

# LOS HOSPITALES DEL PAIS VASCO

Anastasio Rojo Vega

---

---

Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 2. (1992) p. 155-169.  
ISBN: 84-86240-40-4  
Donostia: Eusko Ikaskuntza

*La historia de los Hospitales vascos es la misma que la de los restantes de la península y, en general, de/ continente europeo; hasta que a fines del siglo XIX y a comienzos del XX, la pujanza económica de/ País permite la construcción de los mejores de España, a imitación de los mejores de Europa, que son a la vez centros asistenciales y símbolo del orgullo de la nueva Sociedad.*

*Euskal ospitalen historia penintsulako gainerakoena bera da eta, oro har, europar kontinentekoena bera ere bai, harik eta XIX. mendearen amaieran eta XX.aren hasieran Euskal Herriaren indar ekonomikoak Espainiako onetsuen eraikuntza bideratu zuen arte, Europako onenen antzera eraikiak eta, aldi berean, asistentzia-zentruak eta Gizarte berriaren harrotasunaren sinbolo direnak.*

*The history of Basque Hospitals is the history of the other hospitals of the peninsula and in general, of the european continent; until the end of the XIX century and the begining of the XX, the economic expansion of the Country allows the construction of the best hospitals in Spain, similar to the best in Europe. They are at once assistance centres and a symbol of proud of the new Society.*

La sociedad europea medieval y la peninsular, todavía en los siglos XVI y XVII, con cotas no alcanzadas en ningún otro lugar, vivió pensando en la muerte y en lo que ocurriría con el alma tras el breve episodio de la vida material. La Religión fue la verdadera medida de todo ya lo que todo se subordinaba. Los libros de entretenimiento eran librillos de devoción, como las Vidas de Santos, que hacían soñar a sus lectores en martirios infligidos por paganos y herejes y en una segura salvación eterna. Incluso se fundieron textos de religión con los de corte caballeresco para dar a las prensas ejemplos como los de *Lepolemo*, esforzado *Caballero de la Cruz*. Fue una concepción vital que llevó a las personas pudientes, o medianamente acomodadas, a cuidar en extremo dos cosas que se convirtieron en verdaderas obsesiones: la posesión de una buena sepultura en un buen lugar de la iglesia, cuanto más cerca del altar mayor mejor, y asegurar el no paso por el infierno y una estancia mínima en el purgatorio.

Era un tiempo en que uno de los problemas de los confesores consistía en la lucha con los escrupulosos de conciencia, quienes nunca se veían limpios de pecado, y en el que la mayor pesadilla posible era imaginar la llegada de la muerte sin confesión. Se llegaba a envidiar a los penitenciados por el Santo Oficio que habían mostrado arrepentimiento de última hora, pues confesados instantes antes de ser encendida la hoguera, era seguro que soslayaban el infierno, al no haberles quedado tiempo material para pecar gravemente. Tenemos constancia de auténticas torturas realizadas por los familiares al enfermo afectado de una repentina pérdida de conciencia, para intentar despertarle y lograr su puesta en paz con Dios.

Este sentimiento vital tiene su mejor expresión material y documental en los testamentos. Los de la Corona de Castilla —los de la Corona de Aragón parecen ser diferentes— se confeccionaban conforme a unas pautas perfectamente establecidas. En primer término el enfermo encomendaba su alma a la Santísima Trinidad, a la Virgen y a los Santos de su particular devoción. Después fijaba la iglesia o monasterio y la sepultura donde quería ser enterrado. Seguían las mandas piadosas y las misas, se hacía el pertinente descargo de conciencia —por ejemplo el reconocimiento de hijos naturales, o la devolución de dineros ganados con naipes falsos a diversas personas, como el catedrático de Medicina de Valladolid, Doctor Bernardino del Buey de Fuentes, o Doctor Fuentes—, se hacían diversas consideraciones relativas al reparto de la herencia y, por último, se nombraban albaceas y testamentarios.

La salvación del alma era una tarea a la que se aplicaba buena parte de la hacienda del fallecido, o al menos el fallecido intentaba que así fuese, pues la verdad es que normalmente los hijos y herederos se mostraban bastante reticentes a cumplir unos deseos del testador que les dejaba casi en la calle. Cuando la muerte estaba cercana nada parecía bastante al testador para salvarse. Las misas, cuando se trata de alguien “con posibles”, se encargan por cientos y por miles a favor del alma del finado, en ocasiones hasta el fin de los tiempos, es decir hasta el Juicio Final, e incluso con la condición de que el cura las diga pisando sobre la lápida de la sepultura, para que en el Cielo no haya confusiones acerca del alma a que deben ser aplicadas.

No contentos con las misas, que aparecen en el 100 por 100 de los testamentos, las limosnas a hospitales y asilos en general son normales también en el 100 por 100, más raras son las fundaciones de Obras Pías, Hospitales y Monasterios. La dotación de hospitales depende en la Europa anterior al siglo XVI de decisiones individuales, que eran eran muy puntuales, aplicadas a una concreta localidad. Por ello no tenemos relatos pormenorizados en la cadena de acontecimientos que conducían a la erección de uno de ellos y su organización posterior, si queremos entender el sentido religioso que los hizo nacer basta leer el *Libro de las fundaciones* de Teresa de Jesús y sustituir monasterios por hospitales, ya que la imagen de los “benefactores” es superponible.

El hospital del Antiguo Régimen es una institución nacida de un acto de caridad privada, de un rasgo de generosidad interesada de un individuo concreto en una localidad concreta y que como tal acto de caridad entiende como su obligación la atención de los pobres. El asiento de la mayoría de los hospitales es una casa que no fue construida para hospital, sino la propia casa del fundador, u otra que éste poseía en el lugar; es pues inútil buscar en ellos plantas y distribuciones arquitectónicas hospitalarias. Planificación y estructura arquitectónica hospitalaria son exclusivas de los auténticos hospitales renacentistas, como los de Toledo o Santiago de Compostela, siempre situados en grandes núcleos urbanos.

Además de la casa, el fundador mandaba a la institución una serie de tierras, principalmente, con cuyas rentas esperaba poder mantenerla y proporcionar la ayuda a los necesitados para la que había sido imaginada. A tales rentas se unían con el tiempo limosnas dejadas en otros testamentos, limosnas pedidas por las casas, envíos de dinero por parte de un vecino que había hecho fortuna lejos de su tierra, etc., todos eran administradas por un Mayordomo, cabeza visible de una Cofradía inmediatamente surgida en su torno, cuya misión más importante -más que ejercer la caridad- era la custodia de la carta fundacional, bulas y estatutos antiguos, que daban fe de los privilegios concedidos al hospital por las autoridades civiles y eclesiásticas y aseguraban la independencia de hospital y Cofradía frente a intromisiones externas, como el intento de fundar un nuevo hospital en la localidad. El tener que compartir las limosnas de las casas particulares con otros solía conducir a la protesta del hospital más antiguo, el cual defendía los derechos históricamente adquiridos.

La misión del hospital antiguo viene ya dada por el propio carácter de su fundación. Nunca tiene como punto de partida una intencionalidad médica o sanitaria -excepción hecha de algunos grandes hospitales y de especiales como las leproserías-, sino que es un mero acto de caridad ejecutado con la idea de acumular méritos con vistas a la salvación del alma del fundador. La caridad no puede hacerse con los pudientes, puesto que se entiende como ayuda prestada a los necesitados, en la línea del buen samaritano, y se enfoca sobre los pobres, a los que se auxilia con un techo, cama y comida, siempre que es posible y siempre que se trate de verdaderos “pobres de solemnidad” y no de vagamundos y especies afines, a los que se expulsa del lugar lo antes posible. Esto es característico sobre todo del mundo rural, en el que se entiende por caridad el auxilio a los pobres naturales y vecinos, y donde existe un rechazo latente o manifiesto a los forasteros y extraños. El hospital del mundo rural, pues, extiende su actividad a pobres vecinos, intentando cubrir sus necesidades generales.

En las grandes urbes, además de aparecer hospitales con dotación médica, hay superabundancia de instituciones caritativas, cada una de las cuales tratar de diferenciarse de las demás y no estorbar a las otras. La fundación de un hospital pasa por encontrar primero una necesidad de los pobres no cubierta aún por los existentes. En el Valladolid del XVI existían unos treinta llamados hospitales. Tenían únicamente asistencia médica el de la Resurrección

o General, el de Esgueva, el de San Lázaro y el de Orates. En tiempos pusimos esperanzas en el de San Cosme y San Damián, por sus resonancias médico-quirúrgicas, y al hallar sus estatutos vimos que su misión y la de su Cofradía se limitaba al reparto de leña y manojos a los pobres durante el invierno. La decepción se suma a la procedente de otros tales "hospitales".

Otra característica ya señalada de los hospitales del mundo rural es el localismo, su dedicación a los pobres del lugar. En el mundo urbano, sobre todo en las grandes poblaciones, las puertas se abren tanto a naturales como a transeúntes, surgiendo algunos propios para individuos de determinada procedencia, como "de vizcaínos", "de aragoneses", "de italianos", etc., que tiene su origen en un acto de caridad de un personaje adinerado de dicho origen.

Considerado el hospital antiguo como un albergue o asilo para la atención de menesterosos, en el País Vasco existen bastantes para los que no sabiendo fecha de origen podríamos suponer fechas antiguas por tener tales características. Entre ellos cabe citar los de Alegría, Anzuola, Deba, Hernani, Segura, Usurbil, Vergara, Villafranca e Irún en Guipúzcoa. El de San Juan Bautista y de Santa María Magdalena de Segura resume perfectamente la filosofía de todos: mantenimiento de ocho pobres naturales de la villa. Según el Profesor Granjel debieron existir hospitales en todas las poblaciones vascas.

Entre los hospitales especiales debemos, asimismo, recordar las leproserías de Vitoria, Salvatierra, Villarreal y Ayala (Alava), San Sebastián y Urnieta (Guipúzcoa), y Bermeo y Bilbao (Vizcaya), éste último documentado desde 1399. Su nombre más habitual era el de Casas de San Lázaro.

Otros hospitales especiales eran los jacobeos, tanto porque era un tipo de hospital que sólo podía existir sobre el Camino de Santiago, como por ser hospitales que siendo rurales asumían características propias de los urbanos, concretamente la atención a transeúntes, en este caso peregrinos. La mayor complejidad de sus funciones sobre los estrictamente rurales se ve bien en el de Azcoitia, reservado durante el día a peregrinos e imposibilitados y por la noche a pobres forasteros.

Hasta fines del XV y comienzos del XVI la vida de los hospitales hispanos fue rica, permitiendo hasta ciertas ostentaciones. Pero conforme el XVI fue pasando la ruina se fue haciendo evidente. En el Archivo General de Simancas, en la sección de *Cámara de Castilla*, existen varios Informes sobre epidemias que durante la centuria afectaron zonas concretas de la geografía peninsular. El Consejo Real y la Cámara solían entonces ordenar tales Informes para tener noción del verdadero alcance de la plaga, con especial interés por el número de muertos y por los recursos locales puestos en juego durante la epidemia o existentes ante una posible recidiva. Gracias a ellos podemos aproximarnos a las rentas de la localidad — inciertas porque los vecinos siempre declaraban menos de las que tenían— y a la existencia o no de hospital, médico, cirujano, barbero y boticario. La primera conclusión que puede extraerse es que la existencia o no de hospital no depende para nada del tamaño de la población ni de su mayor o menor riqueza, ni siquiera de la existencia o falta de médico, cirujano o barbero. Instituciones nacidas de la caridad de un vecino, su existencia o no en un determinado lugar depende de que haya existido esa alma caritativa, y no de su importancia. Claro es que una vez fundados y debido a que una buena parte de su supervivencia nacía de las limosnas, tan solamente los de las poblaciones importantes podían llevar una existencia medianamente digna. Pues bien, volviendo a los Informes de epidemias, vemos que en el XVI los hospitales del mundo rural son inservibles en su mayor parte, llegando al extremo de estar los edificios en ruina.

Las causas de la ruina económica, que trajo tras ella la arquitectónica, fueron el espectacular incremento de los precios y la baja de la moneda. Las rentas iniciales, que eran algo a comienzos de siglo, acabaron no siendo nada a mediados y a finales. Los cofrades tenían a orgullo serlo, pero no echaban mano de sus bienes y siempre esperaban limosnas que no llegaban. Los hospitales del mundo rural eran instituciones puramente nominativas en un alto porcentaje.

Este estado de cosas, esta superabundancia de hospitales inútiles, condujo a la Corona a intentar una política de refundiciones, iniciada por los Reyes Católicos y proseguida por Felipe II. La idea era sencilla y podría haber sido efectiva. Si en una comarca existían veinte hospitales con una renta de 2.000 maravedís cada uno, lo que hacía a todos inútiles, la solución era reunir los 40.000 maravedís resultantes de todos y asignarlos a un único establecimiento, que de esta forma podía ser operativo e, incluso, contratar profesionales de la medicina conforme a los nuevos tiempos. Por lo que parece en el País Vasco tal política condujo a la desaparición de buena parte de los hospitalillos medievales. En los núcleos urbanos se chocó con la resistencia de las Cofradías y aunque fueron absorbidos los arruinados que no podían subsistir hacía tiempo, aquellos que aún gozaban de algún dinero ofrecieron dura oposición, lo que dificultó sobremanera la creación de hospitales que podrían haber dado atención médica al menos a una localidad. En el País Vasco y con características primitivas modernas existió el de Santiago, en la ciudad de Vitoria, fruto de la transformación del anterior de Santa María el Cabello. Dependiente hasta 1553 de los Señores de Ayala añadió un rasgo de progreso al pasar a depender del municipio, el cual en 1566 encargó de su administración a un Mayordomo. Cabe recordar que en él trabajó nada menos que el Doctor Hernando López de Escoriaza.

El caso del hospital de Santiago de Vitoria es un hecho aislado en un País Vasco eminentemente rural. Alejados del espíritu renacentista originario de Italia, las formas de pensar antiguas seguían teniendo campo abonado en buena parte de la península y al tiempo que unos hospitales desaparecían por pura ruina económica, surgían otros basados en el modelo medieval y en el concepto de caridad para con los necesitados. Hospitales que llegarán a ser importantes, como el de los Santos Juanes de Bilbao, no verán necesaria su dedicación a la medicina hasta 1645. Frente al de Santiago siguen surgiendo los de Ochandiano, Berástegui (1579), encargado de acoger a los pobres del pueblo, Bermeo (1553), Durango (1594), o Azpeitia, para desamparados de todo tipo, pobres enfermos, huérfanos y viejos.

Cabe preguntarse, a la vista de lo anterior y de lo que eran los hospitales rurales y urbanos, ¿qué posible atención médica podía tener un enfermo en el siglo XVI?

Las ventajas eran todas para el habitante de una villa o ciudad de alguna importancia. Para el rico abundaban los médicos y cirujanos que podían acudir a su casa a curarle. Si el enfermo era pudiente podía escoger a dos o tres médicos para que en "consulta" se pusiesen de acuerdo. Para los pobres había hospitales con profesionales de la medicina asalariados, aunque en condiciones tales de hacinamiento, que solían morir de una enfermedad distinta de la que llevaban y que adquirían del compañero, o compañeros, que en muchas ocasiones compartían su cama. Es normal en los hospitales del siglo que por falta de camas se compartiesen éstas por los enfermos que iban llegando por turno, de manera que en la misma cama podían estar tres o cuatro personas: un viejo, un enfermo terminal de cualquier patología, un vagabundo que no tenía otro sitio donde dormir y un paje herido de espada en una reyerta. Los parásitos tenían su paraíso entre unos y otros. No es raro que los compañeros de cama sean los albaceas de un compañero difunto. Los dichos compañeros no abandonan la cama

por un hecho tan intrascendente como la muerte, siempre que hubiera comida. Actualmente se están realizando trabajos sobre el sexo en los siglos XVI y XVII, pero tal posible placer no lo era tanto en la época a que nos referimos. El máximo placer de aquel momento era la comida por encima de todo y buena prueba son las *Relaciones*, en que buena parte de lo escrito se dedica a hablar de los platos servidos, Si el enfermo vivía en el mundo rural la asistencia se complicaba enormemente. Para el rico el encarecimiento de la atención era grande, sobre todo cuando la geografía-orografía no era favorable, pero podía llamar a alguien, como ha mostrado el Doctor Riera con las excursiones del Licenciado Izquierdo. Pero en las regiones aún menos favorecidas, dentro de dicho mundo, ni ricos, ni pobres tenían fácil hallar esperanza a sus males. Debe tenerse en cuenta que el vehículo del médico era la mula y que en el País Vasco, del que nos ocupamos, la población tiende a estar dispersa en caseríos, a excepción de la provincia de Alava. Es esclarecedor el contrato de Juan Antonio Carasa con el Ayuntamiento de Azcoitia en tiempos tan modernos como 1770, y que conocemos por Ignacio Arteche. La asistencia a los caseríos próximo se tasaba a dos reales la visita, a ocho reales las situadas a dos kilómetros y nada menos que a doce reales las visitas a doce quilómetros.

Normalmente el médico vivía de un salario fijo y de lo que hoy podríamos llamar “iguales”. El salario fijo lo proporcionaba la villa y las iguales los vecinos con bienes cada vez que el médico era llamado a la casa de uno de ellos, cobrándose en ocasiones según el sistema de *tajjas*, con pago en especie en el tiempo de la cosecha, o a tanto por visita. Este sistema de contratación hacía solamente rentables para el médico poblaciones en torno a 1.500-2.000 habitantes. Los llamados médico-cirujanos eran un poco más baratos y sobre ellos recaía principalmente la atención de las villas de zonas rurales. Siempre y para redondear ingresos, la villa principal, la que pagaba el salario, permitía al profesional la atención a los lugares de las cercanías, los que por ciertas cargas de cereal, leña u otras especies, o dinero, tenían derecho a la visita periódica del médico. Para los habitantes de aldeas perdidas y caseríos, la visita domiciliaria suponía un incremento notable de precios sobre los habitual, lo que casi ninguno de sus habitantes podía costear. Respecto de los pobres, los contratos obligaban al profesional a atenderles gratis hasta que se muriesen o se levantasen de la cama, ya que la idea de gravedad de una enfermedad radicaba sencillamente en el hecho de que el enfermo pudiese, o no, valerse por sí mismo. Una gripe actual hubiera sido considerada entonces grave y probablemente hubiera acabado siéndolo a base de purgas y sangrías, mientras una enfermedad considerada hoy grave, pero que permitiese trabajar, era tenida en poco y con poco tratamiento hasta su fase terminal.

Estaban pues atendidos en mejor o peor forma las villas contratantes y determinados lugares, siempre y cuando la distancia de la villa principal no superase las dos o tres leguas —entre 10 y 20 kilómetros— de distancia, límite máximo aconsejable en países llanos como Alava, para poder volver a tiempo a las urgencias de la villa.

En el País Vasco, sobre todo en las provincias de Guipúzcoa y Vizcaya, la geografía y la dispersión de la población no favorecen la atención típica del XVI. Una y otra significaban para el médico una disminución clara de salario, al no poder cobrar con facilidad las rentas de los lugares comarcanos. Por otra parte la economía local estaba alejada de la habitual, en que trigo, vino y lana eran las fuentes fundamentales de riqueza.

Conocemos dos propuestas de contratación de estos tiempos, que hasta el presente son inéditas, La primera es de la villa de La Guardia (Alava) y está fechada en 1586, la segun-

da tiene que ver con Vera de Bidasoa, en el año de 1591<sup>1</sup>. La Guardia estaba asentada en una comarca rica según los esquemas previos a la industrialización y ofrecía 75.000 maravedís, más, suponemos, las rentas de los lugares comarcanos en radio de dos o tres leguas. Vera no podía ofrecer más de 20.000 maravedís y no sabemos qué posibilidades cercanas. Los problemas de Vera para hallar personal cualificado de cualquier tipo se observan al encontrar en la misma petición la solicitud de un barbero por 7.000 maravedís anuales, y de un maestro, que al tiempo se encargase del reloj, por 12.000. La solicitud de un maestro es otro indicador de falta de recursos. Se pide a alguien que enseñe castellano a los niños — cuando se trataba de un maestro de latín se le denominaba preceptor—, porque se considera necesario que el niño aprenda castellano para obtener una forma de ganarse la vida lejos del País Vasco, generalmente como secretarios, contadores y criados de confianza en la Corte. Seguramente era la única posibilidad que se veía para que los segundones hiciesen fortuna, lejos de su tierra.

El sueldo de Vera merece además comentario por ser uno de los más bajos que conocemos para contrataciones de médicos en el XVI. El salario medio de un médico-cirujano en los *Libros de Relaciones* de la Cámara de Castilla ronda los 40.000-50.000 maravedís, el doble que lo ofertado por Vera. Si se quería un médico de prestigio o la renovación de uno con crédito en el lugar, había que subir hasta los 75.000 maravedís de promedio, que era por ejemplo lo que recibía el Doctor Huarte de San Juan en la Baeza de 1585<sup>2</sup>. Los cuarenta ducados -15.000 maravedís- ofrecidos por Tudela al Licenciado Juan López en 1580 no los podemos entender más que como un complemento a otro tipo de salario que recibiera en el lugar.

Una economía pobre y unas condiciones orográficas nada fáciles debieron retraer a los profesionales de la medicina, limitando su presencia a los núcleos de población más importantes, dejando bolsas de absoluta inasistencia en las áreas mal comunicadas o de población dispersa. Ni siquiera los médicos vascos de renombre regresaron a su lugar de origen, prefiriendo las grandes urbes castellanas donde la Corona o uno de los innumerables nobles de su cortejo podían fijarse en ellos y tomarlos para el servicio de su casa. La consecuencia de la inasistencia de la medicina oficial es el florecimiento de la medicina no oficial. El enfermo necesita de alguien que le cure y si no hay médico recurre a quien quiera que sea que le de esperanzas de salud, y en el mundo rural esta parcela la ocupa el curandero.

De un curandero vasco existen bastantes noticias. Se trata de Aparicio de Zubía, natural de Lequeitio. Como médicos vascos de prestigio tan conocido como los Aramburu y Oñate, buscó la riqueza en la Corte castellana, ofreciendo un aceite medicinal con el que pretendía curar todas las heridas y sobre todo las peligrosas, ante las que los cirujanos preferían retirarse cautamente. El Licenciado Dionisio Daza Chacón le conocía bien, probablemente porque Zubía vivió en Valladolid entre 1556 y 1557. Trataba a los enfermos en su casa, por ser sus pacientes heridos de heridas peligrosas y para evitar que cometiesen excesos durante el tratamiento. Cuando el “oleo medicinal” no funcionaba como el herido quería, Aparicio solía refugiarse en la comisión de alguno de tales “excesos”, contra su consejo, por el paciente<sup>3</sup>.

---

1.— Archivo General de Simancas, (A.G.S.), Cámara de Castilla. *Libros de Relaciones*, 23 y 24.

2.— A.G.S., *Cámara de Castilla. Libros de Relaciones*, 22, fol. 232v.

3.— Archivo Histórico-Provincial de Valladolid (A.H.P.V.), *protocolos*, leg. 268, fol. 1.276 y leg. 53, fol. 242.



También del país vasco era la alavesa Catalina de Castresana, natural del lugar de Barrio, en el valle de Valdegobia. Si el terreno de Zubía eran las heridas peligrosas, el de Catalina era el de las "enfermedades de bazo y mal amarillo y otras enfermedades de las mugeres". En 1551 pretendía licencia del Protomedicato para curar legalmente, cuando lo llevaba haciendo desde hacía tiempo sin permiso, con emplastos de artemisa, betónica, doradilla, pez, sebo, miel y aceite, y con ciertas bebidas compuestas de escoria de acero y plata<sup>4</sup>. Antonio de Brizuela, natural de Reinosa, conseguía por su parte licencia para curar con unos polvos minerales obtenidos de ciertas rocas declaradas por él al Doctor Francisco de Valles<sup>5</sup>. Todos ellos son el reflejo de una medicina extraoficial que la necesidad hacía florecer en la cornisa cantábrica.

El siglo XVII no trajo cambios destacables. La economía era más precaria, si cabe, y los hospitales seguían siendo instituciones más nominales que reales. Las ideas modernas seguían alejadas y los pobres seguían siendo merecedores de auxilio caritativo, pero raramente se consideraba más importante darles médico y botica que alimentos y cama. Como si aún se estuviera en la Edad Media se fundaron los de Guernica, por parte de Don Juan y Doña Isabel de Busturia, y el de Irún, albergue de pobres (1644). En el resumen que Madoz nos ofrece de los hospitales guipuzcoanos encontramos alternativamente hospitales y obras pías. Entre los primeros el de Tolosa, para la acogida de pobres y enfermos. Las Obras Pías vascas estaban en su práctica totalidad destinadas a dotar doncellas huérfanas del linaje de los fundadores, excepto en Lazcano, donde a la dotación de huérfanas sumaron los Marqueses de Valmediano el pago del salario de un médico-cirujano. Quizás la novedad más interesante fue que al hospital de Santiago de Vitoria se sumó el de los Santos Juanes de Bilbao, el que de refugio de pobres, viejos y miserables se convirtió en 1645 en casa de curación de pobres, entrando de esta forma en los límites del hospital moderno. Eso sí, conservó el veto, a la antigua, de afectados de humor gálico, llagas canceradas, fundamentalmente rechazadas por su mal olor, y enfermedades contagiosas.

El XVIII es un siglo de novedades en el País Vasco, que comienza su andadura hacia la modernidad y la riqueza, de la mano por ejemplo de la Compañía Guipuzcoana de Caracas. La riqueza se había trasladado desde el centro a la periferia y no es casualidad que el Primer Congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina se consagrara a *La medicina vasca en la época del Conde de Peñaflores*. Es además un siglo de grandes cambios en Francia y también del tiempo del inicio de la industrialización y de un profundo cambio de la sociedad vasca, dividida en el futuro en dos sociedades, la industrial y la rural. La industrial gozará de una buena atención sanitaria representando a las antiguas urbes, mientras la rural seguirá manteniendo su tradición de medicina popular y curanderismo. La causa es la misma de siempre, la incomodidad del terreno, la dispersión de la población y, en definitiva las pocas "iguales" por kilómetro cuadrado. Desgraciadamente es muy escasa la documentación relativa a la asistencia médica en el País Vasco durante los siglos XVI y XVII, por lo que no podemos hacer las comparaciones que quisiéramos con la misma asistencia en el XVIII, sobre la que sí hay ya una cierta abundancia de noticias. Según el Padre Larramendi, citado por el Profesor Granjel, la mayor parte de las villas estaban asistidas.

Hemos hablado antes del hospital moderno como institución reservada exclusivamente al tratamiento de los enfermos, médicos o quirúrgicos, sin exclusión de patria ni de enfermedad corporal. Este tipo de hospital no existirá aún en todo el siglo de la Ilustración en España.

4.— A.H.P.V., *protocolos*, leg. 262, fol. 604.

5.— A.G.S., *Cámara de Castilla. Libros de Relaciones*, 24, fol. 150v.

En Francia sendos edictos de 1749 y 1780 intentaron el control municipal de la hospitalidad, chocando con lo mismo que hizo fracasar en parte a Felipe II, el localismo de las instituciones. Fue la Asamblea la que por medio de su Comité de Mendicidad y la declaración de la salud como derecho del hombre y de la asistencia como deber del Estado, en 1793, dio el paso definitivo. La República Francesa procedió al embargo de las rentas de todos los hospitales y a la venta de sus posesiones, dejándolos definitivamente arruinados y sin medios propios de supervivencia. Al mismo tiempo pasó la tutela a los municipios, los cuales sin recibir el producto de la venta de las tierras de los hospitales del lugar, se vieron repentinamente encargados de mantener su existencia.

España se había convertido en un reino más de la corona borbónica y los sucesos de Francia fueron tomados por ejemplo, tanto mientras existieron monarcas en el país vecino, como cuando comenzó a imperar la República. Francia era indudablemente el modelo a seguir.

Según Juan García Cárcamo a comienzos de siglo la asistencia institucional seguía estancada en el pasado, en el País Vasco, con demasiados hospitales inútiles, que seguían siendo esencialmente albergues. Una solicitud de 1774 ante la Chancillería vallsioletana demuestra la existencia de veintiocho para la provincia de Vizcaya en esas fechas, cifra a todas luces exagerada, con lo que conllevaba de dispersión de rentas y recursos.

La situación cambió en buena medida cuando en 1798 Godoy decidió imitar a los franceses y ordenó la enajenación de todos los bienes raíces de los hospitales españoles así como la absorción —otro ejemplo de imitación— de sus rentas y del producto de la venta de sus bienes por la Caja de Amortización. Como en Francia los hospitales quedaron reducidos al edificio y sin base económica en que sostenerse; faltos de recursos propios, su única posibilidad de subsistencia estaba en los municipios, pero no todos los que antes habían tenido hospital autosuficiente podían cargar con el mantenimiento que ahora se les exigía. En definitiva las posibilidades económicas produjeron un aclaramiento de la red de hospitales, de modo que su presencia en un lugar no dependió en adelante de un rasgo caritativo de uno de sus vecinos, sino que estuvo en relación directa con la riqueza del mismo lugar y de sus posibilidades de mantenerlo. Así los primitivos veintiocho hospitales de Vizcaya se redujeron en 1810 a sólo diez: Bilbao, Bermeo, Durango, Elorrio, Guernica, Lequeitio, Ochandiano, Orduña, Gordejuela y Valmaseda. En Guipúzcoa antes de la desamortización de Godoy las Juntas Generales de la Provincia, en reunión celebrada en Zarauz en 1710, habían decidido por su cuenta una reducción de los hospitales de su área de responsabilidad, que si en forma era diferente, en el fondo respondía al mismo convencimiento de inutilidad de la red hospitalaria heredada del pasado. La reducción guipuzcoana decidió la supervivencia de los de Irún, Oyarzun, San Sebastián, Hermanj, Tolosa, Villafranca, Segura, Zumárraga, Villarreal, Vergara, Mondragón, Escoriaza, Azpeitia, Guetaria, Motrico y Eibar. Las Juntas mostraron un gran respeto por los que se hallaban en el Camino Real y con los de las rutas de peregrinos, por lo que la cifra de hospitales guipuzcoanos del XVIII entra también en los límites de dotación exagerada. A la larga estos últimos se vieron, asimismo, afectadas por el aclaramiento de Godoy y el de Irún, por ejemplo, tras alcanzar un período de esplendor a finales de la centuria, inició su decadencia a comienzos del XIX debido a la mala administración, a las guerras con Francia y a la desamortización, según Carlos Undabeitia.

Más novedosas que los hospitales son otras fundaciones nacidas de la iniciativa pública y que tienen que ver con una suerte de caridad pública, enfrentada a la caridad privada del hospital antiguo. En el XVIII se impone progresivamente la idea de que debe ser el común el que se ocupe de las necesidades de sus marginados. Por las cabezas de los hombres del

siglo corre la idea de Beneficiencia pública que tanto desarrollo alcanzará en el XIX. Con esta intencionalidad nacen la Casa de Misericordia de San Sebastián (1714) la de Bilbao (1762) la Junta de beneficiencia pública de San Sebastián (1777) y tantas otras, que a veces oscilan entre antigüedad y modernidad, como sucede con el hospital de Fuenterrabía (1768) que aún se impone la obligación de socorrer pobres, o el de Mondragón (1785), para los pobres inválidos de la villa. Deben hacerse resaltar los rasgos de la Casa de Misericordia de San Sebastián, al decidir socorrer pobres sanos y enfermos de la ciudad y su jurisdicción, y los de fuera que hubiesen ganado el derecho de vecindad; y del Hospital de los Santos Juanes de Bilbao, en 1788, al admitir enfermos del Señorío y también transeúntes y extranjeros, a cargo de la Diputación. Por fin estos dos hospitales se abren al enfermo sin distinción del lugar de nacimiento, probablemente porque ambas ciudades eran la punta de lanza de la emigración que había de venir y comenzaba a insinuarse en alguna medida, en San Sebastián gracias a la Compañía de Caracas y en Bilbao a causa de su protoindustrialización.

El hecho más importante de esta nueva visión de la caridad es que las nuevas fundaciones asumieron tareas antes adjudicadas a los hospitales. Los Asilos acogieron a los viejos, los Hospicios a los niños huérfanos y abandonados, los Manicomios a los locos, con el tiempo las Casas de Socorro a pobres en general y, particularmente, a prostitutas y a otros marginados, etc. Gracias a ellas los hospitales pudieron empezara enfocar su misión exclusivamente sobre los enfermos y se convirtieron en lugares para la práctica y también para la investigación de la medicina. Si hasta entonces el hospital había sido un asilo por el que el médico pasaba periódicamente, porque el concierto con la villa o ciudad le exigía atender *también* a los pobres, en lo sucesivo se convertirá no ya en un algo a visitar, sino en el verdadero centro de trabajo.

Ahora bien, si esta transformación se impone en el resto de la península de forma gradual, basada más en una vountaria y progresiva adecuación a las nuevas mentalidades y a los nuevos tiempos, en el País Vasco se impone por la fuerza de una auténtica revolución demográfica, que sobre todo en las últimas décadas del XIX hará desaparecer en la práctica la antigua sociedad vasca, rural y pesquera, de la que quedarán unos pocos restos, a modo de bolsas, en las áreas más desfavorecidas.

La oleada de emigrantes exige un derecho a la salud que no puede procurarse por sí misma y que Municipios y Diputaciones tratan de cumplir con la edificación de grandes edificios perfectamente planificados para la asistencia moderna, que serán llamados en general Hospitales Provinciales. El nuevo hospital es una fundación de grandes proporciones, proyectada para la práctica de la medicina, que se constituye en el verdadero centro de la medicina de la localidad y que está abierta a todo tipo de enfermos sin distinción de procedencia ni patología, aunque esto último nunca haya llegado a verificarse completamente.

En la nueva política hospitalaria del País Vasco se encuadra la reforma del hospital de Santiago de Vitoria, ampliado en 1855, pero sobre todo las realizaciones en San Sebastián y Bilbao.

Dejando de lado la medicina para ricos y las clínicas privadas, como la famosa de San Ignacio de San Sebastián, porque venimos siguiendo la pista de los pobres al seguir la de los hospitales, las máximas realizaciones hospitalarias del País Vasco son, sin ningún género de duda, las del hospital San Antonio Abad de San Sebastián y del hospital de Basurto de Bilbao, con su precedente de Achuri. Ambos son producto de la fusión de los deseos de los emigrantes y naturales de tener una buena asistencia médica, de una burguesía adinerada por tener hospitales exactamente iguales a los europeos y los mejores la península

—motivo de orgullo en suma—, y de los propios médicos de la zona de desarrollar la nueva medicina, la nueva cirugía y las nacientes especialidades, con el apoyo de unos organismos locales que no regatearon dinero a la hora de dotar necesidades.

San Antonio Abad y Basurto son el mejor monumento a la mejor medicina vasca de todos los tiempos. Entre finales del XIX y comienzos del XX el dinamismo de la sociedad industrial vasca y su riqueza —bilbaino era sinónimo de adinerado— colocaron a la medicina vasca entre los ejemplos a seguir por el resto de los territorios peninsulares. Con plena conciencia de ello se enviaron expertos a visitar los hospitales de París para la reforma del de Santiago de Vitoria, y a recorrer todos los importantes de Europa, Barcelona y Madrid, antes de edificar el de Basurto. La elección final como modelo del de Ependorff no es una casualidad. Era el más grande de Europa, un modelo que “sólo pueden sostenerlo las ciudades que cuentan con grandes recursos”. La elección bilbaina era pues doble: la mejor medicina y entrar a formar parte del grupo reducido de ciudades que en Europa y en el mundo podían sostener una empresa de tal tipo. Es lógico que ante ello, ante el autoconvencimiento de estar en el mejor centro asistencial de España y por la proyección del orgullo vasco sobre el hospital de Basurto, se pensase prontamente en la formación de una verdadera Escuela Libre de Medicina, que quién sabe qué resultados habría dado de sí, si la guerra no hubiera llegado a frustrar el proyecto, como derrumbó tantos otros. Lo que pudo ser y no fue puede imaginarse de la lectura de la historia del hospital de Basurto, escrita por los Profesores Granjel y Goti Iturriaga, que es lo mejor y más completo que se ha escrito sobre la historia de los hospitales vascos, a la que por nuestra parte únicamente nos hemos acercado.

## BIBLIOGRAFIA

- CREUHET GANDIAGA, María José: *Historia médica de Ordizia (Guipúzcoa)*, Tesis Doctoral, Salamanca 1986.
- GOTI ITURRIAGA, José Luis: *Historia de los hospitales vascos, I. Navarra*, Salamanca 1981.
- GOTI ITURRIAGA, Pedro María: *Mapa sanitario de Navarra (Siglos XIX-XX)*, Tesis Doctoral, Salamanca 1982.
- GRANJEL, L.S.: *Historia de la medicina vasca*, Salamanca 1983. *Historia General de la Medicina Española*, 5 vols., Salamanca 1978-1986.
- La Medicina Vasca en la época del Conde de Peñaflores*, Actas del Primer Congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, Bilbao 1985.
- LEUNDA SALAZAR, Yon: Aproximación a la historia sanitaria de la villa de Tolosa, *Cuadernos de Historia de la Medicina Vasca*, II, Bilbao 1986.
- MADOZ, Pascual: *Diccionarios geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar*, 2.<sup>ª</sup> ed., I, Madrid 1846, p. 208; IX, Madrid 1847, pp. 105-110; y XVI, Madrid 1850.
- MARTINEZ RODRIGUEZ, Juan José: *Historia médica de Irún. 1546-1936*, Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco 1990.
- PLACER GALAN, Carlos: *Ejercicio profesional de médicos y cirujanos en San Sebastián durante el siglo XIX*, Tesis Doctoral, Salamanca 1990,
- RIERA, Juan: *Planos de hospitales españoles del siglo XVIII*, Valladolid 1975.
- ROJO, Anastasio y RIERA, Juan: *Epidemias, hospitales y guerra en Guipúzcoa y Navarra a finales del siglo XVIII (1793-1795)*, *Estudios de Historia de la Medicina Vasca*, 12, Salamanca 1983.
- SANTIAGO URQUIJO, Fernando de: *Historia de la medicina en la villa de Hernani*, Tesis Doctoral, Salamanca 1985.
- UNDABEITIA LAJUSTICIA, Carlos: *Mapa histórico-sanitario de Guipúzcoa (Siglos XIX-XX)*, Tesis Doctoral, Salamanca 1982.