalistas republicanos de Francesc Pi i Margall reivindican la función benefactora social como competencia del estado regional.

Mientras, los textos de los movimientos obreristas esperan las soluciones de la revolución, de las condiciones derivadas del gran cambio.

## Las mejoras de la técnica y la organización

Respecto a la evolución de los componentes científicos de la medicina, que se desarrolla extraordinariamente en el siglo XIX, Barcelona presenta un relativo retraso sobre la Europa central, por estar fuera de los ámbitos creativos, y sólo se llega a traducir y a copiar los conocimientos ajenos, especialmente los que provienen de Francia, con el concurso de destacados actualizadores como Mendoza, Monlau, Giné, Pi i Sunyer, Cajal, Cardenal, Fargas... El Congreso Médico que se celebró en ocasión de la Exposición de 1888 representa el punto de inflexión y triunfo de la nueva medicina en Barcelona. En los últimos veinte años del siglo XIX se produjeron diferentes incorporaciones técnicas de modernización, en la línea del progreso: avanzó la especialización médica, no sólo en la diferenciación entre soluciones quirúrgicas y médicas, sino especialmente en oftalmología, psiquiatría o neurología; hubo una progresiva incorporación de la analítica microbiológica y de la química médica, y hacia el final, del radiodiagnóstico; aparecieron nuevas técnicas quirúrgicas, especialmente de la mano de la antisepsia y después de la asepsia; se estableció una estadística médica e epidemiológica con orientación moderna, muy vinculada a personalidades del cuerpo médico municipal; hubo avances en la estructuración en equipos, como la ingeniería sanitaria de la mano de García Faria...

Se debe señalar que casi todo esto se hizo por impulsos individuales y generalmente al margen de la estructura rectora del Hospital de Santa Cruz, que por su condición de ser el principal hospital y el centro docente debiera haber impulsado en su interior el desarrollo de estas novedades. No fue así, debido a que la esclerosis de su organización había impregnado un estilo que durante todo el siglo XIX ejerció de freno de las novedades. Debe recordarse que el cargo de máxima autoridad ejecutiva estuvo ocupado por sacerdotes hasta el siglo XX, y que se desconocía la figura del director médico.

En el ámbito de la investigación, pocas aportaciones, prácticamente ninguna, al margen de Cajal, que no tenía función en el Hospital por no ser clínico. Lo mismo

14. Ramon Codina Länglin y Joaquim Homs Parellada publican trabajos en los que describen las soluciones de París en el tema de la beneficencia pública.

pasa con la figura polémica de Ferran, que también en todo su eventual mérito fue exclusivamente personal. Ninguna otra aportación relevante se hizo.

## Balance

El balance de este periodo, sobre la cuestión del avance en la dirección del progreso histórico de la gestión de la asistencia pública de la pobreza, es desigual. Partiendo de una situación previa muy precaria de protección pública, a pesar de la orientación clara de las leyes, de los modelos europeos y de la opinión de muchos profesionales, se avanzó en algunos ámbitos, pero no en la mayoría, y se desaprovecharon oportunidades. Anotamos entre las mejoras: las nuevas instalaciones de la Maternidad de Les Corts, la asistencia domiciliaria y en consultorio del Cuerpo Médico Municipal, el Laboratorio Microbiológico Municipal, el Hospital Clínico. Y entre los déficits estructurales: la falta de asunción de la responsabilidad pública de la asistencia y la no aportación de presupuestos coherentes, lo que se tradujo en el rechazo a compromisos en el ámbito hospitalario, e incluso en la desmunicipalización de la gestión.

Las clases dirigentes de la sociedad barcelonesa del momento, que están construyendo un Ensanche sin equipamientos públicos, mantienen el comportamiento coherente con este olvido respecto a la asistencia a los pobres. Sus intereses se encuentran en otros ámbitos. Las voces que se elevan pidiendo más hospitales, desde la demanda de los desgraciados o desde la prensa, son poco escuchadas.