

# Historia de la Enfermería en Álava

**Manuel Ferreiro Ardións**  
**Juan Lezaun Valdubieco**

**Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava**







# **HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN ÁLAVA**

Manuel Ferreiro Ardións – Juan Lezaun Valdubieco

Colaboradores:

M<sup>a</sup> Pilar Aguirre Casillas.

Carmen Gistau Torres.

Aurora Herrera Arce.

Marixa Larreina Zerain.

Ángela Pradell González.

Colegio Oficial de Enfermería de Álava  
Comisión de Historia y Humanidades

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia sin permiso previo de los autores, quienes se reservan todos los derechos de esta obra.

© Manuel Ferreiro Ardións/Juan Lezaun Valdubieco.

Foto Portada: Acogida del matrimonio hospitalero. Anónimo.

Edita: Colegio Oficial de Enfermería de Álava.  
Senda de los Canónigos, 2 bajo. 01002 VITORIA (Álava)  
Tfno. 945 274877 Fax. 945 289806  
[www.enfermerialava.org](http://www.enfermerialava.org) – [colegio@enfermerialava.org](mailto:colegio@enfermerialava.org)

Imprime: mccgraphics. Planta Evagraf.

I.S.B.N.: 978-84-612-3716-6  
CDU: 93:614.253.5 (460.156)  
D.L.: VI-121/08

1ª edición: mayo de 2008.

## Abreviaturas.

A.D.V.	Archivo Diocesano de Vitoria.
A.H.N.	Archivo Histórico Nacional.
A.H.P.A.	Archivo Histórico Provincial de Álava.
A.M.V.	Archivo Municipal de Vitoria “Pilar Aróstegui”.
A.R.CH.V.	Archivo de la Real Chancillería de Valladolid.
A.T.H.A.	Archivo del Territorio Histórico de Álava.
A.T.S.	Ayudante Técnico Sanitario.
AA.JJ.GG.	Actas de las Juntas Generales de Álava,
AA.MM.	Actas o acuerdos municipales.
B.N.	Biblioteca Nacional.
C./c.-Caj./caj.	Caja.
Cfr.	Confróntese.
Coor.	Coordinador/a. Coordinado por.
D./d.-Doc./doc.	Documento.
Dir.	Director/a. Dirigido/a por.
DRAE.	Diccionario de la Real Academia Española.
Ed.	Editor/a. Edición de.
Fol./fol.	Folio.
F.S.S.	Fundación Sancho el Sabio.

Ibidem.	En el mismo lugar. Igual que la anterior.
L./l.-Leg./leg.	Legajo.
Lib./lib.	Libro.
Op. Cit.	Obra citada.
Pág./Págs.	Página/Páginas. Ocasionalmente P./PP.
R./r.	Recto. Anverso de un folio o a la derecha.
R.D./R.O.	Real Decreto./Real Orden.
RR.CC	Reyes Católicos.
Sic.	Copia textual, aunque pueda parecer incorrecta.
V/v.	Verso/vuelto. Reverso de un folio o a la izquierda.



## Agradecimientos.

Al Colegio Oficial de Enfermería de Álava, por darnos cobijo; a su Junta de Gobierno por apoyarnos; a Maite y Rosa, por el trabajo extra nunca agradecido lo suficiente.

A Sor Aurora y a Marixa; a Carmen y a Pilar; a Ángela; por aceptar nuestra invitación y aportar su entusiasmo.

Al catedrático de Historia Medieval de la UPV/EHU, Ernesto García Fernández, por su inestimable ayuda con la paleografía.

A los excelentes técnicos de nuestros archivos, a veces más inconformistas que nosotros mismos. Siempre dispuestos a buscar un poco más, sin su saber y buen hacer el árbol de este estudio no sería sino un tronco sin ramas.

A las enfermeras y enfermeros que nos han aportado sus ideas, experiencias y vivencias, puntos de vista y críticas.

A todos los que han entendido la Historia de la Enfermería como parte de la profesión.

## Perdón.

Nada de esto hubiera podido hacerse sin vuestro sacrificio; si alguien nos lo agradece, sois tan merecedores de la recompensa como nosotros.

Perdón por anteponer la profesión con un autoengaño de temporalidad que nunca llegamos a cumplir, devorados, una y otra vez, por un papel, noticia, pista o indicio que reabría puertas que pensábamos tener bien atrancadas. Perdón por el tiempo robado, por las caricias olvidadas, por los mimos ausentes, por los deberes sin apoyo, por la televisión sin compañía, por el complejo de madres solteras, por el de hijos huérfanos. Perdón por aguantar nuestros enfados y frustraciones, por la letanía de nuestro monotema, por el desorden de los papeles, por esos arreglillos que siguen en tareas pendientes, y por tantas otras cosas que esperamos queden pronto en el olvido.

Perdón a Ana y a Mani, perdón a Ane, Elena, Mario y Mikel. Perdón a nuestras familias y perdón a nuestros amigos.

## Prólogo.

Hosanna Parra Vinós

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Álava.

La investigación sobre Historia de la Enfermería conoce, desde la década de los noventa del siglo pasado hasta hoy en día, un importante desarrollo siendo el número de eventos y publicaciones relacionados con la materia un buen exponente de ello.

En el año 2005 un pequeño grupo de profesionales de enfermería de Álava, comienzan su andadura en este campo, centrandó su interés en nuestro Territorio Histórico. Gracias a su esfuerzo y dedicación sale a la luz su primer libro, respaldado por este Colegio, bajo el título de “La enfermería y el hospital Santiago en la Vitoria del siglo XIX”.

Este primer trabajo será el inicio de un interés creciente, por parte de los autores, en profundizar sobre el desarrollo de la Enfermería, marcándose como reto recoger en un único documento datos dispersos por múltiples archivos y bibliotecas que aportaran luz sobre la Historia de la Enfermería en Álava.

Así, el trabajo que aquí se presenta es fruto del esfuerzo, la ilusión, y la dedicación de dos compañeros, que en su tiempo libre han investigado buscando huellas y evidencias de lo que ha sido el desarrollo de la enfermería en Álava.

Han realizado un recorrido histórico sobre: su evolución y los factores de influencia, los cuidados impartidos en los distintos escenarios sociales, las personas que los realizaban, las técnicas empleadas, los recursos utilizados, las instituciones que los ofrecían y muchas cosas más que nos ayudan a conocer la impronta que la enfermería ha dejado en nuestra historia y sociedad. Además, esta publicación deja una puerta abierta para continuar con el apasionante estudio del desarrollo profesional de la enfermería.

Me gustaría que este documento sirva de sencillo homenaje a todas las enfermeras, a quienes trabajaron y a quienes trabajan, a nuestra profesión tanto preventivo-asistencial como docente-investigadora.

Por último agradecer, de corazón, a Juan y a Manu el cariño y el esfuerzo realizados para que este documento pueda estar en nuestras manos.

## Presentación.

Suele entenderse por serendipia aquellos sucesos de resultado exitoso o feliz que surgieron o se tramaron fruto de errores, casualidades o cualquier otra acción no premeditada.<sup>1</sup> En buena medida esta obra también lo es, ya que comenzó a gestarse en 2004 a partir del hallazgo del documento acreditativo de la conformación del Colegio de Practicantes de medicina y cirugía (sic.) de Vitoria y su provincia el año de 1908, con lo que se abrió la idea de una conmemoración centenaria en el 2008. Partiendo de este objetivo se realizó un muestreo documental en los archivos de Vitoria que vinieron a sugerir la existencia de suficiente información como para tratar de articular una historia de la profesión enfermera en Álava que pudiera concluirse para ese año conmemorativo. Algo más de un año después aparecía la evidencia documental de que el primer colegio había sido constituido el 4 de marzo de 1902 con el nombre de “Colegio Provincial de Practicantes de Álava”, un título demasiado

---

<sup>1</sup> Neologismo del inglés *serendipity* aún no incorporado por la Real Academia Española de la Lengua. Se trata de un préstamo literario de Horace Walpole que en 1754 acuñó el término a partir del cuento persa “Los tres príncipes de Serendip” (antiguo Ceilán, actual Sri Lanka) que hacían, sin proponérselo, grandes descubrimientos. Un sinónimo castellano podría ser el de chiripa.

genérico que hubo de matizarse en 1908 con el complemento de “medicina y cirugía”. Luego la idea de centenario quedaba desvirtuada por caduca; sin embargo, el volumen documental que ya manejábamos y el avance logrado en la plasmación de aquel objetivo tenía ya una envergadura tal que en nada desilusionó este hallazgo, manteniéndose vigente la planificación prevista cuyos resultados hoy se recogen en este trabajo. Resulta pues curioso pensar que si en 2004, al inicio de este proyecto, se hubiera confirmado la constitución del colegio en 1902 probablemente no hubiera supuesto el estímulo que representó haber concluido erróneamente su creación en 1908.

Una vez puesta en marcha la pretensión de esbozar una línea temporal de la actividad enfermera en Álava, se debía contestar en primer lugar para qué puede servir una historia de la enfermería. La rápida respuesta de la ausencia de estos estudios en nuestro entorno geográfico, más allá de las incursiones realizadas por esta Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava, como justificación suficiente, chocaba frontalmente con el desinterés general que la historia de la profesión despierta entre las propias enfermeras, incluidas las docentes, fruto entre otros motivos de la incapacidad para reconocer como antecesoras de la profesión enfermera a las figuras que confluyeron en el acrónimo de ATS en 1953, y mucho menos las que conformaron la del practicante de la Ley Moyano de 1857. Y es que para muchas enfermeras, su labor como profesión civil, titulada, formada y remunerada, es una creación del desarrollismo económico y sanitario de la segunda mitad del siglo XX, quedando lo anterior en una nebulosa confusa de actividad altruista femenina o de vocación religiosa en la que, por ejemplo, practicante no es sólo sino la denominación masculina de la ATS. Alguna vez hemos representado gráficamente esa visión de la enfermería histórica en el subconsciente de la profesión a través del cuadro que un jovencísimo Picasso pintara en 1897, en el que puede verse a ambos lados del lecho de una enferma, a un hombre en primer plano trajeado y tomando el pulso a la paciente, mientras que al fondo una mujer con hábito religioso sostiene un niño en un brazo al tiempo que ofrece un vaso a la enferma. El hombre mira su reloj, la monja a la mujer postrada. El título de esta obra es “Ciencia y Caridad” y resulta obvio decir que

nadie duda de quién es “Ciencia” y quién “Caridad”, siendo expresivo de la percepción estereotipada que la propia enfermería actual tiene sobre un pasado que se le antoja intemporal y que, sin lugar a dudas, desvalora; como ajena a la imagen técnica y científica que la enfermera del siglo XXI trata de mostrar. Sin embargo, la representación de Picasso es real, eso sí, tan sólo para una parte de la enfermería del siglo XIX e imposible de darse en los siglos anteriores.

Este palpable desconocimiento del pasado enfermero, sus actores, sus técnicas, su acción social..., sería suficiente justificación; pero, trayendo a colación la repetida expresión entre la comunidad investigadora en enfermería de que “quien no publica no existe”, en referencia al mínimo impacto científico y social de las publicaciones de enfermería,<sup>2</sup> habremos de señalar que quien no escribe su historia se creará la que otros escriban. Citemos un ejemplo: en 2005 el ayuntamiento de Vitoria publicó la obra “La vida cotidiana de las mujeres en la Vitoria de los siglos XVIII y XIX”,<sup>3</sup> un ambicioso estudio histórico propuesto por historiadoras que, siguiendo la estela de la historia de las mentalidades, proponían un enfoque de género femenino en la historia local de la ciudad. Plausible en muchas de sus páginas, no encontramos alusiones directas a la enfermería femenina (salvo las matronas) a pesar de que desde una perspectiva actual sería una de las actividades en la que pensaríamos de manera automática al plantearnos profesiones “femeninas” y a que su existencia en el hospital de Santiago Apóstol está documentada como hospitaleras desde 1535 hasta 1821, como enfermera segunda entre 1821 y 1823 ó 1826,<sup>4</sup> y después a través de las Hijas de la Caridad y sus enfermeras

---

<sup>2</sup> Nos referimos al denominado “Factor de Impacto” o “Prestigio Factor™” y del análisis que para enfermería publicó la revista *Index de Enfermería*: Gálvez Toro, A; Hueso Montoro, César; Núñez Negrillo, AM., y Amescua, M. “Impacto 2002 de las revistas Españolas de Enfermería y su evolución en los últimos 10 años”. *Index de Enfermería*, 2003; XII (42): 73-77.

<sup>3</sup> Manzanos Arreal, Paloma. Vives Casas, Francisca. “La vida cotidiana de las mujeres en la Vitoria de los siglos XVIII y XIX”. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 2005.

<sup>4</sup> En 1821 se modificaron las Ordenanzas del hospital en pleno Trienio Liberal, pero al regreso de Fernando VII se anularon los cambios sin que tengamos constancia de

ayudantes. Desconocemos si fueron limitaciones documentales o la dificultad para identificar enfermería entre hospitaleros, barberos, sangradores o practicantes los causantes de este silencio, pero al menos llegamos a la ansiada referencia a las matronas bajo el epígrafe de: “2.6. Las comadres o parteras”,<sup>5</sup> en el que tras señalar algunos aspectos que implícitamente expresan un valor y profesionalidad reconocidos a las matronas (salario, permanencia documentada hasta de 40 años con contrato municipal), traen a colación la famosa Real Cédula de Fernando VI de 1750 en el que el Real Protomedicato achaca la muerte de muchas parturientas “*a la impericia y mala conciencia de las mugeres llamadas parteras*”, sin ningún comentario aclaratorio de que con ello se trata de dar oficialidad a matronas tituladas y evitar el intrusismo de parteras y parteros sin formación, dando a entender que todas las matronas vitorianas carecían de capacitación, con lo que no dudan en criticar más adelante -y en este caso motu proprio- el peritaje realizado por las matronas en los tribunales porque, dicen las autoras, “*en realidad eran legas*”. Todo lo cual no es precisamente lo que esperábamos encontrar en una historia de las mujeres escrita por mujeres; y ello porque la historia de la enfermería lleva años defendiendo la usurpación que la cirugía masculina hizo del conocimiento y las prácticas de las matronas,<sup>6</sup>

---

si se deshicieron las nuevas figuras creadas (Enfermero Mayor y Enfermera Segunda en lugar del matrimonio hospitalero predecesor) en 1823, o si éstas perduraron hasta la llegada de las Hijas de la Caridad a últimos de 1826.

<sup>5</sup> Aunque coloquialmente, en la actualidad y en el pasado, comadre y partera puedan usarse como sinónimos de matrona, solamente este último término recoge oficialmente a la profesión autorizada para asistir a las parturientas. Así lo expresa el diccionario de la RAE (22 edición, 2001) en la acepción de matrona; mientras que en la de partera da como segunda entrada la de “mujer que, sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta”, y respecto al de comadre además de indicar como sinónimo sólo el de partera, recoge las acepciones de “alcahueta” o “vecina y amiga...”. Ya en 1785 al elaborar el protomedicato el texto de referencia para examinar a las matronas lo titularon “*Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear*”. Luego, aunque no hay incorrección, sería más legítimo y honroso que el epígrafe hubiera sido el de “las matronas”.

<sup>6</sup> Cfr. Ortiz, Teresa. “Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía”, en López Terrada, María; Martínez Vidal, Álar (eds.), “El tribunal del



fundamentalmente a lo largo del siglo XVII, para después detractarlas desde su posición de poder, acusarlas de malas artes e incluso desvergonzadamente de intrusismo. Se achaca a la cirugía una instrumentalización innecesaria del parto, pero especialmente la reducción de las competencias de las matronas vía la limitación del acceso a la formación y el recorte de sus contenidos a los intereses de los cirujanos, impidiendo con ello no sólo la mejora continua de la profesión mediante el empirismo tradicional, sino especialmente cercenando de raíz toda introducción hacia la experimentación y el método científico que sí desarrolló la cirugía para su provecho. Además, nuestras autoras debieran conocer que desde 1533 las matronas eran competentes como peritas ante los tribunales a partir de un edicto de Carlos V como Emperador, que en su "*Constitutio Criminalis Carolina*" estableció que la opinión de médicos, cirujanos y comadronas tuviera un valor decisivo en las cuestiones referentes a sus respectivas profesiones, siempre que fueran llamadas a declarar ante los tribunales de justicia.<sup>7</sup>

Algo de esto debiera haber sido valorado en "La vida cotidiana de las mujeres en la Vitoria de los siglos XVIII y XIX", pero seamos realistas y respondámonos: ¿Acaso es sencillo para un historiador pensar en la enfermería como generador bibliográfico?, y de hacerlo, ¿no es infinitamente más sencillo localizar textos coetáneos de autores de prestigio, como Valentín de Foronda (1751-1821) que también hincan sus garras despreciativamente sobre las matronas<sup>8</sup> corroborando la versión histórica de la cirugía, que hallar un texto de historia de la enfermería de reducida tirada y alcance casi local que

---

Real Protomedicato en la monarquía hispánica", *Dynamis*, monográfico vol. 16, 1996, págs. 43 a 59.

<sup>7</sup> García Martínez Manuel J.; García Martínez, Antonio C.: "Fechas clave para la Historia de las Matronas en España". *Hiades*, revista de Historia de la Enfermería, núm. 5-6, 1999, págs. 243 a 260. Puntualizamos que dicho edicto se promulgó cuando ya en Castilla se había suprimido el exámen a las parteras en 1523.

<sup>8</sup> "*Todos los dias perecen mil víctimas baxo de estas manos [de las comadres] ignorantes y crueles que hubieran conservado su vida, en caso de haberlas socorrido unos hábiles Cirujanos*". Foronda, Valentín. "Cartas sobre La Policía". Imprenta de Cano. Madrid, 1801. Carta II, sobre la salud pública. Pág. 32. Fechada en 1793.

reclama dignidad y respeto histórico? Evidentemente, las autoras de ese magnífico ensayo no tienen la culpa de las limitaciones documentales y bibliográficas; enfermería sí la tiene.

Luego, ¿es necesaria una historia de la enfermería en Álava? Sinceramente, si la profesión enfermera desea ser dueña de sus actos y de su verdadera historia, sí.

Esta aseveración, de cuya certeza estamos seguros, llevó implícita la decisión de articular esta obra como puerta de entrada a la historia de la enfermería a aquellas profesionales que, interesadas por su pasado, careciesen de las habilidades precisas para dar el paso de entrar en un archivo y solicitar un documento. Esta voluntad de referencia es la que ha llenado el texto de notas que aluden a documentos, textos y archivos en los que se han hallado evidencias históricas de la profesión en Álava, lo que sin lugar a dudas puede dificultar la lectura a quienes crean encontrar en estas páginas un relato; pero no dejar pública constancia de aquellos rincones en los que la ardua y paciente búsqueda ha dado sus frutos -eso sí, no se recogen los muchos más que fueron infructuosos- nos parecía contradecir la propia justificación del estudio y negar uno de los fundamentos en la mejora del conocimiento, la de aportar las evidencias que permitan a otras avanzar en el estudio sin necesidad de partir de cero.

Así pues, si principal es el objetivo de plasmar el pasado enfermero en Álava, igualmente prioritario ha sido el de recoger minuciosamente las notas documentales y bibliográficas que puedan facilitar nuevas aportaciones a este estudio y, ojalá, la realización de nuevas investigaciones que nos corrijan en los errores y amplíen la comprensión y el conocimiento que actualmente tenemos de los actores y las acciones vinculadas al cuidado enfermero.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar las frustraciones que han salpicado nuestro esfuerzo. Muchas debidas a expectativas documentales que no se vieron cumplidas frente a desordenados legajos ilegibles de algunas parroquias y ayuntamientos, a interminables lecturas paleográficas del todo infructuosas o a

desesperantes periodos de hallazgo cero. Pero ninguna comparable al desprecio de algunas compañeras que no dudaron en ningunear nuestro esfuerzo desde sus posiciones de poder disfrazadas de gestoras: comunicaciones no aceptadas<sup>9</sup> o negación de ayudas a Congreso argumentando que la historia de la enfermería no guarda relación con la actividad de la enfermera asistencial.<sup>10</sup> Dice la Historia que es cualidad del autoritarismo pensar que nada de lo que antes de ellos se hizo merece la pena, la conclusión de este estudio demuestra justamente lo contrario.

---

<sup>9</sup> En las V jornadas de Enfermería organizadas por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (2006) no fue admitida una comunicación sobre la acción enfermera en las epidemias de peste en Vitoria en el siglo XVI. Probablemente, y de ello podrán dar fe quienes asistieron al evento, la altísima calidad del resto de comunicaciones y póster aceptados no dio opción a la inclusión de un trabajo sobre algo que no está claro que sea enfermería; ¿Historia?

<sup>10</sup> Suponemos que para nuestra adjunta de docencia la inclusión de la asignatura de Historia de la Enfermería en la troncal de Fundamentos de Enfermería resulta anecdótica y debiera eliminarse del plan de estudios de la carrera.



## Introducción.

Toda historia de una profesión debe ser al mismo tiempo una historia de sus actores, una historia de su ejercicio y, finalmente, una historia que interrelacione actores y ejercicio con la sociedad en que desarrollaron su labor.

Tradicionalmente la historiografía ha prestado mucha mayor atención al ejercicio, al producto (alfarería, hierro, cuero...), que a los actores cotidianos, ya que en la práctica aportaba más información una vasija de barro que saber quién fue el alfarero que la modeló: grado de tecnificación, materias primas, préstamos estéticos, elementos simbólicos, etc. Y ello permitía conocer mejor a la comunidad que los fabricaba, consumía o importaba. Pero una vez superado el conocimiento del producto y su valor social, de relación o de mentalidad, los historiadores han vuelto sus miradas e inquisiciones hacia los productores, tanto en grupo (alfareros p.ej.) como individualmente (relación nominal), en la concepción de que por debajo de los grandes acontecimientos y los grandes protagonistas siempre ha existido una masa de gente cotidiana cuyo devenir ha impuesto, e impone, una evolución menos perceptible pero más duradera de las sociedades que conformaron. Son la minúscula y oculta maquinaria del reloj histórico cuyos movimientos, casi

imperceptibles, van construyendo una historia lenta y precisa que, hasta ahora, sólo hemos percibido externamente a través del movimiento provocado sobre las visibles agujas que han ido marcando las sonoras horas de grandes acontecimientos y personajes.

Así pues, si nuestro propósito es realizar una historia de la enfermería en Álava, más allá de consideraciones temporo-espaciales que trataremos en el punto 2, deberemos incidir en el quiénes eran y qué es lo que hacían para, a partir de ese conocimiento, intentar descubrir qué papel han desempeñado en la sociedad a la que han dedicado su labor, tanto en el pasado como en el presente. Sin embargo, a diferencia de otros oficios y profesiones, esta pretensión se enfrenta a dos grandes dificultades: por una parte la complejidad del quiénes y, por otra, la intangibilidad de su producto. La concepción actual de la profesión enfermera resulta de la sumatoria de varias figuras precedentes que, a su vez, aglutinaron otros oficios previos junto a sus prácticas, las cuales han ido configurando un cuerpo de cuidados complejo y variado de los que, a diferencia del producto de otros profesionales, no ha dejado vestigios tangibles. Aclarar esta doble dificultad resulta esencial para determinar qué y a quién vamos a denominar enfermería en el presente estudio.

## 1. Del cuidado y de los cuidadores.

Algunos historiadores de la enfermería inciden en la necesidad de realizar una historia del cuidado como concreción y nexo de continuidad de la labor enfermera a lo largo de los tiempos. Incluso hay quien defiende hablar solamente de historia del cuidado en lugar de historia de la enfermería, en la línea historiográfica clásica que antepuso la historia de la cerámica a la historia de los alfareros. Es innegable que el énfasis en los cuidados ha proporcionado buenas líneas de investigación, pero todavía persisten muchos interrogantes sobre qué hemos de entender por cuidado de enfermería en el siglo XII o en el XVIII, y aunque la orientación más general es la tendencia a la inclusión acumulativa de los mismos, en función de las distintas prácticas que las figuras precursoras o relacionadas con la actual

profesión enfermera realizaron en su tiempo, resulta evidente la necesidad de ir acotando la interpretación que hacemos de dichos cuidados como enfermeros; al igual que ha de evaluarse la inclusión o exclusión de determinadas figuras en el árbol de la profesión, o al menos cuándo han de incluirse o separarse.

Veamos algunos de estos interrogantes. Hoy, en la profesión, prácticamente nadie discute que el término definitorio de la actividad enfermera es el cuidado, o para ser más precisos, la aplicación de cuidados formales de carácter sanitario<sup>1</sup> a la comunidad en la que se ejerce. Pero se trata de un término muy impreciso. Si únicamente atendiéramos a las diferencias actuales de capacitación y competencias que tienen la idéntica denominación de enfermera en distintos países salta a la vista la inconcreción del término, y si pretendemos argüir la relativa homogeneización que se ha logrado a partir de modelos de enfermería como el de Virginia Henderson, en realidad lo que asumimos implícitamente es que estamos construyendo todavía nuestra profesión a expensas de definir nuestro producto; luego este cuidado contemporáneo, como imagen de una profesión única y universal -“globalizada”-, servirá para una historia futura, pero no del todo para la historia del pasado, ya que históricamente cada grupo social o cultural ha ido elaborando respuestas propias ante el binomio salud-enfermedad que le acerca o aleja al prisma elegido para aprehender el término de cuidado enfermero que, en nuestro caso no lo olvidemos, es una amalgama de actividades propias de tres oficios paralelos a lo largo del último milenio: matronas, practicantes y enfermeras, mencionando sólo la

---

<sup>1</sup> Decimos sanitario y no sociosanitario porque oficialmente el ámbito profesional de la enfermería es la salud, adscrita al concepto sanitario aunque implique aspectos biopsicosociales, mientras que los elementos sociales carecen claramente de límites profesionales y, por una parte, son compartidos por varias profesiones cualificadas y, por otra, incluye trabajadores sin formación ni regulación del ámbito doméstico. No obstante, está claro que la actividad sociosanitaria es patente hoy y lo fue más en el pasado cuando la acción enfermera la situamos en un plano paradoméstico. Tampoco podemos perder de vista, sobre todo en el pasado, el papel de la enfermería como actor religioso, es decir la de aplicar atención religiosa como parte del cuidado.

nomenclatura final de un largo contingente de figuras precursoras. ¿Representaríamos hoy a una enfermera realizando sangrías o extrayendo un molar? En nuestro entorno, rotundamente no, esas técnicas las representaríamos mediante cirujanos u odontólogos y, sin embargo, todavía hace un siglo lo hacíamos y formaba parte del corpus de conocimientos y competencias de una de las figuras que entroncan con la actual enfermera, aquella que a mediados del XIX aglutinaría otros oficios precedentes como barberos y sangradores en la de practicante y que heredaba una rama de cuidados enfermeros, la instrumental, que había caído en manos de aquellos oficiales del cuchillo y las tijeras desde que los seguidores medievales de Galeno<sup>2</sup> subordinaran la cirugía a la medicina como mera habilidad manual supletoria y la Iglesia Católica lo refrendara con su aberración sanguínea.<sup>3</sup> Junto a esa rama instrumental y a las matronas, la enfermería configurada bajo las siglas de ATS en el desarrollismo medico-hospitalario de mediados del siglo XX, unió otra rama sanitaria, la del cuidado inmediato o básico, que algunos puristas defienden como única enfermería, y que puede rastrearse documentalmente en nuestro entorno desde las primeras expresiones cristianas altomedievales, a cuyo proselitismo caritativo debe su extensión, en forma de hospitaleros. Pero este cuidado inmediato -y cuidadores que es más comprometido- es el que algunos autores defienden como presente en la más lejana de las sociedades humanas

---

<sup>2</sup> Galeno, médico y filósofo griego nacido en Pérgamo, actual Bergama en Turquía, probablemente en 129 a.c., muriendo en la misma ciudad en el año 200 ó 216 a.c., ejerció fundamentalmente en la corte imperial romana donde alcanzó un gran prestigio gracias a su gran actividad literaria. Su teoría médica basada en la tradición hipocrática, a la que une elementos de Platón y Aristóteles, encontraría su aceptación en el cristianismo que mantendría casi como dogma sus principios, base de la medicina europea durante más de mil años, hasta que en el Renacimiento se comenzara a poner en entredicho sus afirmaciones, aunque sus ideas se perciben aún hasta la revolución científica. Su nombre a quedado como sinónimo de médico.

<sup>3</sup> “*Ecclesia abhorret a sanguine*”, con esta famosa frase el Concilio de Tours sentenciaría en 1163 el rechazo al contacto con la sangre que expresaba la concepción cristiana de que el cuerpo no era sino una vil prisión del alma. También entendido así por la doctrina islámica, favoreció que la práctica invasiva corporal quedara en manos no doctas y en la de los médicos hebreos.



de las que conocemos vestigio, dando por hecho el carácter innato del cuidado en el Ser humano; sin embargo, con ello introducimos otro factor de discusión, el cuidado formal como expresión de una enfermería dedicada y no doméstica. ¿Dónde ponemos la frontera entre lo formal e informal? No puede basarse en la formación reglada cuando en nuestra profesión ésta fue inexistente (cuidado inmediato) o bien exclusivamente empírica (cuidado instrumental) hasta tiempos de relativa proximidad, por lo que ha de definirse la diferencia por la continuidad en el tiempo de una labor que era aplicada sobre terceros no familiares y mediante contrapartida económica (monetaria o en especie),<sup>4</sup> lo que obliga a incluir entre los cuidadores a curanderos, herbolarios, saludadores, invocadores, etc., tradicionalmente tachados de pseudosanitarios aunque no dejan de ser respuestas específicas de un grupo social al binomio salud-enfermedad que citábamos, luego también son cuidados y son cuidadores. Sin embargo, las directrices que el eje iglesia-medicina galénica impuso desde la alta Edad Media separan perfectamente -sobre el papel- estos actores “paraoficiales”, algunos perseguidos otros tolerados e incluso ensalzados,<sup>5</sup> de los que hilarán las diversas ramas “oficiales” que confluirán en el actual tronco de la enfermería y que, desde los albores de la formación del Estado Moderno, tendrán legislaciones reguladoras que le conferirán un estatus de reconocimiento social y político otorgándoles cierta oficialidad frente a aquellos etiquetados de charlatanes. Este último elemento ha facilitado la selección de oficios, figuras o prácticas que en algún momento han formado parte de la línea que conduce a la actual enfermería, a la vez que margina otras como “no reconocidas en la legislación”, por más que en algunos momentos históricos la separación entre unos y otros sea inapreciable o incluso sean ejercidas por la misma persona, amén del incumplimiento constante de las

---

<sup>4</sup> Paloma Moral propone términos de gratificación o compensación. Moral de Calatrava, Paloma. “La enseñanza de la Historia de la Enfermería en España”. Index de Enfermería vol. 13, núm. 47, Granada 2004, págs. 39 a 43.

<sup>5</sup> El ejemplo característico es el de los saludadores que, amparados por la Iglesia como elegidos, serán contratados por particulares y municipios desde la Edad Media hasta el siglo XIX gozando a veces de similar o mayor prestigio que los profesionales sanitarios titulados.

normativas reguladoras de las profesiones sanitarias hasta finales del XIX que permitirá, fundamentalmente en el amplísimo medio rural, no sólo la supervivencia de respuestas sanitarias no oficiales hasta nuestros días, sino la convivencia aceptada de variadas prácticas que pudiéramos relacionar con competencias de la actual enfermería con una interminable pléyade terminológica de actores sanitarios de los que, en ocasiones, nos resulta imposible establecer cuáles fueron sus diferencias teórico-prácticas más allá del diferente nombre. Para nuestra fortuna, el marco documental del entorno geográfico a estudio -escaso de por sí- apenas recoge algún testimonio de la actividad sanitaria “paraoficial” al margen de los saludadores, y los que aparecen referidos a la práctica enfermera “oficial” guardan una unidad terminológica mantenida en el tiempo que nos facilita -salvada alguna excepción- su seguimiento. Así pues, renunciamos a incluir en la línea enfermera aquellas expresiones cuidadoras que carecieron de reconocimiento legislativo, civil o eclesiástico, desde la Edad media, lo que no impide que reconozcamos en estas figuras curanderas la idea de precursoras, en el sentido de que probablemente tuvieron un reconocimiento formal en las culturas previas, pero al no lograr tener evidencias documentales de las mismas durante aquellas etapas históricas -aún después será muy escasa-, no podemos establecer una discusión acerca de la ruptura, que sin lugar a dudas supuso, en la tradición cultural del cuidado la extensión del cristianismo por un lado y la formación del Estado Moderno por otro, elementos que situarían a estos actores en una situación, tolerada o perseguida, de ilegalidad.<sup>6</sup> Tal vez si el título del estudio fuera el de historia del cuidado debiéramos incluir toda clase de figura cuidadora, pero entendiendo que el objeto a investigar es determinar cómo se ha configurado la actual enfermería, la inclusión de tales expresiones a partir del medioevo, de por sí confusas y mal documentadas, sólo dificultaría la visión del recorrido efectuado por la profesión. Por lo tanto,

---

<sup>6</sup> Se nos podrá recordar quizá la disposición de los Reyes Católicos de 1477 en la que se incluía dentro de los oficios a examinar por el Protomedicato a especieros y herbolarios, separándolos de los boticarios, pero resulta evidente que con posterioridad quedarán siendo desposeídos por éstos que quedarán como únicos profesionales reconocidos y autorizados.

adscribiéndonos a ese punto de vista legislativo en nuestro caso el problema del quiénes genérico no es tanto el señalar qué oficios pueden formar la línea enfermera, sino el de descubrir cuándo entraron o salieron de esa línea en función de la evidencia documental de nuestro marco temporo-espacial, caso concreto de la cirugía.

Este último término, la cirugía, nos acerca a otro problema del cuidado, el de su vinculación con la curación. Probablemente sea ésta una de las cuestiones que mejor expresa el riesgo en historia de trasladar al pasado problemas del presente, en este sentido resulta casi patológico el empeño de algunos autores en tratar de cortar ataduras con la medicina marcando separaciones entre cuidado y curación en las más remotas sociedades humanas, antes incluso de las primeras manifestaciones del pensamiento racional clásico que establecería la desvinculación de la medicina del componente mágico-religioso ancestral. Hay quien además habla de subordinación del cuidado frente a la curación, e incluso atribuye género a uno y otro, en aquel ámbito temporal incierto de la protohistoria, lo que sólo puede hacerse desde la conjetura y la especulación. Legítimas sí, pero muy discutibles desde el estudio histórico basado en el análisis documental que, en nuestras coordenadas temporoespaciales, resulta imposible con el actual grado de conocimiento de los primitivos habitantes del hoy entorno geográfico de Álava.

## **2. Del tiempo y del espacio.**

Muchos textos sobre historia de las profesiones tienen el nexo común de un desesperado intento por anclar sus raíces en los más remotos destellos de la humanidad, buscando una reafirmación profesional basada en el tiempo más que en el valor de su ejercicio laboral y su papel social; y en ese esfuerzo presuntuoso la enfermería lo tiene fácil, ya que la asunción del cuidado como denominador de su ser -la profesionalización del cuidado- le permite aseverar sin rubor que la consustancialidad del cuidado al ser humano le confiere un carácter innato y, en consecuencia, el privilegio de pocos oficios de haber nacido con el propio Hombre. Curiosamente ese apego a la

naturalidad instintiva del ser humano para el cuidado de su comunidad ha constituido el mayor lastre en el reconocimiento social de la enfermería como profesión, partiendo de la máxima de que no cabe atribuir valor a algo que cualquiera puede hacer. Este empeño en buscar raíces remotas, sin embargo, acostumbra a toparse con la decepcionante parquedad de las fuentes documentales, lo que tiende a corregirse peligrosamente haciendo propias realidades culturales ajenas. Precisamente este miedo a rellenar lagunas temporales en nuestro espacio geográfico con conclusiones o teorías de otros ámbitos, difícilmente trasladables en épocas protohistóricas, es el que nos ha llevado a ser prudentes al acotar el marco temporal a estudio, eludiendo incursiones lejanas que no pudieran someterse a la dictadura del documento, y éste, escaso de por sí en materia enfermera a lo largo de la historia, se hace raquíptico ya en el medioevo para ser prácticamente nulo con anterioridad; luego eludimos hablar de orígenes remotos sustentados en elucubraciones y nos centramos en la expresión de la evidencia documental. Evidencia que presenta como característica fundamental una desproporción temporal que va más allá de lo meramente cronológico como podría esperarse; esto es, que abundan más los datos en el XIX que en el XVI, ya que la información sanitaria presenta notables altibajos cuantitativos en virtud de los cíclicos episodios epidémicos, que hicieron de los sanitarios protagonistas cotidianos en las Actas municipales durante sus dramáticos zarpazos para volver al casi mutismo habitual nada más superado el trance. El silencio justo se rompe con el conocimiento de la existencia de algún actor sanitario a través de los contratos con los municipios o las instituciones, pero apenas descubrimos a alguno que desarrolló su labor de modo privado, si no es mediante hallazgos esporádicos en archivos judiciales o de protocolos. Y si escasos son los datos sobre su existencia, menos lo son sobre su acción, de la que conocemos instrumentos o el marco teórico del que emanaban sus acciones en el caso del cuidado instrumental de barberos o sangradores, pero apenas nada del cuidado básico de los hospitaleros. Tampoco podemos inferir resultados estadísticos de sus actos intangibles, como hoy lo haríamos mediante tablas de morbilidad o mortalidad, porque en primer lugar carecemos de datos fiables hasta

finales del XIX, y en segundo lugar por el abrumador sesgo difícilmente cuantificable de guerras, hambrunas, crisis agrícolas, infanticidio, etc.

Plegados pues a los vaivenes documentales hemos tratado de aportar cierto equilibrio a los diferentes capítulos entre el volumen cuantitativo de los datos sobre prácticas enfermeras y la interacción de los mismos con el actual conocimiento de la sociedad y cultura alavesas de cada uno de los periodos divididos. Así, siguiendo un orden cronológico, hemos propuesto un primer capítulo de antecedentes donde dar cabida a la complicada expresión enfermera en el amplísimo espacio de la prehistoria y antigüedad del hoy territorio alavés, tiempo que si bien aparece bajo un mismo epígrafe se presenta cronológicamente separado en prehistoria, protohistoria, romanización y tardoantigüedad; en un segundo capítulo abarcamos otro largo periodo, el de la Edad Media en la que comienza a configurarse los oficios que desembocarán en la actual profesión enfermera, y cuya parca documentación existente, aun trivial, goza por arte de la escasez de suficiente valor como para ser señalada en su totalidad, siendo dividido el capítulo en Alta y Baja Edad Media; con posterioridad, la Edad Moderna ha sido fraccionada en siglos que, aunque podría tener sentido la secuencia sobretodo Renacimiento-Barroco, ha sido motivada por la desproporción informativa que facilitan las epidemias de peste del XVI que le confiere una entidad única y diferenciada frente a los dos siglos posteriores que nos ha parecido conveniente individualizar, obligando a su vez a separar el XVII y XVIII, aunque en este caso por cambios inherentes a la propia enfermería; el capítulo dedicado al siglo XIX no podía aparecer sino separado, dado que el volumen documental comienza a crecer exponencialmente a partir de 1820 y por la dramática influencia del cólera en el XIX; finalmente el siglo XX ha representado una dificultad especial porque la información paulatinamente se va haciendo inabarcable con los mismos objetivos que en los siglos previos, así el énfasis por recoger un registro nominal de los actores enfermeros desde la Edad Media no puede hacerse, tanto por el volumen como por la política de privacidad documental para los datos personales con menos de 100 años.

Con esta configuración temporal en la que se impone una limitación hacia la antigüedad se nos ha facilitado, sin embargo, el establecer un marco espacial concreto, el de Álava, sin demasiadas complicaciones, ya que la conformación del actual territorio se insinúa ya en el medioevo pleno, a la par que las primeras evidencias documentales sobre enfermería que manejamos, y que con algunas anexiones y desanexiones quedaría ya definido hasta la actualidad hacia finales del siglo XV.<sup>7</sup> En consecuencia, puede asumirse sin grandes errores que el espacio actual alavés es traspasable ya a finales de la baja Edad Media y en este sentido obviamos puntualizar, al hablar de alguna población medieval, si en aquel momento pertenecía o no a la Hermandad alavesa dando por hecho que, de no serlo, será cuestión de un espacio temporal corto que en nada influirá sobre el estudio.

Dicho esto sobre Álava, es necesario puntualizar la peculiaridad del territorio a la hora de planificar un estudio histórico, ya que abarcar todo el espacio provincial implica siempre un indefectible sesgo documental. Hemos advertido que dependemos de la tiranía del documento y para obtenerlo es necesario que éste haya sido generado y conservado -ayudando además que se haya procesado e indexado en algún archivo- para poder preguntarle acerca de nuestros intereses; y en el caso alavés existe una desproporción documental llamativa entre la información generada y conservada por su capital y el resto de la provincia -además de las facilidades para su acceso y consulta y por su indexación- lo que crea una peligrosa dependencia que en más de una ocasión nos lleva a hablar del todo, Álava, cuando en realidad sólo conocemos lo generado en Vitoria, o lo que es más peligroso, a entender un suceso por la información de un único generador, Vitoria, que impondrá su punto de vista sin poder contrastarlo con otras

---

<sup>7</sup> Tomamos como referencia la Hermandad de 1463, que aunque se trate de una fecha política (primeras ordenanzas provinciales y creación de las Juntas Generales) abarcaba la mayor parte del actual territorio que terminaría de definirse en 1502, exceptuando la pasajera incorporación del valle de Orozco entre 1507 y 1568. La fecha la vincularía Díaz de Durana a la expresión usada por los reyes, a finales del siglo XV, a las Juntas Generales de Álava con la que titularía su capítulo en “Álava, nuestra historia”: “...a la Provinçia de la çibdad de Vitoria”.

fuentes.<sup>8</sup> Vale como ejemplo la etiqueta del año 1599, como el de la peste que asoló Vitoria; sin embargo, la epidemia estuvo presente en diferentes brotes desde 1596 en las aldeas del alfoz vitoriano, aniquilando a su población y a muchos de la ciudad, que habían huido a las aldeas por las penosas condiciones del aislamiento de sus murallas. No obstante este drama a los muros de la ciudad, la documentación municipal de Vitoria es muy parca al respecto hasta que se ve afectada intramuros en 1599, en que se multiplica la información haciéndonos ver una gravedad que sólo podemos intuir en las aldeas.

Así entonces, a pesar de la búsqueda objetividad, en más de una ocasión habremos sucumbido a la desproporción documental de Vitoria sobre la provincia, y lo que es peor, en muchas otras sólo se ha contado con la información generada y procesada en la capital.

Habrà de señalarse también, al margen de estas consideraciones temporoespaciales, la cuestión de las modificaciones en la nominación de nuestros pueblos en relación a la política lingüística actual. Dificultad añadida en todo abordaje histórico, hemos seguido las recomendaciones de otros estudios que toman en consideración en primer lugar la fidelidad a la lengua de la obra, en este caso el castellano y, en segundo lugar, a la del momento histórico en que nos situemos, de manera que haya concordancia entre el nombre usado en ese momento y el que aparezca en las fuentes documentales usadas para dicho periodo. Evidentemente, las citas usadas de estas fuentes, así como las bibliográficas, mantienen la grafía original, lo que en caso de la bibliografía se darán las propias consideraciones de sus autores, aunque las consideremos erróneas.

---

<sup>8</sup> En este sentido ya hemos publicado los casos de la peste y del cólera, que se les confiere valor sólo cuando la capital es invadida, quedando minimizado su conocimiento al verse libre Vitoria de las mismas y corriendo el riesgo de pensar, al carecer de información, que tampoco los pueblos fueron afectados.





## Capítulo I. Antecedentes.

### La enfermería en la Era Precristiana.

Tratamos de abordar en este capítulo las manifestaciones que pudieran relacionarse con la enfermería en la Era previa a las primeras expresiones de una estructura consolidada de la Iglesia cristiana en el espacio de la futura Álava, por lo tanto incluyendo en la misma los primeros siglos del cristianismo primitivo vinculado a la etapa romana y visigótica, de los que apenas tenemos conocimiento, coincidiendo con lo que algunos autores etiquetan como tardoantigüedad.

Se trata pues de un larguísimo periodo comprendido entre los primeros vestigios humanos hallados en el área geográfica que hoy ocupa Álava y los primeros indicios de una reorganización político-administrativa estable del territorio tras la desaparición del Imperio Romano. Etapas históricas que tienen en común que su conocimiento se ha materializado con una muy limitada evidencia documental,<sup>1</sup> lo que provoca que cualquier nuevo hallazgo replantee el grado de comprensión que tenemos de aquellos lejanos tiempos; y esto es algo

---

<sup>1</sup> Utilizamos el término documento y documental en un sentido amplio, no refiriéndonos sólo al testimonio escrito, sino incluyendo todo vestigio arqueológico que aporte información.

que sucede con cierta frecuencia a medida que las excavaciones arqueológicas van progresando campaña tras campaña. En estos momentos, como caso más conocido, es lo que está ocurriendo con el yacimiento de la ciudad romana de Veleia que, según los datos avanzados, promete modificar sustancialmente lo escrito y supuesto hasta ahora para el periodo romano; así por ejemplo, la aparición de expresiones de un cristianismo primitivo podría adelantar sustancialmente las fechas barajadas hasta hoy para el inicio de la cristianización de la zona, lo que sin lugar a dudas repercutirá sobre el proceso de introducción de su modelo de cuidado. Igualmente, las normativas urbanísticas que obligan a estudios arqueológicos previos a acciones sobre terrenos catalogados están aportando frutos, merced al impulso constructivo de la última década, especialmente en el medio rural. No obstante se hayan anunciado estos hallazgos, de la mayor parte falta aún la publicación de sus conclusiones así como la revisión de los periodos a los que pertenecen y su acceso para la aplicación por otras disciplinas científicas. Aspectos que evidentemente han dificultado nuestro abordaje de tan dilatado espacio temporal; ya que, a diferencia del resto de periodos a estudio, en éste no manejamos directamente los testimonios documentales, sino que dependemos del cribado previo de otros investigadores de la Prehistoria y Antigüedad en nuestro territorio, lo que –resulta tristemente evidente– lleva parejo la ausencia de preocupaciones enfermeras por aquellos. Finalmente, habremos de señalar que tanto por los propios objetivos de quienes tienen la oportunidad de trabajar con los restos arqueológicos de manera directa, como por la compartimentación en áreas de estudio diferenciadas del periodo abordado en este capítulo, y especialmente por las características específicas del legado arqueológico recuperado en cada etapa, no podemos sistematizar un abordaje común para todo el periodo Precristiano y, en consecuencia, nuestros objetivos y métodos varían de la Prehistoria al Hierro, de éste a la romanización, y son completamente diferentes para la tardoantigüedad, aunque en conjunto, por su limitado corpus documental en cuanto a enfermería se refiere, hemos optado por englobarlos todos bajo este título general de Antecedentes, estableciendo el corte final en la evidencia de una

organización eclesial cristiana estable y amplia en la entonces ya denominada Álava.

La elección de la primera estructura de la Iglesia cristiana en nuestro área, simbolizado por el Obispado de Armentia,<sup>2</sup> tiene una finalidad claramente didáctica y lleva implícita nuestro reconocimiento a la generalización de la doctrina cristiana como motivador e impulsor de nuevas formas de entender y practicar cuidados enfermeros de los que hoy, para bien y para mal, somos herederos sin solución de continuidad. Esta consideración genérica de una Era Precristiana no nos impide dividir el capítulo en apartados temporales que respeten más metodológicamente las divisiones históricas clásicas; no obstante, consideramos que es preciso marcar un punto de corte secundario que, de contar con mayor documentación y conocimiento, hubiera justificado dos capítulos independientes. Nos referimos al crucial salto cualitativo en la evolución de la sociedad humana que supuso el paso del pensamiento mítico al racional,<sup>3</sup> y que en el mundo occidental representamos por la configuración de las denominadas culturas clásicas, siendo su concreción terminológica y temporoespacial, dentro del marco sanitario, el *Corpus Hippocraticum*.<sup>4</sup> En nuestro caso, salvo la aparición de evidencias documentales que lo contradigan, hemos de suponer que entre los primitivos pobladores del área geográfica de la actual Álava no se produjo este tránsito del pensamiento mítico al racional hasta la

---

<sup>2</sup> Desconocemos el proceso de creación del obispado alavés, que pasaría al de Calahorra a finales del siglo XI, aunque tradicionalmente se habla de un inicio durante el siglo noveno, a la par de las primeras expresiones del territorio como “Álava” en las crónicas de Rey astur-leonés Alfonso III. El actual proceso de recuperación de los vestigios de la primitiva basílica (¿catedral?) de Armentia parecen apuntar a fechas más tempranas aún sin confirmar, de similar manera a como las excavaciones en la Catedral de Santa María han confirmado poblamientos densos en la colina de la futura Vitoria para al menos el siglo VIII.

<sup>3</sup> Seguimos a Roqué Sánchez, M<sup>a</sup> Victoria. “Médico y paciente. El lado humano de la medicina”. Dux Editorial. Barcelona, 2007.

<sup>4</sup> Conjunto doctrinal de Hipócrates (460 a.C.-355 a.C.), considerado el padre de la medicina, su pensamiento se relaciona con los postulados de Demócrito (filósofo presocrático) y consideró que la medicina debía abandonar la relación con las prácticas religiosas y convertirse en una ciencia experimental.

colonización romana,<sup>5</sup> y de producirse, desconocemos su alcance y difusión entre las poblaciones indígenas así como su pervivencia o desaparición en los confusos siglos tardoantiguos en los que comienza a vertebrarse el territorio alavés, lo que probablemente guarde un cierto paralelismo con la introducción y mantenimiento del cristianismo primitivo como vehículo de mantenimiento del mismo. Esta diferenciación entre lo religioso y lo médico no supone en modo alguno una desmitificación y desacralización de la enfermedad, sino solamente la separación de los actores intervinientes sobre ella, dando inicio a una coexistencia no libre de competitividad. El caso es evidente en la medicina romana dejada en manos de extranjeros y esclavos formados en la tradición griega, a la vez que mantenían su repertorio de culto y ofrendas a dioses curadores, pero tampoco será ajeno el cristianismo que ya tempranamente asociará mártires, santos y vírgenes a la sanación de dolencias específicas, y en un plano más pragmático no debe olvidarse la pugna Iglesia-medicina por el control sobre el moribundo y el paso al más allá que dará lugar a una profusa literatura sobre el *ars moriendi*.

Así entonces, con anterioridad a las fuentes documentales medievales podemos establecer una división teórica en las respuestas sociales de aquellas poblaciones prealavesas con respecto a la salud, asumiendo que hasta la romanización del territorio no habría diferenciación definida entre religión, magia y medicina, lo que sí ocurriría a partir de los primeros poblamientos romanos, desde donde se permeabilizaría entre la población indígena con anterioridad o a la par de las primeras manifestaciones cristianas<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Esta suposición es compartida por Granjel al señalar que “Roma introduce la medicina profesionalizada de procedencia griega que se practicaba en todo el Imperio”. En Granjel, L.S. “La medicina española antigua y medieval”. Ed. Universidad de Salamanca, 1981.

<sup>6</sup> Insistimos en el aspecto documental, ya que no puede descartarse influencias previas a la romanización entre las gentes foráneas que se asentaron en el territorio a partir del bronce pleno vinculadas al parecer a culturas indoeuropeas y celtíberas, y que tal vez aportaran nuevas concepciones sobre la enfermedad, no racionales en el sentido clásico, pero sí quizá influenciadas por los contactos con la Grecia arcaica.

Veamos pues esta evolución a partir de los primeros testimonios humanos hallados en el espacio geográfico de lo que se convertirá en la actual Álava.

### **I.1. Prehistoria.**

Aunque existen vestigios arqueológicos de poblamiento o itinerantes de humanos en nuestro entorno desde el Paleolítico, no será hasta el Neolítico cuando el asentamiento de grupos estables, junto a la práctica de ritos funerarios de carácter inhumatorio, permita el hallazgo de restos humanos vinculados a construcciones megalíticas y cuevas sepulcrales con dataciones de hasta seis mil años, si bien la mayor parte corresponden a la primera mitad del III milenio a.C.<sup>7</sup>. Estas estructuras pétreas, dólmenes fundamentalmente, junto a las cuevas sepulcrales, están relacionadas con ritos de tránsito al más allá que nos indican un pensamiento creencial y mágico-religioso desarrollado entre aquellas gentes, por lo que se podría suponer con cautela que, probablemente, estas sociedades entre el Neolítico y el Bronce asentadas en nuestro territorio tendrían también una cierta comprensión sobre la enfermedad, la cual podría asemejarse, al menos en lo básico, a la documentada en las primeras civilizaciones asirio-babilónica y egipcia que, por su simplicidad, no debiera ser extraño suponer un paralelismo en aquellos constructores megalíticos. Según este planteamiento la enfermedad se presentaría dividida en dos manifestaciones según lo evidente de su causa: la enfermedad natural, de origen traumático (una herida en combate) o ambiental (una picadura) -lo que no impediría la mediación divina en su producción-; y la sobrenatural, de origen divino y características punitivas.<sup>8</sup> Para

---

De hecho, es sugerente como veremos, la diferenciación arqueológica del poblado de La Hoya.

<sup>7</sup> Armendariz, Angel. "Las cuevas sepulcrales en el País Vasco". Munibe (Antropología-Arkeología), nº 42, pág. 153-160. San Sebastián, 1990.

<sup>8</sup> Tomamos la división de traumático, ambiental y punitivo de Roqué Sánchez (Op.Cit., pág. 53 y ss.), quien lo expresa en relación a los tres modos distintos de concebir la enfermedad en la Grecia arcaica extraídos de los textos homéricos, y que

Roqué Sánchez, *“la enfermedad punitiva, se consideraba la causa primera de la enfermedad. Era enviada por los dioses, por un quebrantamiento voluntario o involuntario de la ley divina, y recaía de forma individual o colectiva”*.<sup>9</sup> Sin embargo, la práctica totalidad de estas dolencias sobrenaturales o de castigo divino debió albergarse en órganos que no han aguantado el paso del tiempo con la misma resistencia que el hueso, tejido más propenso a la enfermedad natural, especialmente la traumática, lo que limita enormemente el conocimiento del influjo de la enfermedad en aquellas sociedades y de sus respuestas a la misma. Debemos conformarnos pues con los vestigios óseos hallados para poder inferir el frágil equilibrio entre la salud y la enfermedad entre aquellas gentes, y ello de manera muy limitada, ya que según F. Etxeberria *“el porcentaje de las afecciones que se manifiestan en el hueso no supera el 10% de entre todas las que debieron padecer los hombres de la Prehistoria según han señalado otros autores”*.<sup>10</sup>

La reacción frente a aquellas dolencias debió de ser igualmente doble, por una parte articulando una terapéutica mágico-religiosa, y por otra, una terapéutica empírica, las cuales alternarían su predominio en función de la etiología evidente de las enfermedades. Desconocemos quién ejecutaría estas respuestas, si fué algo colectivo o si existieron personas específicas para su ejercicio, pero de haberlas, probablemente aunarían en una misma figura el conocimiento y expresión de ambas terapéuticas, capaz de combinar los sortilegios y rituales sanadores con los remedios naturales acumulados por la experiencia.<sup>11</sup>

---

se relacionaría con la transmisión de los conocimientos egipcios y asirio-babilónicos a la Grecia primitiva.

<sup>9</sup> Ibidem, pág. 54.

<sup>10</sup> Etxeberria Gabilondo, Francisco. “La enfermedad en la Prehistoria de Álava” Capítulo I de “Historia de la medicina en Álava”. Ramos Calvo, Pedro Manuel (Dir.). Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País. Vitoria, 1997. Pág. 14.

<sup>11</sup> No tenemos ejemplos claros de la actuación terapéutica, salvo los hallazgos de varios cráneos trepanados con datación neolítica-calcolítica (tres en San Juan ante Portam Latinam -cerca de la actual Laguardia- y uno en Fuente Hoz –en Anúcita-) que tradicionalmente se han entendido como respuestas mágico-religiosas. Es

El conocimiento de los aspectos sanitarios de la prehistoria alavesa, desde el punto de vista médico de la paleopatología, es fruto de los trabajos de Francisco Etxeberria<sup>12</sup> sobre los restos óseos hallados en la provincia. En las dolencias por él recogidas sin lugar a duda fue preciso el ejercicio ajeno de cuidados, esto es, aplicados por terceros, hoy vinculados a la enfermería, aunque no entramos a valorar el carácter de los mismos: si fueron domésticos, paradomésticos o profesionales, y si estuvieron unidos, vinculados o separados de la figura religioso-sanadora, ya que carecemos de elementos suficientes para siquiera aventurar probabilidades. Tampoco eludimos el riesgo de nominar cuidados desde una perspectiva actual, en un arriesgado anacronismo, por ello decidimos centrar el objetivo de este apartado en advertir aquellas necesidades que hubieron de ser cubiertas para, por ejemplo, sobrevivir en clara dependencia tras algunas lesiones descritas por Etxeberria. Lógicamente, partimos de la asunción de que las necesidades humanas se consideran universales -en tiempo y en espacio-, a diferencia de los cuidados, que son respuestas específicas a las mismas de cada una de las comunidades humanas, y por lo tanto cambiantes en tiempo y lugar.

La síntesis citada de F. Etxeberria, recorre los límites temporales atribuidos a la Prehistoria -del Paleolítico al final de la Edad de los Metales-, por lo que no tiene problema en incluir los hallazgos del poblado de La Hoya (junto a la actual Laguardia) con una extensa datación de un milenio entre el Bronce Final y la Edad del Hierro; sin embargo, los importantes cambios culturales y de población que supuso la introducción del hierro tienden a resaltarse con un periodo propio, el de la protohistoria, que a nosotros nos parece también conveniente separar. De ahí que en este apartado hayamos preferido valorar sólo los datos pertenecientes al Neolítico, Calcolítico y Bronce, dejando el Hierro para el siguiente epígrafe.

---

llamativo, la supervivencia de dos casos en San Juan a.P.L. y que los tres casos de la misma se hicieran con técnicas diferentes (barrenado, abrasión e incisión), lo que apoya la idea de que daban un sentido a la enfermedad y trataban de resolverla con métodos e instrumentos ya depurados.

<sup>12</sup> Una síntesis de los mismos puede verse en el capítulo reseñado "*La enfermedad en la Prehistoria de Álava*", donde recoge una extensa bibliografía de su obra.

En el recorrido paleopatológico compilado por Etxeberria pueden verse básicamente cuatro tipos de manifestaciones patológicas óseas: artrosis, fracturas, heridas y afecciones dentales (caries y abrasión). Aunque en general las muestras son muy reducidas -a veces únicas-, queda manifestada la dependencia y pérdida de autonomía que hubieron de suponer estas afecciones entre las gentes primitivas, ya que estas dolencias hacen referencia a males en vida y no a lesiones postmortem.

Reumatismos. Fundamentalmente describe evidencias de artrosis de codo en Gobaederra (en Subijana-Morillas)<sup>13</sup> y de rótula en el dolmen de La Mina (entre Leciñana del Camino y Molinilla), y de manera genérica en columna, fundamentalmente cervical. Todos ellos cursarían con dolor y limitación funcional, lo que evidencia diferentes grados de dependencia en necesidades como la movilidad, descanso, seguridad o alimentación (caza y recolección), tal vez en vestimenta<sup>14</sup> y recreativas, que en buena medida deberían ser cubiertas por otros miembros de la comunidad.

Fracturas. Etxeberria diferencia varias fracturas que considera menos graves con otras de mayor entidad entre las que sobresale la hallada en un fémur en el Dolmen de El Sotillo (en Leza), *“que presenta un exuberante callo de fractura con superposición de los extremos fracturados y cierta desalineación del hueso [...] La pierna que debió de presentar una impotencia funcional completa, sería inmovilizada permaneciendo en reposo durante un tiempo prolongado. Finalmente se formó un callo [...] la pierna izquierda quedó más corta que la derecha y podemos imaginar al individuo cojeando el resto de su vida”*.<sup>15</sup> En este claro ejemplo, el dolor y la impotencia funcional obligarían a cubrir las necesidades del afectado durante un largo periodo de tiempo, en un primer momento en suplencia durante la pérdida de autonomía más severa, desde la lesión

---

<sup>13</sup> También se conoce como Hierbas Largas. Los restos humanos inhumados están datados en el Calcolítico Pleno.

<sup>14</sup> Etxeberria relaciona las artrosis de codo con mecanismos de repetición como *“los que se requieren al perforar y coser”*. Op. Cit. Pág. 16.

<sup>15</sup> Etxeberria, Francisco. *“La enfermedad en la Prehistoria de Álava”*, pág. 18 y 19.



a su rehabilitación física, y en ayuda el resto de su vida. Las necesidades con dependencia irían variando con la mejoría del individuo, pero inicialmente, además del control del dolor mediante inmovilización y probablemente recursos medicamentosos (tópicos y orales, quizá crioterapia con nieve) y mágico-religiosos, estas necesidades serían muy numerosas: movilidad, descanso, seguridad, alimentación, eliminación, recreativas y, tal vez, termorregulación, higiene y de realización. Respecto a estas grandes fracturas debe llamarse la atención sobre la importancia que supuso el asentamiento estable de estas gentes a partir del Neolítico (Eneolítico), ya que en yacimientos paleolíticos -no existentes en nuestro territorio-relativamente cercanos como Atapuerca *“no se ha hallado ni una sola fractura ósea ni indicios de callo óseo. Eso parece indicar que estamos todavía en el reino de la selección natural, en el que estás perfecto de salud o estás muerto”*,<sup>16</sup> ya que en las sociedades nómadas se señala como la principal causa de muerte la de *“dejado atrás”* cuando un miembro es incapaz de seguir al grupo.

Heridas. Ya en las fracturas F. Etxeberria señalaba varias de cúbito en relación a una posible defensa con el brazo frente a la agresión con objeto contundente, como ejemplo de acción violenta en el pasado; las heridas no son sino una muestra más depurada de agresión, ya que se refieren a los hallazgos de punta de flecha enclavadas en hueso de individuos que, al menos en cuatro casos, sobrevivieron con aquel cuerpo extraño que debió causar molestias permanentes y tal vez abscesos recurrentes. Estos ejemplos pertenecen a la cueva sepulcral de San Juan ante Portam Latinam (junto a Laguardia), en la que además aparecieron gran cantidad de puntas de flecha de sílex sueltas con la punta dañada, con lo que se sospecha que pudieron ir alojadas en partas blandas de aquellos humanos,<sup>17</sup> aunque

<sup>16</sup> Barberá, Juan Manuel. “Endocrinología en Atapuerca”. Siete días médicos, núm. 638, del 17/06/2005.

<sup>17</sup> Vegas, J.I.; Armendariz, A.; Etxeberria, F.; Fernández, M.S.; Herrasti, L.; Zumalabe, F. “San Juan ante Portam Latinam. Una sepultura colectiva en el Valle medio del Ebro”. Revista de arqueología. Año XX, núm. 224. Págs. 14-25.

se desconoce si sobrevivieron.<sup>18</sup> En cualquier caso, aunque sólo supongamos supervivencia a las heridas de los cuatro casos constatados por la regeneración ósea, está claro que aquellos individuos heridos o sufrieron mucho y tuvieron suerte, o hubieron de contar con conocimientos para cohibir la hemorragia, eliminar restos accesibles de la flecha y ataduras al sílex, manejar la posible infección y controlar el dolor, aunque no para abrir tejido, extraer la punta y cerrar la herida. Además, por las ubicaciones de los enclavamientos óseos -pelvis, antebrazo derecho, nuca y columna-, hubieron de producir secuelas al menos de dolor a la movilización, lo que les limitaría funcionalmente precisando del apoyo de su familia/comunidad para cubrir sus necesidades.

Afecciones dentales. Fundamentalmente derivadas de la caries y de la abrasión producida por restos minerales en su comida, lo que produciría pérdidas de piezas dentarias y desgaste desde edades tempranas.<sup>19</sup> En este sentido, es ya conocido en Historia de la Enfermería la alusiones a este fenómeno como una evidencia clara de la prestación de cuidados, aludiendo a que, a diferencia de los animales que fallecen de inanición al perder su capacidad masticadora, el ser humano sobrevive, concluyendo, a partir de observaciones antropológicas actuales, que se debe a los cuidados de terceros que les masticarían el alimento; si bien hemos de puntualizar que la habilidad manual del hombre para poder triturar mecánicamente la comida es otra opción no desechable, por lo que no se podría hablar claramente de pérdida de autonomía ni de dependencia en la necesidad de alimentación. También es conocido en otros ámbitos geográficos la utilización de remedios vegetales para las afecciones bucales, especialmente para las infecciones derivadas de unos patrones

---

<sup>18</sup> La posición de algunos restos óseos podría sugerir que se inhumaron en la posición en la que quedaron en el campo de batalla tras el rigor mortis. Así parece sugerirlo Vegas Aramburu, José Ignacio. “San Juan Ante Portam Latinam: Enterramiento colectivo del Neolítico final. Laguardia (Álava)”. Euskonews & Media, núm. 78 (2000/5/12-19).

<sup>19</sup> “De hecho, muchos individuos juveniles muestran ya un acusado desgaste en todas las piezas”. Etxeberria, F. Op. Cit. Pág. 23.

higiénicos deficitarios, produciendo una boca séptica,<sup>20</sup> que debía limitarse a la eliminación de restos interdentes con palillos.<sup>21</sup> Igualmente señalar que la aparición de caries parece estar en relación a la aparición de la agricultura y el aumento del consumo de hidratos de carbono, siendo su incidencia escasa o nula en el Paleolítico.<sup>22</sup>

## I.2. Protohistoria.

Aunque no desaparece completamente, el rito funerario de inhumación en cuevas decae sensiblemente a finales de la edad de Bronce (1.200 a.C.-900 a.C.), sustituida por nuevas costumbres de origen indoeuropeo centradas en rituales de incineración, comunes también entre las gentes celtíberas que darán un salto cualitativo en los modos de vida de la zona a partir de la IIª Edad del Hierro.<sup>23</sup> En el siglo IV a. C. se documenta la dualidad ritual, más conocida en los pueblos íberos, de inhumaciones exclusivas para neonatos e individuos infantiles dentro de los poblados y generalmente en el interior de las viviendas junto a la pared; e incineraciones para adultos

---

<sup>20</sup> Se publicaba en agosto de 2007, a modo informativo, el hallazgo de una brea de abedul con huellas dentales de hace unos 5000 años (Neolítico) que se habría masticado para aliviar algún proceso infeccioso bucal dadas las propiedades antisépticas de la corteza del abedul. El Correo digital, área de sociedad. Consultado en <<http://www.elcorreodigital.com/alava/20070820/sociedad/chicle-anos-historia-200708201238.html>> el 20/08/2007.

<sup>21</sup> No tenemos datos concretos de ello en los restos alaveses, pero está bien documentado desde el paleolítico, por ejemplo en las mandíbulas halladas en Atapuerca, aunque pertenezcan a neandertales y no a homo sapiens, y recogido en los trabajos divulgativos de Juan Luis Arsuaga. Nosotros hemos preferido señalar una fuente médica que usa dicha bibliografía: Barberá, Juan Manuel. “Endocrinología en Atapuerca”. Siete días médicos, núm. 638 del 17/06/2005.

<sup>22</sup> Ibidem. “*En cambio, no hay una sola caries en los dientes de la Sima*”, refiriéndose a los hallazgos de Atapuerca.

<sup>23</sup> Los celtíberos son también de raíz indoeuropea, cronológicamente se diferencia a los primeros indoeuropeos como Hierro I, atribuyéndoseles la introducción de este material. La evolución en la meseta y cuenca mediterránea de éstos, por su contacto con griegos y fenicios, daría lugar a la cultura y pueblos celtíberos que, a mediados del milenio llegan a nuestro área por el corredor del Ebro, denominándose Hierro II.

enterrándose los restos de manera individual en cementerios cercanos a los poblados.<sup>24</sup>

Estos cambios en el mundo espiritual llevan implícitos la práctica desaparición de restos óseos, quedando, en nuestro entorno, prácticamente reducidos a los hallados en el poblado de La Hoya (junto a Laguardia), fruto de una acción bélica que redujo a cenizas la población dejando numerosos cadáveres bajo los escombros, donde permanecieron hasta su hallazgo en 1935. Por su parte, los restos infantiles inhumados, dada su fragilidad –más teniendo en cuenta que muchos eran neonatos- apenas aportan información salvo la propia del ritual y la evidente mortalidad infantil, que se considera elevada.<sup>25</sup>

Esta limitación de restos óseos no impide, sin embargo, destacar la importancia de este último milenio de la Era Precristiana, dado los grandes cambios socio-culturales y económicos que supuso la introducción de la cultura del Hierro a la par, y quizá de la mano, de la llegada de gentes celtíberas a través del corredor natural del Ebro, entorno a mediados del milenio, conformando un territorio dividido o mezclado de tradiciones megalíticas (ahora cromlechs y menhires), indoeuropeas<sup>26</sup> y celtíberas. De entre ellas, el más claro exponente del

---

<sup>24</sup> Cfr. Armendariz, Angel. “Las cuevas sepulcrales en el País vasco”. Munibe (Antropología-Arkeología), núm. 42. San Sebastián, 1990.

Sáenz de Buruaga, Andoni. “La antigüedad prehistórica”, en Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

Filloy Nieva, Idoia. “Rituales funerarios pre-romanos en Álava y su perduración”. Euskonews & Media, núm. 4.

<sup>25</sup> No hay datos cuantitativos, aunque para Etxeberria, Filloy y Gil los restos hallados “*lo que sí están indicando, es una elevada mortalidad infantil relacionada sobre todo con el alumbramiento, que debía constituir uno de los momentos de mayor peligro para la vida del niño y, probablemente, de la madre*”. Etxeberria Gabilondo, Francisco; Filloy Nieva, Idoia; Gil Zubillaga, Eliseo. “Testimonios en torno a la medicina durante la Protohistoria y antigüedad alavesas”. Vitoria, 1997.

Como aproximación a esta mortalidad infantil, Filloy señala que “*En Atxa (Vitoria-Gasteiz) por ejemplo se localizaron un total de 49 inhumaciones infantiles, siendo espectacular el caso de uno de los fondos de cabaña en cuyo interior hallamos 15 niños enterrados junto a sus paredes*”. Filloy Nieva, Idoia. “Rituales funerarios pre-romanos en Álava y su perduración”. Euskonews & Media, núm. 4.

<sup>26</sup> Utilizamos el término Indoeuropeo a modo de grupo cultural diferenciado, que es como lo utilizan todos los autores que señalamos en las notas; no obstante, somos

momento protohistórico son los poblamientos de corte celtíbero, cuyo ejemplo más representativo es el poblado de La Hoya<sup>27</sup> que, documentado desde el Bronce final, a mediados del siglo V a.C. va a producirse una profunda remodelación del mismo, testimonio del inicio de un proceso urbanizador de índole celtiberizante -bien por asimilación o por colonización- que muestra elementos de una incipiente preocupación por la higiene pública y privada, como serían la presencia de aceras y piedras pasaderas o la distribución de algunas viviendas en tres estancias.<sup>28</sup> También resulta de gran interés que, por primera vez, se documenta la separación de funciones con un claro sentido jerárquico o de preeminencia social, hallándose una necrópolis con restos cremados acompañados de un abundante y rico ajuar que se han adscrito a una casta militar dividida en infantes y caballería, lo que hay que completar socialmente con evidencias de una agricultura excedentaria, comercio y artesanado.<sup>29</sup> Estos ejemplos de división social cobran importancia para nosotros cuando Etxeberria, Filloy y Gil interpretan diferentes objetos hallados en La Hoya como instrumentos medico-quirúrgicos, unos, y como de potencial uso medico-quirúrgico, otros.<sup>30</sup> Instrumentos que, como los ajuares de la

---

conscientes de que en sentido estricto, Indoeuropeo sólo puede asociarse a elementos lingüísticos, es decir, no existe un pueblo específico Indoeuropeo.

<sup>27</sup> Su abandono a lo largo del siglo III a.C. sin posteriores ocupaciones estables ha permitido una reconstrucción más coherente del espacio y del momento de la Cultura del Hierro en nuestro territorio, a diferencia de otros yacimientos, como el de la Veleia carística que, siendo espectacular, su larga perduración y su profunda romanización limitan los hallazgos y comprometen su datación e interpretación, sucediendo de modo similar en otros poblados como el de Atxa.

<sup>28</sup> Filloy Nieva, Idoia. “La Hoya. Museo y poblado”. Documento informativo del museo del yacimiento de La Hoya.

<sup>29</sup> Cfr. Los textos de Idoia Filloy citados y el trabajo de Llanos Ortiz de Landaluce, Armando. “Guerreros del hierro: Un grupo armado organizado, en el poblado de la Hoya”. Euskonews & Media, núm 67 (2000/2/18-25).

<sup>30</sup> Etxeberria, Filloy y Gil (Op.Cit. Págs. 52 a 55) recogen en La Hoya una espátula-sonda y una serie de pinzas con abrazadera o ajustador corredizo que suponen y etiquetan como “*instrumentos de tipo quirúrgico-sanitario*”, a los que añadirían otros útiles de uso general pero susceptibles de ser usados en la práctica sanitaria, tales como cuchillos/navajas, tijeras, agujas o fibulas con un potencial uso de grapa quirúrgica.

necrópolis guerrera, presentan un grado de tecnificación y adorno muy elaborado, por lo que con mucha probabilidad fueron de uso de una clase curadora, probablemente religioso-curadora al estilo druida celta, claramente diferenciada y socialmente preeminente.

Ya hemos advertido sobre el compromiso de tratar de señalar una vinculación cuidadora a esta élite medico-sacerdotal, o sobre la existencia de cuidadores paradomésticos que ayudaban/colaboraban con aquellos. Desde el punto de vista de la información con la que contamos sólo podemos aseverar que la figura mágico-religiosa-curadora que se ha supuesto desde la confirmación de rituales funerarios en nuestro territorio (Neolítico) finalmente adquiere consistencia testimonial en la Edad del Hierro, si bien indirectamente, a partir de la identificación de herramientas de uso medico-quirúrgico.

Otra cuestión que se nos plantea, como hipótesis, es la de adjudicar a estas gentes de la segunda Edad del Hierro alguna asimilación de la revolución cultural que se estaba produciendo en la Grecia Arcaica desde el siglo VI a.C., y que culminaría con la separación del sacerdote y del curador que hemos simbolizado con el *Corpus Hippocraticum*. La base de este supuesto reside en que la datación de los hallazgos a los que nos referimos corresponde a mediados del siglo IV a.C. y a individuos de cultura celtíbera llegados de la meseta o del bajo Ebro, por lo que probablemente contaban con alguna relación con las civilizaciones mediterráneas (fenicia y griega) asentadas en la península, lo que sería compatible con la hipótesis. También la aparición de una serpiente de hierro en el interior de una vivienda en La Hoya, “objeto sin ninguna utilidad específica, pero tal vez protectora del colectivo que habitaba dicha vivienda”,<sup>31</sup> podría estar en relación con las representaciones serpentiformes ligadas al culto del *Asklepios* griego.

Señalar que lo expuesto aquí como representativo del Hierro en nuestro territorio, reduciéndolo a La Hoya, no puede ser extrapolado a otros yacimientos del mismo periodo, tal como advierten Etxeberria, Filloy y Gil, ya que la pervivencia de tradiciones megalíticas, y la más

---

<sup>31</sup> Etxeberria, Filloy y Gil. Op. Cit.

reciente indoeuropea, conviven con la celtibera que, quizá, sólo pueda corresponderse geográficamente con el espacio atribuido a la Beronia (aproximadamente la hoy Rioja alavesa), y no a Caristios, Várdulos y Autrigones que también ocupaban partes de la actual Álava a finales del milenio.<sup>32</sup> Lo que deja un cierto vacío espacial sobre el resto del territorio, en el que podemos suponer, tal vez, un menor desarrollo empírico/instrumental y una pervivencia más acusada de modelos mágico-religioso-curadores que, por otra parte, subsistirían en los poblados celtiberos, ya que el evidente desarrollo técnico -habrá que intuir que acompañado de éxito curador- no sería sino una manifestación del conflicto entre la interpretación punitiva de la enfermedad y los primeros destellos de interpretación racional-empírica, tal como estaba sucediendo en la Grecia arcaica o, quizá, como hemos aventurado hipotéticamente, como eco de aquella.

Como muestra de esa medicina creencial en la Hoya se han hallado varias figuras en barro que se han interpretado como exvotos<sup>33</sup> de finalidad curativa corporal. También en la necrópolis guerrera parte del ajuar se ha identificado como amuletos profilácticos o de protección y, finalmente, los restos de cornamenta de ciervo implantadas en su muralla debieron estar relacionados con sacrificios fundacionales o ritos de protección. Rituales que, con cambiante

---

<sup>32</sup> Así, Gil refiriéndose al *oppidum* caristio de Veleia durante la II Edad del Hierro, define la relación celtibera con una expresión indeterminada: “*con aculturación celtibérica*”. En Gil Zubillaga, Eliseo. “Iconografía cristiana sobre sigillata tardía de Iruña/Veleia”. Isturitz núm. 9, 1997, págs. 817-821. Tal vez marcando una diferenciación en la permeabilidad cultural entre distintos grupos sociales (¿económicos?) siguiendo la suposición de Ramón Loza de una doble ocupación territorial: celtiberos como dominantes y formadores del cuerpo documental/arqueológico visible, y un “*lumpen indígena*” (quizá euskérico) sólo visible tras la caída de Roma. Loza Lengaran, Ramón. “La incorporación al mundo romano”. En Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. Y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983.

<sup>33</sup> Exvoto: (Del lat. *ex voto*, por voto). 1. m. Don u ofrenda, como una muleta, una mortaja, una figura de cera, cabellos, tablillas, cuadros, etc., que los fieles dedican a Dios, a la Virgen o a los santos en señal y recuerdo de un beneficio recibido, y que se cuelgan en los muros o en la techumbre de los templos. 2. m. Ofrenda parecida que los gentiles hacían a sus dioses.

Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, vigésima segunda edición.

representación pero con idéntica finalidad, perduran hoy día, como evidencia del carácter inherente de los mismos al Ser humano, sólo que entonces, a diferencia de hoy, debieron formar parte de un mismo concepto global representativo del esfuerzo por verse libre de la enfermedad, en lugar de la actual división entre religiosidad, medicina y superstición.

Señalar también que, aunque es posible que cada grupo tribal tuviera sus propios matices a la hora de procurarse salud y protección, en términos amplios no parecen existir elementos diferenciadores respecto a lo conocido sobre los aspectos sanitarios de Íberos y Celtas, por lo que se podría asumir para nuestro territorio las conocidas observaciones sobre aquellas gentes realizadas por Estrabón (63 a.C.-19 d.C.) y Plinio el viejo (23 d.C.-79 d.C.), en relación al conocimiento empírico sobre plantas medicinales, alimentación, higiene, descanso y otras costumbres, como la de sacar los enfermos a los cruces de caminos para consultar a los transeúntes acerca de posibles remedios, lo que algunos autores interpretan como una pervivencia del “*dejado atrás*” característico de los pueblos nómadas. Interpretación que no compartimos y que nos parece que habría que relacionar más con la costumbre, también íbera, de indicar en las puertas de las habitaciones los remedios que habían devuelto la salud a sus moradores; es decir, estarían abiertos a la búsqueda, mejora y transmisión del conocimiento.

Matizando nuevamente las más que probables diferencias entre el valle del Ebro y el resto de nuestra actual provincia, podemos señalar que en las áreas más avanzadas (Celtíberas), se habrían logrado superar los umbrales de la autarquía mediante cosechas excedentarias (aunque supongamos crisis productivas cíclicas características) y las evidencias comerciales. También las características constructivas indican mejores calidades de vida y de condiciones higiénicas. Todo ello tendría su repercusión en una mayor facilidad para cubrir determinadas necesidades humanas: alimentación e hidratación, vestido o seguridad. Igualmente se les puede atribuir el conocimiento terapéutico de variada flora que pudiera influir en necesidades como dolor, termorregulación o sueño; y, por las



evidencias instrumentales, parece obvio suponerles capacidades para limitar dolencias de origen traumático. Finalmente señalar que, a través del paralelismo cultural y técnico, con toda seguridad estas gentes celtíberas usaban de técnicas descritas en los íberos y que, a partir del medioevo, vamos a incluir en el corpus competencial de los barberos, sacamuelas y algebristas: sangrías, cauterios, vendajes, extracciones dentarias o reducción e inmovilización de luxaciones y fracturas.<sup>34</sup>

Estas presunciones sobre sus capacidades y conocimientos no nos facilitan, sin embargo, discernir quién ejercía tales acciones, si era una persona única o si existían varias -agrupadas o en competencia-, si contaban con colaboradores, auxiliares, aprendices, etc. Y especialmente el régimen en el que realizaban sus funciones; es decir, ejercían públicamente y sin distinción a toda la comunidad, como parece atribuirse a aquellas culturas del Hierro,<sup>35</sup> o había distinciones jerárquicas en función del orden social o económico. Por último, aunque igualmente se ignora, se presume que hasta la romanización no se daría el ejercicio de finalidad sanitario-curativa con carácter privado o con orientación crematística.

### **I.3. Romanización.**

Hemos preferido restringir la dimensión de la Antigüedad en nuestro territorio al hecho de la romanización porque, además de ser la característica principal del periodo comprendido entre el siglo I a.C. y el V d.C., en mayor o menor medida impregna cualquier resto documental del momento. De hecho, fuera del contexto romano

---

<sup>34</sup> Lo que supondría estar más cerca de los conocimientos griegos o alejandrinos que de los romanos de aquella época, ya que “*en la primitiva medicina romana –según testimonios de Catón- tanto las fracturas como las luxaciones se trataban a base de exorcismos*”. Citado por Laín Entralgo, Pedro. “Historia Universal de la Medicina”. Edición digital en CD de Masson multimedia-LV&D. Tomo 2, epígrafe “El final romano”, sin paginar.

<sup>35</sup> Somos conscientes de que esas atribuciones son en buena medida especulativas, o bien tomadas como paralelismo con lo conocido sobre los druidas celtas continentales.

apenas hay información, y la que existe viene, en su mayoría, de fuentes romanas, es decir, tamizada por el punto de vista del colonizador que se autoproclama difusor de la Civilización entre los bárbaros. Así, aunque conozcamos la pervivencia de tradiciones prerromanas, y algún autor suponga que la reaparición de costumbres culturales previas, tras la desintegración del Imperio, sólo puede explicarse por esa pervivencia, lo cierto es que, por un lado tiene un fuerte componente especulativo<sup>36</sup> y, por otro, no parece aportar ningún elemento evolutivo respecto a aquellos que pudiéramos relacionar con la enfermería.

Añadir además, que este apartado dedicado a la etapa romana de nuestro entorno, ha sido pospuesto hasta el último momento, a la espera de la publicación de conclusiones relativas a los excepcionales hallazgos arqueológicos en Veleia, los cuales parecen indicar la presencia de individuos, quizá de una comunidad, cristianizados en torno al siglo III d.C., 200 años antes de las evidencias hasta ahora manejadas. Sin embargo, no habiéndose concluido los estudios, no podemos sino ampararnos en los testimonios del siglo V para comenzar a hablar de cristianización del territorio, especialmente después de la enorme polémica suscitada por los hallazgos en la vieja ciudad caristia que, de confirmarse, obligaría a replantearse cuanto sabemos de la Iglesia paleocristiana.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Sin olvidar la lacra que en nuestro territorio ha supuesto la injerencia política, hambrienta de justificaciones historicistas para sus anhelos.

<sup>37</sup> Los primeros hallazgos corresponden a la campaña de verano de 2005, aunque se anunciaron en los medios de prensa un año más tarde. Entre los restos se encuentra una representación del calvario en una pequeña placa cerámica, datada en el siglo III d.C., con una imagen de Cristo en la cruz en época preconstantiniana y unos 300 años antes de la primera representación conocida de un calvario, hallado en las catacumbas romanas. A pesar de no haberse publicado conclusiones, ni siquiera parciales, y de no conocerse la totalidad del conjunto de cerámicas grafiadas (*ostraka*) recuperado, sino sólo unas pocas muestras presentadas a través de la prensa y no de publicaciones profesionales, se ha encendido una enorme polémica sobre la aparente incompatibilidad entre lo hasta ahora conocido y propuesto, con estos hallazgos; siendo tal la perplejidad, que se baraja especulativamente tanto la posibilidad de que sean verdaderas, falsas, o que no se correspondan el soporte con el grafito, u otros errores de datación estratigráficos o de laboratorio. Las opiniones

Desconocemos el proceso de conquista y colonización romana de nuestro territorio, aunque “*los romanos controlarían civilmente la zona no antes del siglo I antes de cristo*”,<sup>38</sup> es decir, que aunque militarmente pudieran estar presentes desde la centuria previa, el proceso de asentamiento y, en consecuencia, de mayor influencia cultural se iniciaría con la etapa imperial romana. Lo cual tiene una significada importancia a la hora de referirnos a los aspectos sanitarios romanos, ya que con frecuencia se encuentran textos reduccionistas que mantienen como regla general, para todo el periodo, el desinterés de Roma por la medicina, (fuera del ámbito castrense, en el que la cirugía y el cuidado a los heridos había demostrado sobradamente la ventaja de contar con una excelente intendencia sanitaria -los *valetudinaria*-), y su preferencia y confianza por el culto a deidades curativas. De ahí que perviva la idea de que la actividad sanitaria estuvo en manos fundamentalmente de extranjeros y de esclavos que habrían recibido formación de tradición helena y que serían menospreciados por la aristocracia patricia al considerarlas actividades manuales. Aspectos éstos que, con matices, pueden asumirse para la República -la Roma *iatrofóbica* de Catón-, pero no para el Imperio.<sup>39</sup> La expansión territorial romana durante el siglo I a.C. por el Mediterráneo oriental, profundamente helenizado culturalmente, transformará decisivamente la concepción sanitaria de Roma y, por extensión, de su Imperio; igualmente, la evidencia del beneficio táctico que suponía un ejército capaz de restablecerse de sus heridas allá donde estuviera combatiendo sin depender de ciudades asentadas y seguras, implicó la necesidad de asegurar que se cubriesen

---

han podido seguirse en la prensa desde junio de 2006 y perduran. Puede accederse a ellas mediante el simple criterio de búsqueda “Veleia” en las hemerotecas digitales en internet de la prensa local; nosotros hemos accedido a las de <<http://www.elcorreodigital.com/alava/>> y <<http://www.noticiasdealava.com/>>, así como al excelente, y escéptico, foro de <<http://www.celtiberia.net/>>.

<sup>38</sup> Loza Lengaran, Ramón. “La incorporación al mundo romano”. En Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. Y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983.

<sup>39</sup> Aunque algunos autores parten del tutelaje de Julio César para establecer el final de la República y el inicio del Imperio, suele ser más general situar el corte en época augusta hacia el año 27 a.C., o tras la victoria de Augusto en Actio el 31 a.C.

las plazas necesarias en sus legiones. De ahí que la concesión de la ciudadanía a quien ejerciera la medicina en Roma (si había nacido libre) por parte de Julio César en el 46 a.C. y posteriores privilegios como la exención de impuestos y del servicio militar debió atraer a gran cantidad de médicos de cultura griega, pero también impulsaría la formación de libertos e incluso de ciudadanos romanos.

Así pues, centrándonos en nuestro territorio, para atender a los aspectos sanitarios del mismo durante la etapa romana hemos de partir desde la perspectiva del Imperio, no de la República, máxime cuando las muestras de un evidente asentamiento del proceso romanizador en nuestra provincia son a partir de nuestra Era, especialmente desde la dinastía Flavia (69 d.C.-96 d.C.), manteniéndose después una etapa de esplendor que llegaría a finales del siglo III.

El punto de partida, al menos respecto a lo que se refiere a materia sanitaria, es asumir de manera general una profunda aculturación romana de nuestro ámbito geográfico a partir de época Altoimperial que, aún permitiendo la pervivencia de tradiciones previas y su convivencia, crearía un modelo social similar al de otras áreas peninsulares consideradas como plenamente romanizadas, y que cuentan con mayores testimonios documentales que en nuestro territorio.<sup>40</sup> El discurrir de la calzada de Astorga a Burdeos (*iter XXXIV Asturica-Burdigalam*) por nuestra provincia, el mantenimiento del pasillo natural del Ebro Medio y las nuevas rutas desde nuestro solar hacia los puertos cántabros (*Flaviobriga* -Castro Urdiales-), constituyen ejes comerciales de tal envergadura que no dejan lugar a dudas de la vital importancia de nuestro territorio para el orden romano de la zona. Importancia que se ve corroborada por los hallazgos arqueológicos, tanto en cantidad por el más de un centenar

---

<sup>40</sup> La cuestión es compleja y cíclicamente debatida a raíz de cada nuevo hallazgo. Sin lugar a dudas habrá de hablarse de mestizaje cultural, así para el siglo I y II San Vicente expresa que “*Si en el terreno de las infraestructuras la presencia romana era cada vez más evidente, por el contrario la pervivencia de costumbres tanto religiosas como culturales en las lápidas demuestran que el proceso de aculturación no es tan intenso como se podía prever*”. San Vicente, Iñaki. “La huella romana”, en Rivera, Antonio (Dir. Y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

de ubicaciones descubiertas, como en calidad por la presencia directora en el área de una gran ciudad, Veleia, cuyo estado actual de desenterramiento parece confirmar cuantas presunciones se hicieron sobre su gran valor. Y si el espacio geográfico aparece claramente ordenado en función de la estructura comercial universalizada del Imperio -y lo hará durante 500 años- poca duda habrá de su impronta cultural,<sup>41</sup> especialmente en aquellas facetas cuya asimilación podía proporcionar evidentes beneficios, como el caso que nos ocupa de mantener y restablecer la salud.

Y sobre este aspecto, los restos descubiertos en Álava atestiguan la plasmación en nuestro territorio de al menos tres de los cuatro elementos más característicos de la aportación de Roma al mundo de la salud: higiene pública, hospitales militares y desarrollo de la cirugía; quedando como supuesta la cuarta contribución, la legislación de la práctica y de la enseñanza médica.<sup>42</sup>

1. Higiene pública o saneamiento ambiental. Es bien conocida la vinculación de Roma y el agua, así como las monumentales obras de ingeniería y urbanismo relacionadas con ella, que permitirían entre otras mejoras contar con agua corriente, desagües y sistemas de alcantarillado en las viviendas más pudientes de las ciudades, las villas (*villae*) rurales de los terratenientes, y especialmente en las *mansio* ligadas a baños públicos que jalonaban la gran calzada a modo de paradores. Igualmente se ha destacado la preocupación romana por los brotes epidémicos y sus apreciaciones asociativas con lo sucio y lo muerto,<sup>43</sup> de lo que se derivaban actuaciones como no construir junto

---

<sup>41</sup> Discusiones aparte sobre su posible desigual incidencia entre los pobladores indígenas, en función de su raíz indoeuropea y celtibera (¿aristocracia dominante?) o ¿megalítica? ¿euskérica? (¿colonizados por aquellos?).

<sup>42</sup> Aunque cirugía y hospitales militares van de la mano, la presencia en Veleia de gran cantidad de instrumental quirúrgico nos induce a resaltarlo por separado.

<sup>43</sup> Suele mencionarse al respecto la relación que efectúa Estrabón entre peste y ratas a tenor de una epidemia durante las guerras cántabras, y la más conocida de Varrón que relacionaba pantanos con enfermedades producidas por “*animales en extremo pequeños, que no se alcanzan a percibir por los ojos*”. Cita extraída de Finkielman, Samuel. “Marco Terencio Varrón y la causa de las enfermedades”. Medicina nº 67, Págs. 306-308. Buenos Aires, 2007.

a zonas pantanosas, reservar espacios específicos para basureros o prohibir la realización de ritos funerarios dentro de la ciudad.

De entre estos elementos queremos destacar lo referido a los baños y termas por su vinculación con la hidroterapia y sus cuidados que, al renacer la actividad termal y balnearia a finales del XVIII -y muy especialmente a lo largo del XIX-, relacionaremos con la actividad de practicantes,<sup>44</sup> luego entendemos que de alguna manera aquellos trabajadores, esclavos o no, relacionados con los baños son predecesores de la profesión.

Álava cuenta con varios ejemplos notables de baños romanos, la mayoría relacionados con los *mansio*, aunque con un estado muy desigual de conservación,<sup>45</sup> a los que recientemente se ha sumado el hallazgo en Veleia de una zona de baños públicos que, además de su innegable interés sobre la vida social y de esparcimiento en la ciudad, parece tener elementos en buen estado de conservación.<sup>46</sup> La estructura física de estos espacios parece coincidir con lo conocido en

---

<sup>44</sup> Usamos el término ‘practicante’, y no el de ‘bañero’, ya que en Álava la alusión al trabajo balneario y de hidroterapia -en el hospital Santiago por ejemplo- sólo se percibe adentrado el siglo XIX, y es a practicantes a quienes se examina sobre conocimientos en la materia. Siguiendo a Heinz Schott para el caso de los baños franceses del siglo XVIII, los bañeros, también denominados cirujanos impuros (*chirurgie impuri*), realizaban sangrías y escarificaciones en los baños, siendo las ventosas su atributo más reconocible, estaban situados por debajo de la cofradía de los barberos y cirujanos y por eso recibían también el nombre de ‘cirujanos de segunda clase’. Schott, Heinz. “Die Chronik der Medizin”, edición española adaptada por Cid, Felip. “Crónica de la Medicina”. Editorial Plaza & Janés. Barcelona, 2004. Pág. 215.

<sup>45</sup> Cfr. Iriarte Kortazar, Aitor. “Baños públicos romanos en Alava”. Euskonews & Media nº 5; Loza Lenganan, Ramón. “Arcaya. Un asentamiento romano en Vitoria-Gasteiz”. Ed. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1984; Gil, Eliseo. “Memoria de la Campaña de Sondeos estratigráficos en el yacimiento de Albeiumendi (San Román de San Millán, Alava). 1989”. Estudios de Arqueología Alavesa nº 17. Ed. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1990.

<sup>46</sup> El descubrimiento corresponde a la campaña veraniega de 2007 y sólo nos es conocido a través de artículos en prensa a finales de agosto de ese año. Puede localizarse en las hemerotecas de la prensa local, o en internet por ejemplo en la url: <<http://www.elcorreodigital.com/alava/20070823/alava/descubren-yacimiento-iruna-veleia-20070823.html>>

general para estas construcciones, por lo que pensamos que también contaban con el mismo tipo de trabajadores y actividades. Las actividades que señalamos son las de aplicación de aceites aromáticos, ungüentos y masajes -por parte de los *unguentarii* y los *friectores*-, control de la temperatura ambiental y del agua, guía y supervisión de los clientes en el orden de los baños,<sup>47</sup> y atención a las eventualidades (síncopes, hidroclusiones, accidentes, etc.). Puesto que de momento no hay constancia del uso de aguas mineromedicinales o termales naturales, no puede atribuirse acciones relacionadas con ellas, tan extendidas en el modelo decimonónico de balnearios.

Independientemente de la condición social de quien ejecutaba estos cuidados o de si percibían a cambio de su prestación algún tipo de renumeración/compensación -más allá de la mera supervivencia del esclavo-,<sup>48</sup> parece evidente que contaban con algún tipo de formación específica y, muy probablemente, ejercerían de manera continuada en el oficio, mejorando sus conocimientos y habilidades y, lo que es más importante, transmitiéndolos. Hemos de tener en cuenta que, grosso modo, estos baños alaveses funcionaron en plenas condiciones entre el siglo I y el III d.C., perviviendo algunos en precario la centuria siguiente.<sup>49</sup>

2. Los hospitales militares. Constituyen la estructura sanitaria más conocida de la medicina romana, y sirvieron tanto para extender sus conocimientos y prácticas entre los pueblos que dominaban, como para asimilar las de aquellos. Denominados *valetudinaria*,<sup>50</sup>

<sup>47</sup> Los cambios de temperatura entre la habitación fría (*frigidarium*) y la caliente (*caldarium*) exigían de una fase de aclimatación, en la que se aprovechaba para dar los masajes y ungüentos, en la habitación templada (*tepidarium*). Es de suponer que una inadecuada atemperación produciría alteraciones circulatorias sincopales.

<sup>48</sup> Sabemos que en Roma los *capsarii* encargados del guardarropa tuvieron una retribución de 2 denarios por bañista en tiempos de Diocleciano (245-316 d.C.).

<sup>49</sup> Por ejemplo el de Albeiumendi. Iriarte Kortazar, op. Cit.

<sup>50</sup> Etimológicamente traducido por enfermerías, se impone la concepción como hospitales probablemente derivado del uso posterior de términos como Hospital Militar u Hospital de Sangre en los conflictos bélicos. En castellano ha quedado como adjetivo para referirse a la persona enfermiza, delicada, de mucha edad y salud quebrantada.

comenzaron a tomar cuerpo a medida que las campañas militares se alejaban de Roma, precisando cuidados in situ para sus legiones, cuya costosa formación y equipamiento les confería un alto valor añadido, por lo que estos hospitales castrenses, además de garantizar la supervivencia máxima de sus soldados, generaban una notable ventaja sobre sus enemigos. De carácter eminentemente fronterizo, se desplazaban con las legiones a medida que las fronteras se agrandaban, aunque probablemente se mantuvieran en las guarniciones territoriales, como las que jalonaban la calzada de Astorga a Burdeos. Su contribución demostrada en las victorias era tal que, al inicio del Imperio, Augusto creó un cuerpo médico<sup>51</sup> y concedió títulos, tierras y pagas especiales a los médicos que se alistaran en su ejército.

Dada la temporalidad de su fin, y sujeto a la movilidad del ejército, no se han hallado, de momento, vestigios arqueológicos en nuestro territorio, aunque suponemos su existencia, tanto durante la fase de conquista como en las guarniciones, más estables y duraderas, ligadas a la ciudad de Veleia y a la *iter XXXIV*. Tal vez en los restos de este tipo, como el campamento militar de Atxa o los hallados en la zona de Armentia-Zabalgana, previos al actual proceso de urbanización, aporten algún dato al respecto.

La importancia para enfermería reside en que estos centros fueron formadores y procuradores de buena parte del personal sanitario romano que, tras licenciarse en el ejército, es muy probable que ejercieran civilmente en las ciudades del Imperio. No existe un acuerdo respecto a las figuras sanitarias que ejercerían en estos *valetudinaria*, sus cargos, ocupaciones y jerarquías. Y aunque es complicado establecer diferenciaciones profesionales desde nuestra actual clasificación y compartimentación de las profesiones sanitarias, López Pérez defiende como actor enfermero la figura del *discentes capsariorum* como “*personal auxiliar, no médico, ni aprendiz de médico, entrenado para ejercer sus funciones en los hospitales*

---

<sup>51</sup> El término médico proviene precisamente del *Valetudinarium*, ya que el oficial al mando del mismo recibía el nombre de *medicus*.



*militares romanos*".<sup>52</sup> Igualmente, la autora relaciona a estos portadores de la caja (*capsa*)<sup>53</sup> que contenía los medicamentos, vendajes e instrumental para las primeras curas en el campo de batalla, con las imágenes de Telesforo, hijo del dios griego de la medicina *Asclepios*, al que define como "*el dios de los convalecientes*".

Asumiendo la independencia médica de estos capsarios,<sup>54</sup> así como la trascrición habitual de los *valetudinarii* por enfermeros, de los que sabemos menos pero que estarían relacionados con la estructura hospitalaria y los cuidados básicos a los heridos y convalecientes, nos encontramos con una doble imagen de actores sanitarios vinculados a los actuales cuidados de la enfermería: cuidados instrumentales en manos de los *capsarii* y sus aprendices, y cuidados básicos a cargo de los *valetudinarii*, de modo similar a como los hallaremos divididos en la Edad Media y Moderna en forma de barberos y hospitaleros.

Teniendo en cuenta que los *valetudinarii* también estaban exentos de determinadas actividades castrenses, a nuestro parecer sería indicativo de que sus capacidades no podían ser reemplazadas por cualquiera, requiriendo conocimientos y habilidades específicos

---

<sup>52</sup> López Pérez, Mercedes. "Capsarii y discentes capsariorum: sus funciones a través del estudio de sus fuentes". Actas del III Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Ed. Diputación Provincial de Zaragoza. Zaragoza, 2007. Págs. 137-141. También en López Pérez, Mercedes. "Los *discentes capsariorum* como aprendices de capsarios en el ejército romano de época imperial". *Temperamentum* 2005; 2. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0140.php>>.

<sup>53</sup> También podía contener recetarios e historiales clínicos, solía ser de madera en forma circular y con correas para su transporte. El término *capsa*, y por consiguiente el de *capsarius*, es muy genérico, pues así se denominaban también por ejemplo a los esclavos o criados que portaban la caja con las tablillas de arcilla de los escolares pudientes, o, como habíamos citado, a los guardarropa de los baños.

<sup>54</sup> Recordar que tomando en cuenta su carácter de "inmunes" (estaban exentos del trabajo castrense con armas) y su representación en la columna de Trajano en plena acción, vendando y curando heridas, han sido interpretados habitualmente como "aprendices de médicos", y rara vez como enfermeros o expertos en enfermería (tomando *discens* como el aprendiz que ya ha aprendido el oficio).

que les alejaría de la etiqueta de paradoméstico.<sup>55</sup> Etiqueta que en modo alguno podríamos aplicar a los capsarios. Por tanto nos encontramos con un tipo de actores sanitarios, que por sus actividades vinculamos con la actual enfermería, y que presentan rasgos profesionalizados; si bien, por lo comprometido del término, resulta más fácil leer en algunos manuales de historia de la enfermería la expresión de “enfermería formalizada”, aunque habitualmente no lo hacen para referirse a estos actores que nosotros destacamos, sino para aludir a las primeras expresiones de caridad cristiana organizada. Que coinciden con el Bajo Imperio, pero que no son genuinamente romanas.

3. El desarrollo de la cirugía. La larga experiencia militar romana y la importancia otorgada al mantenimiento de su intendencia sanitaria, llevaron a un ejercicio de ensayo-error que, paulatinamente, fue probando y discriminando tratamientos a favor de los más útiles. De ellos, los relacionados con la cirugía fueron los que más se desarrollaron en la sanidad militar, estando descritas amputaciones, cirugía plástica e incluso de cataratas como ejemplos llamativos de su desarrollo empírico.

En el territorio alavés se ha encontrado una importante colección de instrumentos medico-quirúrgicos, algunos de uso muy específico, repartidos en varios yacimientos<sup>56</sup> siendo el más importante el de la

---

<sup>55</sup> Término ya usual en la Historia de la Enfermería para describir cuidados aplicados a terceros, supliendo aquellos que su propio entorno familiar sería capaz de proporcionar de existir. Luego que no requieren más conocimiento y habilidad que las adquiridas en el contexto doméstico.

Algunos autores categorizan una época doméstica (tribal-doméstica para José Siles) en la enfermería, que habitualmente temporalizan hasta la caída del Imperio romano, en las que presuponen la preeminencia de cuidados orientados al mantenimiento de la vida (supervivencia pura) administrados por el entorno familiar, especialmente por el sexo femenino. Cfr. García Martín-Caro, Catalina. Martínez Martín, M<sup>a</sup> Luisa. “Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero”. Editorial Harcourt. Madrid, 2001. Cfr. Siles González, José. “Historia de la enfermería”. Editorial Aguaclara. Alicante, 1999.

<sup>56</sup> Una relación de los mismos puede hallarse en Etxeberria, Filloy y Gil, “Testimonios en torno a la medicina durante la Protohistoria y antigüedad alavesas”

ciudad de Veleia, lo que por una parte confirma este desarrollo de la cirugía con extensión por todo el Imperio; y, por otra, atestigua el trasvase de los conocimientos militares a la sociedad civil.

No obstante estas evidencias de una acción sanitaria de primer nivel, resulta comprometido aseverar que en nuestro territorio se hubiera plasmado de modo mimético la estructura sanitaria de la gran urbe romana, entre otros motivos por el desconocimiento de la configuración social, el peso de la población/es indígena/s y su grado de aculturación, el de la población foránea –romana o no-, o el de la esclavitud; cuestión importante, porque en el modelo de Roma, a excepción del ejército y a veces de los esclavos y gladiadores,<sup>57</sup> el acceso a la sanidad práctica estaba en manos de quien podía costearla o de quien tuviera un esclavo o siervo entrenado en dichas artes; si bien desde época imperial se había articulado un servicio médico público por el cual la ciudad contrataba los servicios de uno o más *archiatri populares*<sup>58</sup> proporcionando local e instrumental para la asistencia gratuita (*valde docti*),<sup>59</sup> a cambio de un salario y la exención de impuestos, del servicio militar, así como la autorización para tomar alumnos a su cargo.

---

págs 59 y ss., si bien no aparecen los de los últimos años, como el ajuar quirúrgico, al parecer oftalmológico, encontrado en Veleia en la campaña 2007.

<sup>57</sup> No dejaban de ser herramientas de trabajo que había que amortizar, y por lo tanto sus dueños trataban de proporcionarles cuidados en caso de enfermedad. Eso sí en centros, ¿hospitales?, separados de la *domus* residencial.

<sup>58</sup> Originariamente parece que se otorgó ese título de arquiátra como título honorífico al médico del emperador en tiempos de Nerón (s. I d.C.), siguiendo modelos helenísticos, con posterioridad además de estos *archiatri palatini* hubo también los *populares* para la atención pública. Para Laín Entralgo era una denominación honorífica que se hacía a médicos muy buenos, aunque no puede tomarse como “título oficial” antes del siglo III, pudiendo ser ya en tiempos de Diocleciano equiparado a tal. Cfr. Laín Entralgo, op. Cit. También a Fredotovitch, Norberto M. “Los orígenes de la transmisión del conocimiento médico: de Trotona a Montpellier”. Revista Argentina de Urología, vol. 71 (1) 2006.

<sup>59</sup> Cfr. Tricot, Jean-Pierre. “The emergence of medical schools in Europe”. Resúmenes del programa científico del 40<sup>th</sup> International Congress on the History of Medicine de la International Society for the History of Medicine. 2006.

Ahora bien, ¿existió este tipo de servicio público en Veleia? No tenemos aún respuesta, pero sin lugar a dudas, dada la complejidad de la sociedad romanizada y, especialmente dentro de una ciudad que según estimaciones pudo llegar a albergar entre 10 y 15.000 habitantes (más que la población de Vitoria a principios del siglo XIX), hubo de crearse una presión social, máxime en tiempos de crisis como la bajoimperial, que exigiría la toma de medidas correctoras o paliativas de la pobreza, indiscutiblemente unida a la falta de salud en un círculo vicioso permanente a lo largo de la historia, que si en los siglos siguientes, una vez reestablecida una estructura estable de gobierno, será una constante preocupación para la estabilidad del Estado, no habría de ser muy diferente en tiempos del Gobierno romano. Luego nos inclinamos a suponer la existencia de variadas formas de práctica sanitaria, entre ellas la pública. Y en la privada, no nos parece descabellado pensar, por ejemplo, en una dualidad en la acción quirúrgica al estilo bajomedieval-renacentista de los cirujanos para los pudientes y los barberos para el pueblo llano.<sup>60</sup> Al fin y al cabo los capsarios licenciados del ejército habrían de aprovechar sus conocimientos y habilidades para la supervivencia en la vida civil.

Al margen de esta hipótesis, la aparición en nuestro territorio de algunos ajuares con instrumental muy especializado, cuyo ejemplo más reciente es el de *“una aguja de bronce y que pertenecería a un cirujano, una especie de oculista encargado de operar de cataratas”*<sup>61</sup> hallado en el verano de 2007 en Veleia y datado en el siglo I d.C. parece constatar la presencia de especialistas quirúrgicos<sup>62</sup> que sólo

---

<sup>60</sup> Esa diferenciación medieval en función de la existencia o no de una formación escolástica de base, al margen de los conocimientos sanitarios de ambos, no es una creación del medioevo, responde más a la permisividad del libre ejercicio y ya en la Grecia clásica puede encontrarse antecedentes; así Fredotovitch (op. Cit.) recuerda la expresión de Platón diferenciando *“las dos clases de prácticas de la medicina a las que denomina ‘letrados’ y los ‘sin letras’, o desde un punto de vista más profesional, entre el ‘docto’ y el ‘artesano’”*.

<sup>61</sup> Periódico El Correo del 23 de agosto de 2007. Hay edición digital disponible en internet en la url: <<http://www.elcorreodigital.com/alava/20070823/alava/descubren-yacimiento-iruna-veleia-20070823.html>>

<sup>62</sup> Hoy día parecería más correcto la expresión especialista médico, pero en época romana cirugía y medicina eran actividades paralelas con formaciones

tendría sentido si pensamos en la actividad sanitaria como negocio. Probablemente con anterioridad a la época romana ya se diera la contraprestación económica o en especie al acto sanador, pero, sin estar seguros, el ejercicio sanitario daba la impresión de un bien público –sin restricción a su acceso, independientemente del tipo de dolencia o del valor social del afectado- con la finalidad de garantizar la supervivencia del grupo; mientras que ahora, fuera de los colectivos descritos, aparece fundamentalmente como acto privado restringido a quien es capaz de pagarlo. Y, observando la riqueza ornamental de algunos restos de instrumental medico-quirúrgico rescatado en nuestra provincia, parece que la salud ya era un buen negocio entonces.

Por lo tanto, podemos imaginarnos a las grandes familias rurales y de Veleia con sus propios sanitarios, al igual que tenían sus maestros para los niños, como parte del personal doméstico (¿libertos, esclavos, contratados?), y también podemos pensar en especialistas de todo tipo, esencialmente quirúrgicos (vulnerarii, ocularii, auricularii, dentarii, etc.), ejerciendo de modo liberal, aunque tal vez sólo en la ciudad. Pero habrá de preguntarse de dónde provenían estos actores sanitarios, si hubo siempre una dependencia foránea para cubrir las necesidades de estos profesionales o si, al margen de la atracción que pudiera suponer la ciudad caristia para ellos, en algún momento Veleia pudo abastecerse, y abastecer a las *villae* y *mansio* de su entorno, mediante la formación de agentes locales tomados como aprendices por aquellos. Y, por otra parte, habrá de preguntarse también, qué recursos utilizaba la plebe cuando carecía de capacidad económica para acceder a los servicios privados y tal vez no existiera un servicio público o éste se restringiera sólo al desvalido -modelo tradicional de beneficencia al pobre de solemnidad-; y, desde luego, sobre la pervivencia de sanadores y tradiciones indígenas prerromanas, el mutuo trasvase de conocimientos y su convivencia. Cuestiones todas ellas que carecen de una respuesta clara pero intuimos que ha de ser compleja, acorde a una sociedad también compleja.

---

independientes; incluso Laín Entralgo (Op. Cit.) se pregunta sobre los especialistas de ojos, oídos, dentistas, etc., si ejercían como tales tras haberse formado en medicina o si tenían una formación propia diferente a aquella.

4. La legislación de la práctica y de la enseñanza médica. Vinculadas en sus inicios a asegurar unas buenas capacidades al cuerpo sanitario militar, se reglamentó su formación a través de una especie de escuela de medicina militar a la que ya en el siglo I d.C. estaban obligados a asistir quienes ejercieran en la milicia, abriéndose también a los civiles durante el siglo III. No obstante, la mayor parte de los profesionales de artes sanitarias se formaban entrando como aprendices a cargo de un maestro reconocido, y que solía adscribirse a alguna de las cuatro tendencias filosófico-curativas romanas<sup>63</sup>, pasando luego a ejercer de modo libre, sin titulaciones ni licencias, si bien las ciudades trataban de acreditar sus conocimientos y experiencia para otorgarles el nombramiento de *valde docti*, especialmente si iban a ser contratados por ella.

Suponemos a Veleia como una gran ciudad, nudo de importantes vías comerciales, centro manufacturero y administrativo de una gran extensión agrícola organizada para la exportación de sus excedentes, y, por ello, se hace fácil pensar en la reproducción del modelo descrito; no obstante, aún nos hallamos lejos de poder bosquejar la vida cotidiana de aquella urbe para poder aseverarlo. En cualquier caso, consideramos que lo esencial de estos intentos de ordenación sanitaria es que, en esas reglamentaciones, reside un importante plus de reconocimiento para aquellos actores de la salud: su oficialidad. Ahora bien, oficialidad y reconocimiento público para quién. Usualmente desde la enfermería –y desde ella como enfoque de género femenino-, tomada aquella como administradora de cuidados básicos –etapa doméstica, según hemos apuntado en algunos autores-, se alude a esta cuestión de manera intemporal, como hecho reincidente en la Historia, señalando que es el curar el destinatario de ese reconocimiento, quedando el cuidar en un silencioso ámbito privado.

Sin restar importancia a esta valoración, hemos defendido en varias ocasiones que debe matizarse siempre el punto de partida

---

<sup>63</sup> Se distinguían las corrientes o postulados de los dogmáticos, los empíricos, los metodistas y los neumatistas, con irreconciliables posturas filosóficas, teóricas y prácticas sobre la enfermedad y el modo de afrontarla.

respecto a lo que vamos a entender por enfermería. El nuestro, ya lo habíamos anticipado, es extensivo e incluye a todos aquellos actores sanitarios que podemos vincular a la triple línea que confluirá en la ATS -básica, instrumental y maternoinfantil-, por lo que no podemos asumir abiertamente los planteamientos domésticos para todas las figuras señaladas, sino sólo para la básica o inmediata. Motivo por el cual, para nosotros, el mundo romano presenta ya en época bajoimperial un conjunto de agentes sanitarios, con un grado de estructuración y reglamentación aún difuso, entre los cuales podemos extraer paralelismos con figuras medieval-renacentistas que habitualmente se señalan como enfermeras. Y aún podríamos incluir las del cuidado básico si diéramos entrada a los xenodoquios y a los nosocomios del cristianismo romano primitivo, elementos que preferimos marginar en nuestra área por la ausencia de testimonios en este periodo. Por tanto no dudamos en atribuirles esa etiqueta enfermera, en lo que dudamos es en si se dieron en nuestro territorio de manera análoga a la metrópoli de Roma, siquiera si existieron, y de hacerlo, qué peculiaridades tendrían.

Además de estas cuatro grandes aportaciones del mundo romano a los aspectos sanitarios, no cabe duda de la existencia de otros elementos, como por ejemplo la mejora constructiva, la seguridad de los caminos o la producción agrícola, que contribuyeron notablemente a cubrir necesidades vitales en aquellas gentes que, no obstante la enorme desigualdad social y económica que se traduciría en una muy diferente oportunidad de supervivencia, parece que otorgó en general mejores condiciones de vida. A este respecto, Etxeberria, Filloy y Gil, en el texto referenciado, aportan algunos datos demográfico-estadísticos sobre la población romana en el norte peninsular, que si bien no se ciñen al espacio geográfico alavés pueden servir de orientación. Desgraciadamente no pueden formularse comparaciones con los grupos poblacionales previos, ni tampoco pueden darse por válidos para todo el periodo romano, ya que hasta al menos el siglo IV d.C. el predominio en los rituales de enterramiento será la incineración -por tanto no supuso un cambio sustancial con los ritos indígenas, al menos con los de cultura celtíbera-, evidenciándose a partir de entonces, en palabras de Filloy, *“un cambio radical que se manifiesta*

*en la expansión de la inhumación individualizada en necrópolis. Pero este fenómeno se imbrica dentro de una tendencia generalizada que se evidencia en unos territorios ya plenamente romanizados y muy posiblemente de la mano de nuevas creencias de tipo religioso”.*<sup>64</sup> En este sentido, se anunció en noviembre de 2006 el descubrimiento junto a Veleia de una necrópolis con restos inhumados y datada entre el siglo IV y V,<sup>65</sup> que quizá permita, entre otros conocimientos, documentar mejor el inicio del cristianismo en nuestro territorio, ahora mismo en pleno debate a raíz de los restos iconográficos fechados en el siglo III a los que hacíamos referencia al inicio del apartado.

Finalmente señalar que en este periodo marginamos la orientación religioso-sanitaria ya que, aun siendo parte fundamental en la respuesta social de aquellas gentes a la pérdida de salud -e incluso en aumento durante su etapa final caracterizada por la crisis bajoimperial-, por primera vez asumimos la existencia de actores específicamente sanitarios, y desvinculados en sus acciones del componente religioso, lo que les coloca en línea directa con los actuales profesionales de la salud.

#### **I.4. Tardoantigüedad.**

Entendemos por Tardoantigüedad el periodo comprendido entre la desaparición del orden romano y la reconfiguración de un nuevo marco administrativo-territorial estable, lo que en nuestro entorno viene a expresarse temporalmente entre los siglos V al VIII d.C.<sup>66</sup> También denominada como Edad Media Temprana,<sup>67</sup> la característica esencial del periodo es la escasez de aportaciones documentales, hasta

---

<sup>64</sup> Filloy Nieva, Idoia. “Rituales funerarios pre-romanos en Álava y su perduración”. Euskonews & Media, núm. 4.

<sup>65</sup> Diario El Correo, área de sociedad, del sábado 11 de noviembre de 2006.

<sup>66</sup> Otros autores lo amplían al siglo X, en el que ya hay evidencias más palpables del cambio producido, pudiendo utilizarse como elemento de corte la relación geográfico-fiscal de la denominada “reja de San Millán”, probablemente de 1025.

<sup>67</sup> Y Alta Edad Media cuando ésta se dividía en Alta, Plena y Baja.



el punto que ni siquiera sabemos con claridad quienes habitaban la que sería poco después tierra de Álava.<sup>68</sup>

Tradicionalmente se ha sugerido una despoblación causada por las correrías visigodas (tras bagaudas, alanos, vándalos y suevos)<sup>69</sup> y merovingias primero, y por las *razzias* musulmanas después, que causarían una inestabilidad manifiesta y obligaría a sus habitantes a huir y poblar cuevas y altozanos con estructuras basadas en la madera que no han perdurado. Puesta en duda esa situación de peligro continuo y mantenido,<sup>70</sup> se están imponiendo propuestas de carácter económico que achacarían el despoblamiento a la crisis de la estructura comercial romana que dejaría sin sentido las grandes explotaciones agrarias de las *villae*, destinadas a la exportación de sus excedentes, e igualmente de las *mansio* dependientes del tránsito comercial por las calzadas junto a las que se asentaban. Finalmente, *“una vez que colapsó el sistema fiscal estatal y que los aristócratas disminuyeron su capacidad de control sobre el campesinado, éstos tuvieron una mayor autonomía organizativa, y se establecieron en el territorio siguiendo nuevos criterios y nuevos patrones, aparentemente más pobres”*,<sup>71</sup> que harían desaparecer la práctica

<sup>68</sup> Valga como ejemplo de incertidumbre el título escogido por Azkarate para presentar su recorrido histórico en estos siglos: Azkarate Garai-Olaun, A. “Entre francos y visigodos. La tardoantigüedad en Alava”. En Rivera, Antonio (Dir. Y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

<sup>69</sup> Excluimos voluntariamente la cuestión de la bagauda en el contexto de la crisis bajoimperial por las controvertidas teorías que tratan de explicarla. Cfr. Sanz Bonel, Víctor M. Lázaro Gracia, Gonzalo. “La problemática bagauda (siglo V d. C.) en el valle del Ebro; reflexión historiográfica”. En Homenaje a Don Antonio Durán Gudiol, ISBN 84-8127-036-9, 1995, págs. 741-762. Disponible también en la url: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=615524>>.

<sup>70</sup> Ibidem., Azkarate plantea como *“suposición hipotética de que quizá el territorio alavés no hubiera sido en época visigoda tan conflictivo como se ha pretendido”*, pág. 81.

<sup>71</sup> Quirós Castillo, Juan Antonio. “La llanada oriental entre la tardoantigüedad y el año mil: las transformaciones en la estructura del hábitat y del doblamiento rural”. En Pastor Díaz de Garayo, E. (Coord.). “La llanada oriental a través de la historia: claves desde el presente para comprender nuestro pasado”. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 2003. Págs. 43-51.

totalidad del casi centenar de asentamientos rurales de época romana descubiertos en nuestra provincia, así como de su gran ciudad, Veleia.

Probablemente ambas interpretaciones, la bélica y la económica, deban integrarse para explicar la reducción y dispersión demográfica de estos siglos, que llevó a aquellas gentes a buscar nuevas formas de producción que aseguraran su supervivencia. La reducción del área cultivada y, probablemente cambios en la actividad ganadera, podrían explicar la implantación de poblados reducidos de carácter efímero y, por ello, de materiales perecederos, así como la reutilización de cuevas, donde las había, como habitación y lugar de enterramiento, quizá estacionaria y en relación a un itinerante pastoreo.<sup>72</sup> Estos nuevos hábitat atribuidos a los pobladores romanizados de la actual Álava, fundamentalmente del campo, serían pequeños asentamientos sin clara diferenciación social y de marcada relación familiar; además, compartirían espacio con otros nuevos poblamientos más estables, quizá de gentes foráneas, necesitados de defensa, o de costumbres más beligerantes, y que contarían con castas guerreras,<sup>73</sup> es decir, con algún tipo de división social.

---

<sup>72</sup> Angel Armendáriz (Op. Cit.), sin embargo, relaciona estos hábitats en cueva con tradiciones neolíticas, lo que parece suponer la hipótesis de una pervivencia cultural desde entonces sin solución de continuidad: *“La costumbre de enterrar en cuevas decae visiblemente a finales de la Edad de Bronce para ser sustituida por los nuevos hábitos funerarios de origen indoeuropeo, pero aún no desaparece completamente. [Durante el Hierro y época romana] por fin, los enterramientos de cueva desaparecen casi por completo (o, al menos, no llegamos a identificarlos) y parecía que se hubieran extinguido definitivamente si no fuera porque, inesperadamente, renacen con cierta fuerza en las postrimerías del Imperio romano y, lo que es más sorprendente, con idénticas características que los conocidos en épocas prehistóricas [con una datación] en torno a la segunda mitad del siglo IV e inicios del V [d.C.]”*.

<sup>73</sup> El ejemplo característico es el yacimiento de Aldaieta (junto a Nanclares de Gamboa), cuya necrópolis (no se conoce el o los asentamientos de habitación) presenta como características la disposición de inhumaciones en ataúdes en torno a enterramientos centrales, denominados “tumbas de jefe” que cuentan con ajuares distintivamente más ricos, y la presencia de gran cantidad de armamento, lo que les sitúa en la órbita de los enterramientos de cultura franca, ya que los visigodos prácticamente nunca llevan ajuar armamentístico. Sobre el tema, confróntese las obras citadas de Azkarate (director de la excavación) y de Quirós.

Aunque se han hallado varios ejemplos de este último tipo de asentamiento (en realidad sólo necrópolis, no el asentamiento poblacional, en Aldaieta, San Pelayo en Alegría y Guereñu), la expresión de la geografía humana prealavesa en el periodo parece ser mayoritaria en el primer caso, por otro lado común en toda Europa entre el siglo V y el X y denominada bajo expresiones como “pueblos efimeros” o “hábitat fluctuante”.<sup>74</sup>

Asumiendo esto último, podemos imaginar pequeños núcleos<sup>75</sup> que aprovechaban cavidades naturales o artificiales para asentarse durante periodos indeterminados, tal vez sólo estacionarios, o construían sus viviendas con recursos naturales asequibles y que no requerían gran destreza ni conocimientos técnicos, fundamentalmente madera, paja y barro, dedicados a una agricultura de consumo y a la ganadería de subsistencia.<sup>76</sup> Aunque pudiera existir algún tipo de jerarquía, y diferencias económicas y de poder, el contexto parece hacernos suponer clanes de familias emparentados sin una evidente diferenciación social, y en los que habrían desaparecido todo tipo de profesionales cualificados propios de la etapa romana. Entre ellos los sanitarios, dejando al grupo en una situación compleja en la que debían dar respuesta a la pérdida de salud, no ya desde perspectivas primitivas mágico-religioso-curativas, esencialmente punitivas donde el hombre es una simple marioneta en manos de las divinidades, sino desde la asimilación popular que aquellas gentes habrían hecho de la medicina romana oficial: de su desarrollo racional empírico y de su interpretación creencial de culto a dioses curadores y a fuerzas de la

---

<sup>74</sup> Quirós Castillo, J.A. (Op.Cit.).

<sup>75</sup> Desconocemos el tamaño, pero en el siglo X con poblados ya estables, el 75% de las aldeas alavesas adscritas a San Millán debían de pagar una reja de hierro, lo que cuantitativamente viene a suponer diez familias aproximadamente, luego muy probablemente los asentamientos fluctuantes tardoantiguos debieron ser menores.

<sup>76</sup> Esto es, con finalidad alimenticia más que comercial. De hecho, los restos hallados en las excavaciones de la Catedral de Santa María de Vitoria parecen indicar mayor presencia de porcino, más vinculado al consumo de subsistencia, frente al ovino, más característico en época romana y con evidente vinculación al comercio textil.

naturaleza que el hombre trataría de manejar. Y, lógicamente, desde la pervivencia de tradiciones sanatorias prerromanas.

Respecto a esta última cuestión, la de la supervivencia de formas prerromanas de dar respuesta a la pérdida de salud, nos parece interesante recordar que históricamente siempre ha existido un movimiento de inercia preservador de los valores autóctonos, reforzando la idea de ser mejores que los foráneos; aunque finalmente la evidencia práctica de lo que funciona o no generalmente ha marcado la pervivencia de unas y la desaparición o acomodación de las otras. Ocurrió con la medicina griega frente a la alejandrina, y fundamentalmente con la medicina primitiva romana<sup>77</sup> frente a la helenística; de hecho, para Laín Entralgo no existe una verdadera medicina romana, sino que, una vez “convertidos” fueron meros transmisores de la helena. Tomando estos ejemplos, estamos también seguros de que debió existir una inicial resistencia por parte de los pueblos asentados en nuestro territorio frente a las nuevas concepciones y prácticas sanitarias de los romanos, pero tras seiscientos años de convivencia, careciendo de datos que apoyen el mantenimiento de comunidades separadas culturalmente, y dando por supuesto la romanización plena de nuestro área, resulta difícil pensar en un pervivencia de tradiciones “puras” prerromanas. A nuestro parecer, las alusiones a este fenómeno de vuelta a costumbres antiguas, o bien se corresponden a nuevas formas de afrontar la pérdida de salud, fruto de la desaparición de profesionales rectores del conocimiento y la práctica sanitaria y, en consecuencia, movidos por un sentido común que interpreta desde la ignorancia aquel conocimiento y práctica, e imagina cuanto no comprende o no sabe, repitiendo de esta manera modelos que, aparentemente, parecen previos. O bien, son introducidas/reintroducidas por nuevas gentes menos, o no romanizadas, que llegan al territorio tras la desaparición del orden romano.

---

<sup>77</sup> Una medicina “doméstica” según Laín Entralgo, que finalizaría su tenaz resistencia -representada por el verbo de Catón el viejo y la defensa iatrofóbica de que Roma no precisó de médicos durante 600 años-, con el advenimiento del Imperio, de sentido más pragmático que la República.

Es por este proceso que no debe entenderse el periodo tardoantiguo necesariamente como una involución respecto al mundo romano, en el sentido de volver a la Edad de Hierro, ya que estas gentes son, de algún modo, herederas de la socialización romana y de sus creencias, y por lo tanto, aunque han cambiado los sistemas de producción y las capacidades técnicas, aparentando un retroceso de cinco siglos en los modos de vida, indudablemente han de existir elementos que sitúen mejor a aquellos individuos en una línea evolutiva progresiva y no recesiva, que, evidentemente, no están en las muestras de su industria, pero sí podrían estar en la mentalidad popular.

Desgraciadamente el mutismo general de las fuentes durante este periodo apenas ha empezado a ser roto por la arqueología, de ahí que propongamos un ejercicio especulativo desde conceptos del presente: si hoy día sucediera una hecatombe que hiciera desaparecer, entre otros, los avances alcanzados en el factor de estructura sanitaria (transmisión del conocimiento, medios humanos y materiales), la población sobreviviente no sería capaz de sintetizar antibióticos, pero tendría más o menos claro la existencia de microorganismos como agente causal de las infecciones, y algo le sonaría sobre la capacidad antibacteriana de algunos hongos y plantas. Luego no parten de cero, por mal comprendido que sean los principios médicos y por mucho que rellenen las lagunas con explicaciones acientíficas, tradiciones populares, superstición o religiosidad. En este sentido, sería sensato pensar que las gentes de mediados del primer milenio d.C. moldearían el conocimiento popular del mundo sanitario oficial romano para adaptarlo a sus necesidades y a sus capacidades manuales, técnicas y farmacológicas. Resulta interesante, sino revelador, a este respecto, el ejemplo recogido por Ángel Goicoetxea y Antón Erkoreka sobre una canción enumerativa en Euskera para recordar un preparado contra las afecciones glandulares de boca y garganta (*gangallentxu*) y que, a primera vista, podría pensarse que es propio y exclusivo de tradiciones locales del lugar donde se recogió (en Bermeo, Bizkaia); sin embargo, la sorpresa salta cuando se descubre un paralelismo fiel con la enumeración latina de una fórmula de Marcellus el Empírico, médico

del Emperador Teodosio en el siglo IV d.C.<sup>78</sup> Y si resulta sugerente esta muestra de pervivencia del conocimiento médico romano a nivel popular,<sup>79</sup> igualmente es interesante recordar los elementos creenciales, ya que resulta sencillo determinar, por ejemplo, cómo la extendida costumbre romana de construir altares y templos en las fuentes y manantiales, continúa desde las primeras evidencias cristianas a través del culto a Santa Marina.<sup>80</sup>

Por lo tanto, si podemos testimoniar alguna pervivencia del conocimiento, habremos de preguntarnos también si pervivieron los actores sanitarios. Porque, al igual que resulta sorprendente para los historiadores encontrarse, casi repentinamente tras 500 años de silencio absoluto, que Álava cuenta en el siglo X con más de un centenar de poblados estables sin saber cómo ha podido producirse el proceso de repoblación, para nosotros será frustrante toparnos, también entonces, con figuras claramente enfermeras asentadas dentro de un contexto de cierta estructuración social, como surgidas de la nada. Y, sin embargo, no hay ninguna evidencia documental que pueda indicarnos cómo se llega a las formas sanitarias medievales alavesas. Es decir, si localmente hubo una pervivencia de figuras de carácter oficial –en el sentido de reconocidas como tales por su comunidad–, sin solución de continuidad hasta el medioevo; o si desaparecieron en favor de formas populares de curanderismo, con lo

---

<sup>78</sup> Goicoetxea Marcaida, Ángel. “Medicina y música popular vasca”; y Erkoreka, Antón. “Medicina popular”. Ambos en Munibe (Antropología-Arkeología), nº 42. Ed. Sociedad de Ciencias Aranzadi. San Sebastián, 1990. Hay edición en internet en: <<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/munibe/aa/1990433440.pdf>>.

<sup>79</sup> Si bien, es cierto que desconocemos si la canción en euskera proviene directamente de época romana o si se introdujo con posterioridad, quizá como importación a partir del redescubrimiento de los textos clásicos en el Renacimiento.

<sup>80</sup> Aristócrata romana nacida en la actual Pontevedra en el siglo II y mártir, junto a su hermana Liberata, por no renunciar al cristianismo. Su vinculación al agua (además de la evidente etimología nominal) vendría, según su hagiografía, por la aparición de varios manantiales en el lugar en que cayó su cabeza al ser decapitada.

cual, las que encontramos a partir del siguiente milenio serían importadas.<sup>81</sup>

Sin embargo, a falta de testimonios escritos sólo la arqueología puede depararnos respuestas, y éstas, de momento aún no han llegado. Especulativamente, parece sensato pensar que deshabitada la gran ciudad romana de Veleia y desaparecidos los complejos de las *villae* con su aristocracia, las oportunidades de negocio médico privado carecerían de atractivo. Igualmente la actividad de los *valetudinaria* castrenses seguiría la estela del ejército en retirada, y otras expresiones vinculadas a la salud como termas y baños también terminarían por sucumbir a la nueva distribución del hábitat y a la desaparición del uso comercial de las calzadas donde se asentaban las *mansio*. Pero ninguna de ellas explica claramente si hubo una desaparición completa de aquellos actores sanitarios “organizados” del mundo romano, o si tuvieron alguna continuidad, por mínima que fuera.

Necesitaríamos conocer mucho mejor cómo pudo ser la vida diaria de aquellos pobladores: cómo se relacionaban los distintos poblados entre sí; si existieron contactos cotidianos que mantuvieran trasvases comerciales, culturales o poblacionales; si el presumible carácter autárquico fue menor del supuesto y, por tanto, se dio alguna división del trabajo con artesanos, comerciantes, sanitarios,...; y de haberlos, ¿estaban en cada pueblo?, ¿hubo poblados que se especializaron o ejercientes que sobresalieron?, ¿eran itinerantes?. Preguntas todas ellas sin respuesta concreta, al igual que a una cuestión más general y tal vez clarificadora: ¿existía algún elemento integrador de aquellas poblaciones en torno a una representación común? Viendo la gran dificultad en definir a las gentes de este

---

<sup>81</sup> Vendrían del Reino Visigodo de Toledo, empujados por los musulmanes, sin olvidar en aquellos la permeabilidad hispanorromana y la mozárabe, ni tampoco la pervivencia romana bizantina y los primeros testimonios hebreos. No queremos olvidar igualmente la discutida hipótesis de una colonización vascona de nuestro territorio durante la tardoantigüedad, en medio de la conflictividad de éstos con visigodos y merovingios, lo que, de haber sucedido, no sabemos su influencia sobre los profesionales sanitarios.

periodo como una unidad político-administrativa, sólo podemos pensar en un elemento potencialmente vertebrador, el cristianismo.

En este sentido, con los limitados resultados característicos de esta etapa, una de las cuestiones más debatidas entre los historiadores ha sido determinar el grado de cristianización o de paganismo (romano, prerromano o foráneo) en el territorio. Ya hemos aludido al debate generado a raíz del descubrimiento de dibujos de temática cristiana en Veleia, datados en torno al siglo III, pero de los que aún no hay conclusiones definitivas publicadas y que, en cualquier caso, parecen aludir a un espacio doméstico concreto y no a la ciudad en sí; es decir, parece que podría haber ya cristianos en aquellas fechas en nuestro territorio, pero no sabemos si ya formaban una comunidad. El también reciente descubrimiento de una necrópolis de finales del siglo IV en aquella ciudad con restos inhumados, esto es potencialmente asociado a rituales de corte cristiano, podría hablar más en favor de una comunidad, pero de momento no se ha apuntado en esta dirección. Por tanto, se mantiene como fechas orientativas para el inicio del cristianismo las provenientes de *“una lucerna y dos fragmentos de recipientes [que] documentan la más temprana utilización, por el momento, de iconografía cristiana en nuestro Territorio”*,<sup>82</sup> hallados en Veleia y fechados en la primera mitad del siglo V, lo que tampoco deja clara la existencia de una comunidad cristiana asentada y estructurada. Al contrario que los restos hallados en Salinillas de Buradón de un templo paleocristiano que contaba con una pila bautismal, también datado en el siglo V, y que no deja dudas de la configuración de un grupo cristiano estable a su alrededor. Por tanto, al filo de la desaparición del orden romano, se configurarían ya ciertas estructuras de tipo religioso que, tal vez, sirvieran para estructurar el espacio y sus gentes en los siglos siguientes, al parecer dominados por un hábitat disperso de predominio montaños. Es evidente que la muestra es muy reducida para inferir tal situación a todo el territorio alavés a mediados del primer milenio, pero al menos supone una base sólida para plantear hipótesis. De estas evidencias prácticamente

---

<sup>82</sup> Gil Zubillaga, Eliseo. “Iconografía cristiana sobre sigillata tardía de Iruña/Veleia”. Isturitz núm. 9, 1997.



pasamos al siglo IX en el que, además de algunas señales de vida eremítica, nos encontramos con el obispado de Álava, muestra inequívoca de una estructura religiosa asentada y amplia. Luego entre el siglo V y el IX hubo de producirse una expansión ideológica y estructural de la Iglesia cristiana, sin que sepamos bien su alcance, especialmente con anterioridad al empuje foráneo de los desplazados por el Islam. Probablemente en esa expansión se introducirían los conceptos de caridad y hospitalidad cristianos, íntimamente ligados a su comprensión de la enfermedad del alma y del cuerpo. Sin embargo, en nuestra provincia no contamos con evidencias de esa acción, y habremos de esperar al cambio de milenio para advertir la muestra más clásica de la caridad cristiana, la hospitalaria, si bien ya entonces ligada a otro fenómeno religioso, el camino de Santiago.



## Capítulo II. La Edad Media. Entre Hospitaleros y Barberos.

A pesar de lo hurañas de las aportaciones documentales durante este periodo, la Edad Media en su conjunto, supone para la enfermería el empuje definitivo a una serie de figuras que entroncan directamente con la actual profesional enfermera. Con inicios inciertos, para el final de la Baja Edad Media serán ya bien visibles, al menos en los espacios urbanos, una serie de oficios remunerados y reconocidos en la estructura social oficial que tienen que ver con actividades relacionadas con la salud, diferentes a las de los físicos y en clara relación con cuidados propios de enfermería desde la perspectiva actual. Tratar de hacer visibles los engranajes que desembocaron en esa realidad sociolaboral entre los siglos IX y XV es el objetivo de este capítulo.

Aunque sin solución de continuidad, por comodidad y simpleza metodológica, hemos partido el periodo en torno a finales del siglo XII, con el fuero de Vitoria, para remarcar la importancia que tuvo para la profesión el impulso urbanizador de la Corona castellana, fundamentalmente en el siglo XIII, en nuestra provincia. Esta división viene a coincidir, grosso modo, con la de la Alta y la Baja Edad

Media,<sup>1</sup> con lo que hemos preferido utilizar estas divisiones establecidas por seguir con el esquema cronológico del capítulo previo, también dividido en etapas históricas convencionales.

Una de las principales diferencias con el periodo anterior es la derivada del aporte documental que, si bien continúa parco, es al menos mayoritariamente escrito, sin menospreciar la reducida aportación de la arqueología iniciada hace pocos años –aunque parece prometedora–, lo que nos permite, en la mayoría de los casos –y salvando las dificultades paleográficas y latinas– manejar directamente el documento original o transcrito; es decir, podemos preguntarle directamente sobre nuestras cuestiones, a diferencia de los restos arqueológicos que, vedados a los profanos, obligaba a manejar sólo conclusiones que respondían a intereses ajenos a los nuestros.

El periodo a estudio en el presente capítulo está caracterizado esencialmente por la generalización de la doctrina cristiana en nuestro territorio y su influencia decisiva en todos los aspectos de la vida, cuyo máximo exponente será la fugaz existencia del obispado de Álava entre el siglo IX y finales del XI; espacio temporal que comparten los primeros caminos a Compostela que transcurrían al resguardo de nuestra provincia, tras las defensas del Ebro frente al reino andalusí, salpicados por ermitas, iglesias y pequeños monasterios que probablemente dieron cobijo y atenciones a peregrinos, transeúntes y gentes del lugar que precisaran cuidados para mantener y restablecer su salud.

Estas acciones sanadoras estarían lejos de las primeras concepciones de los teóricos del cristianismo primitivo sobre la salud, caracterizadas por el rechazo al predominio del enfoque corporal sobre el anímico que había impulsado la medicina clásica grecolatina, y que al parecer pudo superarse pronto al concebirse el cuerpo como

---

<sup>1</sup> El periodo que nosotros comprendemos en la Alta Edad Media (siglos IX al XII) también suele venir expresado como Plena Edad Media en aquellos autores que no utilizan el espacio temporal de la Antigüedad Tardía –como nosotros lo hemos hecho– y pasan directamente del mundo romano a la Edad Media con una división en tres periodos: Alta que coincidiría con nuestra Tardoantigüedad, Plena que es nuestra Alta Edad Media, y Baja que, afortunadamente, coincide.

“vestido del alma”, lo que habría permitido a la Iglesia rehabilitar para sí la medicina e iniciar un proceso de adaptación de los postulados clásicos a las creencias cristianas. Galeno, el gran compilador del saber médico clásico, y su teoría humoral serán la base de la iatroteología cristiana; y su comprensión médica, tamizada por la intelectualidad conformadora del cristianismo primitivo, adquirirá el mismo carácter de verdad inamovible universal que el resto de los axiomas de la Doctrina.<sup>2</sup> Esta dependencia y subordinación de la razón humana a la revelación e iluminación divinas tuvo su máximo exponente en San Agustín (354-430), cuyo concepto de que *“toda enfermedad de los cristianos debe adscribirse a demonios que atormentan sobre todo a los recién bautizados; sí, aun los inocentes recién nacidos”* seguía vigente 500 años después, si bien había compartido espacio con los consejos de San Benito de Nursia (480?-547?) a sus monjes: *“Aprended a conocer las virtudes de las plantas [...] Leed a Hipócrates, a Galeno, a Celio Aureliano”*, con la obra de San Isidoro de Sevilla (556-636), las escuelas del ámbito bizantino o la incipiente permeabilidad árabe. Esta amalgama intelectual, de aparente contradicción entre el pensamiento racional clásico y la teología agustiniana, encontraría su emulgente a medida que el redescubrimiento de Aristóteles se superponía al Platón del que bebía San Agustín. Para el siglo XI San Anselmo (1033-1109) ya había enunciado su argumento ontológico de la existencia de Dios,<sup>3</sup> así su principio de *“la fe que busca el intelecto”* daba inicio a la teología escolástica que tendría su máximo exponente en Santo Tomás (1225-1274). La puerta al racionalismo se entreabría en el declinar de la Edad Media, a la par de un regreso a la secularización de las prácticas sanitarias, y no tardaría en percatarse de que las bases del modelo

---

<sup>2</sup> Esta indiscutibilidad de los principios teóricos del galenismo permitirá, entre otras cosas, su larga supervivencia –aunque cuestionada desde el Renacimiento–, todavía perceptible en el siglo XIX.

<sup>3</sup> El término de “argumento ontológico” (ontología: Parte de la metafísica que trata del ser en general y de sus propiedades trascendentales) fue una etiqueta de Immanuel Kant (1724-1804) al proponer objeciones al razonamiento de San Anselmo sobre la existencia de Dios.

escolástico no permitían el desarrollo de la ciencia. Asomaba ya el Renacimiento a lomos del Estado Moderno.

El escolasticismo es por tanto otro punto de inflexión entre la Alta y la Baja Edad Media, y suele destacarse en la historia de la medicina para separar la etapa monástica de la específicamente escolástica, marcada esta última por la aparición de las universidades y la inclusión en algunas de los estudios de medicina, lo que volvía a prestigiar la ciencia médica como Arte liberal. Pero coronarse con el halo de las *ars* –pasar de ser “oficio de curar” a “arte de curar”- le obligaba a defender la preeminencia cognitiva de su labor, y para ello hubo de desligarse de la poca honorable actividad manual que la hubiera reducido a continuar siendo un mero oficio, un artesano de las artes mecánicas. En virtud de este divorcio con la *chirurgia*, también en enfermería podemos resaltar la importancia del pensamiento escolástico al desembocar esa práctica a manos de la que será la figura representativa de la enfermería instrumental, el barbero.

Añadir también que esta iatroteología<sup>4</sup> cristiana, especialmente durante el medioevo, suele aparecer a menudo equiparada a los modelos clásicos arcaicos; es decir, reducida la enfermedad y su desenlace -curación, secuela o muerte- a una expresión de la voluntad divina. Insistiendo en la idea de involución por el predominio del pensamiento relacional en lugar del racional que había imperado desde el despunte helenístico hasta el cristianismo. Sin embargo, la aportación cristiana a esta base teológica de la antigüedad consistirá en convertir el sufrimiento en una prueba de la benevolencia divina, ya que la enfermedad señala al pecador, y lo advierte, dándole la posibilidad de redimirse. La diferenciación con los postulados teológicos de la medicina arcaica es manifiesta. En palabras de Josefina Goberna, *“Creado a imagen de Dios, el hombre se sintió instituido hijo suyo. Por ello se dio un sentido providencial a los más humildes acontecimientos del transcurso de la vida. Es en esta época cuando cobra cuerpo la idea cristiana de enfermedad, no como*

---

<sup>4</sup> Del griego *iatros*: médico, y *teología*: teoría de Dios.

*castigo de la divinidad, ni tampoco como azar o necesidad de la dinámica del cosmos, sino como prueba*".<sup>5</sup>

Así, la indisoluble subordinación del conocimiento sanitario a la comprensión filosófica del mundo por los teóricos cristianos, y la costumbre de conferir a sus conclusiones el valor de certeza universal rechazando todo abismo de relativismo, dará lugar, entre otras aportaciones, a la aparición de dos figuras vinculadas a la enfermería y de las que ya no habrá solución de continuidad hasta la actualidad, la del hospitalero y la del barbero.<sup>6</sup>

El origen del hospitalero se centra en la *imitatio christi*, la cual imponía a sus discípulos una serie de obligaciones como las expresadas en el evangelio de San Mateo: "...porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber, era forastero y me acogisteis, estuve desnudo y me vestisteis, enfermo y me visitasteis, en la cárcel y fuisteis a verme [...] cada vez que lo hicisteis con uno de mis hermanos más humildes, conmigo lo hicisteis" (Mateo 25, 35-40), o "sanad enfermos, limpiad leprosos, resucitad muertos, echad fuera demonios; de gracia recibisteis, dad de gracia" (Mateo 10, 8). El resultado final sería la generalización de la actividad hospitalaria entre aquellas gentes del medioevo, especialmente entre quienes asumían una vida de imitación a Cristo como los eremitas y los monjes. El ejemplo serán los xenodoquios y nosocomios del cristianismo romano primitivo trasladados a los muros de monasterios, ermitas o lazaretos en la Alta Edad Media, y al de los hospitales ligados a las villas y a la nobleza –los más obligados a ejercer la caridad- en la Baja Edad Media. Al frente de estos establecimientos aparecerá el hospitalero,

---

<sup>5</sup> Goberna Tricas, Josefina. "La enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología". Index de Enfermería nº 47. Págs. 49-53. Granada, 2004.

<sup>6</sup> Reducimos al término barbero las múltiples denominaciones que adquirirán ciertas prácticas instrumentales que perdurarán a lo largo de la Edad Moderna hasta su confluencia y redefinición en la figura del practicante en 1857. El motivo, además de por la claridad expositiva, radica en la relativa homogeneidad de la documentación alavesa al referirse a éstos oficios, prácticamente siempre refiriéndose a ellos como barberos y en algunos casos como sangradores o barberos-sangradores (sobre todo a partir del XVIII), complicándose algo más en el XIX.

verdadero enfermero de cuidados básicos o inmediatos, posiblemente sin formación específica y con un campo de actuación que coincidiría con la descrita como paradoméstica. La vinculación de estos centros a las rutas de peregrinaje será mimética y, en nuestra provincia, sólo en el hospital vitoriano de Santiago el matrimonio hospitalero llegará a adquirir tintes de profesionalidad.

Por su parte, la actividad instrumental que hemos sintetizado en el barbero, cobra cuerpo con la asunción por parte de la Iglesia de los principios de Galeno, que consideraba a la cirugía como mera actividad supletoria de la medicina, y con los distintos sínodos y concilios cristianos que dudaban de la conveniencia del ejercicio de la medicina por parte de los religiosos. Estas cuestiones llevarían al dictado en 1130 (Concilio de Clermont) por el que únicamente el bajo clero podía dedicarse a la cirugía y, finalmente, a la máxima del Concilio de Tours (1163, y vigente en 1215 con la promulgación papal de Inocencio III) de que la Iglesia aborrece la sangre (*“Ecclesia abhorret a sanguine”*) por el que se prohibía la práctica quirúrgica a los clérigos. El rechazo quedaría completado por los médicos seculares que rehuían toda actividad manual por considerarla indigna de su condición de arte intelectual y, evidentemente, por el control formativo de la Iglesia a través de las universidades y el sistema escolástico. La cirugía pasó así a ser considerada como una actividad artesanal denostada por médicos y universidades que quedó en manos de los gremios asociados a las *“ferramentorum incisio”*, entre ellos el de los barberos.

Finalmente, la tercera rama que confluirá en la actual denominación enfermera, la matrona, durante la Edad Media se mantendría en el entorno doméstico popular en manos femeninas seculares, al margen por tanto de los monasterios pero no de la doctrina cristiana. De manera genérica su prestigio se vería incrementado por el ejemplo de aquellas patricias romanas que en los primeros siglos del cristianismo se convirtieron volcándose en acciones caritativas, entre las que estaban el dar cobijo a las parturientas, y que ahora se



presentaban con la aureola de santidad.<sup>7</sup> Tampoco serían ajenas a la influencia de los ejemplos bíblicos de las parteras Shifrá y Puá (citadas en Éxodo, 1, 15-22), o a la partera que asistió a Raquel (Génesis, 35, 16-18). Prestigio que explicaría el valor atribuido a éstas por Alfonso X “El Sabio” en sus “Partidas”, la autorización concedida por la Iglesia para administrar el sacramento bautismal, o el halo mágico-religioso que impedía/prohibía la presencia de hombres en el momento del parto. No contamos con documentación que haga referencia a estas matronas alavesas durante el medioevo, aunque hemos hallado una curiosidad que nos ha parecido digna de mención por la peculiar presentación de los hechos, que anticipa la cuestión de la práctica profesional de la matrona por parte del hombre en una situación de parto no natural:<sup>8</sup>

Recogido en algunas crónicas, se relata la leyenda de un noble de la casa alavesa de Guevara que encontró muertos, tras una *razzia* musulmana en el año 870, a los reyes navarros García Iñiguez y su segunda esposa Urraca Jiménez. Al parecer, ésta estaba próxima a dar a luz y por una herida en el vientre salía la mano del niño, por lo que aquél caballero pudo ver que estaba vivo y logró sacarlo del seno de su madre. Ocultó al niño hasta que pudo ser coronado Rey como Sancho Abarca, quien apodó “ladrón” a su salvador, dando origen al extendido apellido alavés de “Ladrón de Guevara”.<sup>9</sup>

Las crónicas no detallan el contexto de la situación, pero con la reina en cuentas el escenario no debió ser un campo de batalla, sino algún asentamiento estable con la consiguiente presencia de personal de servicio. En esa situación, ¿no pudo ser posible la supervivencia de la partera que seguro que acompañaba a la reina siendo tan inminente

---

<sup>7</sup> A menudo se lee la categorización de estas mujeres, patricias romanas, como matronas en el sentido de partera, cosa que no fueron. Eran matronas sólo en cuanto que así se denominaba a la mujer romana que tenía familia.

<sup>8</sup> Nos referimos a las demandas de los futuros cirujanos anatómicos, fundamentalmente del XVII, reclamando competencias de la matronas.

<sup>9</sup> Diccionario Universal Ilustrado y Diccionario Enciclopédico Larousse. Criterio de búsqueda: Ladrón de Guevara.

el parto, u otra dama de su corte, que pudiera asistir a la cesárea?<sup>10</sup> Situación más creíble que la del rudo alavés venciendo el socializado retraimiento masculino a la naturalidad de la vida. Pero el caso es que la leyenda habla de un hombre, lo que aumenta su grado de heroísmo, en un parto contra natura sólo explicable por la intercesión divina, que apartó la espada del infiel de su trayectoria, conjurando perfectamente la divinidad del origen real, *Rex Dei gratia*. Si hubiera intervenido una mujer, una partera, ¿qué heroísmo habría habido en ello?, ¿acaso se hubiera podido forjar una leyenda a partir de un acto “cotidiano” para ella? La Historia ha demostrado sobradamente el silencio que rodea a las acciones femeninas, así como la apropiación masculina de muchos de sus logros -como también la del noble sobre sus vasallos-. Tal vez estemos en uno de esos silencios de género, o tal vez el rústico montañés de Guevara supo hacer lo que debía; no lo sabemos.

## II.1. Alta Edad Media.

Ubicamos su inicio a lo largo del siglo IX, partiendo, como habíamos quedado, de la evidencia de una estructura estable y amplia de la Iglesia cristiana en nuestro territorio, que ya comienza a denominarse Álava,<sup>11</sup> y que concretamos en el Obispado que terminará fijando su residencia en Armentia.<sup>12</sup> También se ha

---

<sup>10</sup> Entendemos que hubo supervivientes por la rápida aparición en escena del “salvador”, ya que de haberse demorado, las posibilidades de supervivencia del niño hubieran sido nulas.

<sup>11</sup> Las primeras denominaciones a nuestro territorio como *Alava* provienen de las crónicas del monarca astur-leonés Alfonso III, a finales del siglo IX.

<sup>12</sup> El obispado toma el nombre de Álava, en lugar del de la población en que ubica su sede física, como era lo habitual. Se cree que pudo ser debido a unos inicios itinerantes o titubeantes, ya que se presume que llegó a nuestro territorio empujada su sede de Calahorra por la invasión musulmana, sin la seguridad de dónde y cuándo podrían frenar su avance y establecerse definitivamente. No obstante, es fácil –y nosotros también lo hacemos- encontrar la expresión de obispado de Armentia, entre otros motivos por la curiosa noticia aportada por una lápida en Bolívar y dedicada a Albaro “*obispo de Veleia y Armentia*”, volviendo a categorizar en primera línea a la vieja ciudad caristio-romana que, en principio, llevaba deshabitada desde finales del siglo V.

considerado a este siglo como el de la reorganización espacial de nuestra provincia en forma de aldeas -de las que una buena proporción perdurará hasta nuestros días-, marcando más claramente el cambio cultural de la Tardoantigüedad a la Edad Media. Este cambio en la distribución del espacio iría interrelacionado con la consolidación del orden feudal, la entrada de nuestra área en la órbita del reino asturiano, que habría favorecido la colonización de algunas zonas alavesas, y a la efectividad de la línea defensiva del Ebro y su posterior desplazamiento hacia el Duero. La ubicación de este proceso en el siglo noveno, además de por las noticias indirectas de la colonización astur, proviene esencialmente del documento de 1025 denominado “Reja de San Millán”, en el que los monjes del monasterio riojano de San Millán de la Cogolla inscribieron el nombre de todas las aldeas que debían tributar al monasterio,<sup>13</sup> una buena parte de ellas alavesas. La importancia de ese documento reside, entre otras aportaciones, en descubrir -repentinamente- que Álava estaba en el cambio de milenio densamente poblada,<sup>14</sup> repartida su población en numerosos núcleos rurales de pequeñas dimensiones en torno a una Iglesia que, en muchos casos, se toma como punto de partida del asentamiento. Este panorama, todavía válido, comienza a ser corregido por las escasas incursiones arqueológicas sobre esas aldeas, destacando la de la colina de Gasteiz -a raíz de los trabajos de restauración en la Catedral de Santa María de Vitoria- y la del poblado de Zornóstegi (junto a Luzuriaga, en Salvatierra), que parecen adelantar un siglo este proceso de consolidación de un hábitat en aldeas estables y, además, lo desvinculan de la construcción de Iglesias que datan con posterioridad al inicio del asentamiento.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> El tributo más habitual era el de una reja de hierro por cada diez familias, de ahí el nombre dado al documento. Algunas aldeas tributaban con ganado.

<sup>14</sup> Para los medievalistas señalados en la nota siguiente, a partir del documento de la “Reja” se puede inferir una población de “unos 17 ó 20.000” habitantes entre las aldeas citadas, que podrían ser “unos 30.000 habitantes” incluyendo aldeas no citadas pero que terminarían perteneciendo a la actual Álava.

<sup>15</sup> Para este párrafo introductorio hemos seguido fundamentalmente a García de Cortázar y Ruiz de Aguirre, José Angel. “Los oscuros comienzos. La Alta Edad Media”, en Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. Y Coord.). “Álava en sus

Sea el siglo octavo o el noveno el punto de inflexión en la transformación del modelo de hábitat de nuestra provincia, lo importante es que nuevamente aparecen núcleos de población estables que recuperan paulatinamente modos de producción pasados, tanto agrícolas, como ganaderos, mineros, artesanales y comerciales. A medida que eso ocurre, la supuesta autonomía del campesinado durante la tardoantigüedad ha de rebajarse en favor de seguridad y bienestar, articulándose una estructura jerárquica, mediante fidelidad o servidumbre, en torno a *seniores* que, paulatinamente irán perfilándose en una nobleza laica de corte feudal ligada a la tierra. Dentro de la infraestructura económica y social de estos señores destacará la creación de pequeños monasterios e iglesias como propiedad privada de estos laicos, lo que hacía que llegaran a sus manos las rentas que fueran acumulando y el beneficio social derivado de la instrucción emanada por esos centros hacia la población. Esta competitividad con las fundaciones eclesiásticas habría de llevar a un enfrentamiento, reconocible en la reforma gregoriana en torno a 1080, en la que se llama la atención a la nobleza por el incumplimiento de los objetivos religiosos de aquellos centros, estimulándose su cesión a las entidades religiosas. Cesiones que terminarán sucediendo, pero en modo alguno de manera rápida, predominando la resistencia de estos nobles al abandono de sus prerrogativas.

---

manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983. A García Fernández, Ernesto. “Las ‘Alavas’ altomedievales: La formación de una sociedad feudal”, en Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996. Para las aportaciones arqueológicas, cfr. a Quirós Castillo, Juan Antonio. “La llanada oriental entre la tardoantigüedad y el año mil: las transformaciones en la estructura del hábitat y del poblamiento rural”. En Pastor Díaz de Garayo, E. (Coord.). “La llanada oriental a través de la historia: claves desde el presente para comprender nuestro pasado”. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 2003. Más actuales son las informaciones en prensa de los hallazgos en Zornóstegi, excavación dirigida por Quirós, que pueden leerse en el diario local Noticias de Álava del 8 de octubre de 2007 y en su página web: <<http://www.noticiasdealava.com/ediciones/2007/10/08/sociedad/alava/d08ala6.73767.php>>.

### II.1.1. Monasterios y enfermería.

Tradicionalmente se ha destacado el papel de los monasterios en el mantenimiento del saber clásico, y a partir de él la reducción del ejercicio sanitario de calidad al interior de sus muros, a lo que se unía la obligación cristiana de socorro y auxilio al necesitado que los convertía en centros de hospitalidad y de cuidado enfermero. A este último respecto, se ha hablado de enfermería monástica como representativa de la Alta Edad Media dentro de una etapa más amplia de la evolución enfermera, caracterizada por un predominio de actividades religioso-institucionales<sup>16</sup> marcadas por el carácter vocacional<sup>17</sup> de sus actores. Ciertamente, fuera de estas instituciones monásticas nosotros tampoco somos capaces de aseverar la presencia de oficios vinculados a la enfermería hasta la fundación y desarrollo de villas de realengo en nuestra provincia, lo que no quiere decir que no existieran, sólo que el mutismo característico de este periodo nos impide identificarlos claramente. Así, señalaremos luego la acción eremítica, que no sabemos hasta qué punto puede desligarse del monacato cuando su presencia lo hace en forma de cenobios o si existió una línea temporal que una ambas formas de religiosidad, precediendo el eremita al monasterio; mencionaremos también a las Ordenes Militares Hospitalarias, aunque probablemente se den en fechas posteriores, a partir del siglo XII; y también señalaremos la posible existencia de hospitales supuestamente laicos en las aldeas con anterioridad a finales del siglo XII.

La red de monasterios laicos en Álava parece que correspondía con pequeños establecimientos poco dotados en los que no cabría una respuesta como la generalizada bajo esa idea de enfermería monacal; aunque es de esperar algún tipo de acción hospitalaria que se correspondiera con el ideal de Caridad cristiana que los guiaba. Comparte esta idea Micaela Portilla atribuyendo a aquellos un papel decisivo en la implantación del primer Camino a Santiago entre los

---

<sup>16</sup> Etapa religioso-institucional en la nomenclatura de José Siles (op. Cit.).

<sup>17</sup> Etapa vocacional en la nomenclatura de García Martín-Caro y Martínez Martín (op. Cit.).

siglos IX y XI;<sup>18</sup> si bien, las acusaciones por parte de la Iglesia de no cumplir con esos fines, y las escasas muestras documentales que así parecen confirmarlo,<sup>19</sup> ponen en duda el alcance de esa acción hospitalaria, aunque estas referencias son del siglo XI, cuando el Camino ‘oculto’ alavés ha perdido su influencia. Por otra parte, según García de Cortazar (Op. Cit.), “*Muchos de ellos eran, en efecto, monasterios familiares; y por ello mismo, dúplices, esto es, de monjes y monjas*”, lo que en caso de realizar algún tipo de actividad hospitalaria, sería de interés conocer la distribución funcional por sexo. Sin embargo, no nos es posible documentarlo en aquellos pequeños centros monásticos, muchos de ellos construidos en madera y sin documentación directa de los mismos.<sup>20</sup> Para poder hallar muestras de esa acción enfermera habremos de buscar en los grandes centros monásticos del entorno, verdaderas abadías que cumplieran con la imagen estereotipada medieval de islas del saber. Ninguno de ellos se encuentra en el solar alavés, si bien extensas áreas de Álava estaban bajo su influjo o mantenían algún grado de dependencia, y a los que finalmente, pese a la resistencia, se irían agregando los pequeños monasterios alaveses de la nobleza propietaria entre los siglos X y XIII: el riojano de San Millán de la Cogolla; los burgaleses de San Salvador de Oña y Santa María de Bujedo; los navarros de Santa

---

<sup>18</sup> “*Contaba Alava con iglesias y monasterios documentados en estas rutas y en sus proximidades a partir del siglo IX y durante todo el siglo siguiente, momento de vigencia de estas ‘sendas ocultas’.* Aparte de lugares de culto y de acogida a los transeúntes, estas iglesias y monasterios eran focos de repoblación de las tierras y puntos seguros en los caminos por los que discurrían viajeros, peregrinos y transitaba el precario comercio de entonces”. Portilla, Micaela J. “Una ruta europea. Por Alava, a Compostela. Del paso de San Adrián al Ebro”. Servicio de publicaciones de la Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1991.

<sup>19</sup> Aunque no en Álava, sí en zonas colindantes, García de Cortázar (Op. Cit. pág. 93) recoge que “...un documento durangués de 1051; alude a la mala costumbre de nobles vizcaínos de enviar a los monasterios a sus jaurías para que, atendidas por los hombres encargados de ellas, estuvieran bien cuidadas”, y que en el de “San Miguel de Pedroso, a orillas del río Tirón, [...] todavía en 1049 el propio monarca de Navarra mandaba sus caballos durante la cuaresma para ser alimentados con las reservas del monasterio”.

<sup>20</sup> Una relación de estos monasterios e iglesias altomedievales en Álava puede leerse en la obra referenciada de Micaela Portilla (Pág. 8-10).

María de Irache y San Salvador de Leire; e incluso el aragonés de San Juan de la Peña, fueron quienes más incorporaciones y derechos adquirieron sobre los monasterios e iglesias de nuestra provincia. Es en estas grandes abadías donde podemos encontrar testimonio de acción enfermera; si bien, apenas sabemos algo más que su mera existencia, sin poder profundizar en qué es lo que hacían, cómo, cuándo, a quién o para quién realizaban aquellos cuidados. Además, las noticias recogidas pertenecen al final de esta Alta Edad Media, en torno al siglo XII, cuando ya el Camino de Santiago era una ruta asentada de peregrinación y se estaba transformando en una vía de comunicación de primer orden, con la presencia de otras manifestaciones enfermeras relacionadas con la atención a los peregrinos y especialmente a los leprosos. Por tanto surge la duda de si estos monasterios articularon un personal sanitario o parasanitario desde su fundación, para corresponder al ejemplo hospitalario verbalizado por Jesús *-imitatio Christi-* y básico en la extendida regla benedictina<sup>21</sup> o, por el contrario, fue una respuesta al movimiento jacobeo.<sup>22</sup> Así por ejemplo, en el caso del cercano monasterio navarro de Santa María de Irache, con derechos sobre zonas de la llanada oriental y de la montaña alavesas en los siglos XII y XIII, que se regía

---

<sup>21</sup> Seguidores de San Benito de Nursia (480?-547?), considerado como el padre del monacato occidental, en cuyas reglas para la vida monástica se recogen actividades de cuidado y de hospitalidad. En el siglo X, hubo un movimiento de reforma para recobrar el rigor de la Regla Benedictina original, denominado reforma de Cluny que suele englobarse en la reforma general de la Iglesia impulsada por el Papa Gregorio VII, también benedictino. En los siglos XI y XII la llamada reforma cisterciense trató de encauzar la Regla a un rígido ascetismo, ya que San Benito fue eremita antes que monje. En el capítulo 36 de las *regulae* de San Benito de Nursia se recoge que “*Sobre todo y ante todo hay que preocuparse de los enfermos. Hay que servirles como al propio Cristo, pues realmente se le sirve a Él a través de ellos. Pues Él ha dicho: <estuve enfermo y Me habéis visitado, y lo que habéis hecho a uno de ellos, Me lo habéis hecho a Mí>*”.

<sup>22</sup> En cierta manera se corresponde con la formulación de si son estos centros los que se asientan junto al camino, o es el camino el que se construye en función de la disposición de aquellos. Parece que ambos procesos ocurrieron a la par, quizás también en nuestra pregunta quepa una respuesta ecléctica.

por la regla benedictina y fue copartícipe de la reforma cluniacense,<sup>23</sup> las figuras que pudiéramos entroncar con la enfermería no aparecen en las relaciones de personal de mediados del siglo XII, mientras que sí lo hacen en unas posteriores:

*“Antes de mediados del XII sabemos de la existencia de priores primeros y segundos, de priores mayores y menores, de ‘ostiarus ecclesiae’, probablemente el oficial encargado de la sacristanía, de sacristanes, de porteros, de limosneros, de claveros, de escribanos y de camareros. Después hacen su aparición los capellanes del abad, los reflectoleros, el mayordomo, el cillerizo, el enfermero, el prior claustral, el ‘prior infancium’ y el hospitalero”.*<sup>24</sup>

Luego, o entre las figuras citadas en primer lugar se incluían acciones no claras o no especializadas de hospitalidad y cuidado, o éstas se desarrollaron con posterioridad, tal vez impelidas por nuevas exigencias o costumbres como el peregrinaje y la modificación de las rutas entre el XII y el XIII una vez alejado el riesgo musulmán por debajo de la línea del Tajo.

De los oficios nombrados en Santa M<sup>a</sup> de Irache, los de hospitalero y enfermero coinciden con los referidos habitualmente en la bibliografía enfermera. No hay una descripción clara de sus funciones, pero se supone que el hospitalero realizaría actividades similares a las que luego se evidencian en los hospitales renacentistas; es decir: acogimiento de viajeros y peregrinos por un lado, y tal vez de pobres, ancianos y huérfanos por otro,<sup>25</sup> ofertándoles cobijo temporal

---

<sup>23</sup> Aunque no se reformó durante el rígido ascetismo propugnado por el Cister, manteniéndose en el campo benedictino tradicional -por ejemplo, conservando actividades laborales-; no obstante, como paradoja, suele referirse a su monasterio como cisterciense por la arquitectura gótica correspondiente a ese periodo.

<sup>24</sup> García Fernández, Ernesto. “Santa M<sup>a</sup> de Irache: Expansión y crisis de un señorío monástico navarro en la Edad Media (958-1537)”. Servicio Editorial de la UPV/EHU. Bilbao, 1989.

<sup>25</sup> Somos conscientes que partiendo de la Regla de San Benito, parece que sólo se atendería a los peregrinos (huéspedes) y a los propios hermanos enfermos, de acuerdo a los capítulos LIII, de la recepción de los huéspedes, y XXXVI, de los hermanos enfermos. No obstante, correspondía al abad de cada congregación la interpretación de la misma. Por otra parte, en estos capítulos se reseña someramente



con un lecho, fuego y alimentos, así como la realización de los cuidados precisos para restablecer la salud de los primeros hasta que pudieran seguir su camino, desarrollando con los segundos labores asilares hasta que lograran su autonomía o llegara su muerte. Por su parte, la figura del enfermero sería un compendio de quehaceres sanitarios más elaborados, destinados a paliar la enfermedad física mediante una valoración, diagnóstico y terapéutica, que, según quién escriba, se vincula a la práctica médica, boticaria o -en nuestro caso- enfermera. Siendo estrictos, la regla benedictina original, por la que se regiría el monasterio de Irache, contiene disposiciones prácticas que afectan al *infirmarius* y al *servitor*, entendiéndose como médico al primero y como enfermero al segundo en las traducciones. Pero ha de advertirse que estas transfiguraciones responden a la necesidad de entender, con cierta claridad, el funcionamiento de aquella organización mediante su equiparación con prácticas actuales, lo que tradicionalmente ha llevado a la historiografía a repercutir en aquellos oficios una estructura con jerarquías que responden a modelos actuales: el médico como dominador del conocimiento y la práctica sanitaria, y la enfermera como mera auxiliar de aquél. Por otra parte, la evidente ventaja de la medicina en el estudio de su pasado ha supuesto la apropiación de determinadas figuras y terminologías para su profesión, quedando desde entonces vinculadas a la medicina en un sentido unívoco y, en consecuencia, se ha tendido a adscribir al pasado de otras profesiones solamente aquellos otros términos que no habían sido marcados como territorio médico, en sentido excluyente. Sin embargo, hablar conceptualmente de médico-enfermera, de separación entre curación y cuidado, en la Edad Media carece de sentido, como lo carecería valorar una oración o una sangría desde concepciones actuales, y más aún dentro de los muros monacales. En este sentido debe recordarse que el término enfermería es un cultismo

---

alguna distribución funcional y espacial que no aporta mucho a nuestras dudas. El apartado espacial de estas enfermerías, trasladado a la arquitectura benedictina-cister y cluniacense, se encuentra bien expuesta en la monumental obra de Laín Entralgo.

introducido al castellano por Gonzalo de Berceo (1198-1264), luego coetáneo a estos momentos históricos en los que nos hallamos.<sup>26</sup>

En caso de que estas figuras no se dieran efectivamente hasta finales del XII o el XIII, la división de las labores sanitarias que llevaría implícita una especialización se podría corresponder con la matización que hace García Fernández respecto a lo que observa en el monasterio de Irache: *“Asimismo hasta mediados del XII fue característica la rotatividad de los oficiales en sus cargos, impidiéndose de este modo la especialidad de los monjes en sus respectivos oficios [...]. Pero también era frecuente la concentración de varios oficios en un mismo monje”*. Es decir, cabría la posibilidad que hasta el siglo XII se dieran actividades de tipo hospitalario poco especializadas y que vincularíamos a una enfermería de acción inmediata con cuidados de tipo básico y que cualquier monje podría realizar sin necesidad de ser denominado de manera específica, ya que la Regla benedictina obliga a todos los monjes por igual en esa tarea. Y a partir de mediados del XII, sin saber porqué o cómo, simplemente comiencen a nominarse -tal vez surjan entonces- ante la necesidad de una mejor distribución de las tareas en virtud de una paulatina especialización; así, *“Desde mediados del siglo XII especialmente algunos oficiales (camarero, clavero, limosnero-hospitalero) consiguieron captar una serie de rentas permitiéndose adquirir una mayor libertad de acción para administrar sus ‘oficinas’”*,<sup>27</sup> luego se otorga autonomía a determinados monjes para gestionar mejor sus labores, lo que evidentemente ha de unirse a una especialización, la

---

<sup>26</sup> Seguimos al catedrático de Lengua Española de la Universidad de la Rioja, Claudio García Turza, en “San Millán de la Cogolla, el lugar de la palabra”, consultado en <[http://www.vallenajerilla.com/berceo/tierra\\_abierta.htm](http://www.vallenajerilla.com/berceo/tierra_abierta.htm)>. Según el vocabulario extraído de las obras completas de Gonzalo de Berceo (puede consultarse en <<http://www.vallenajerilla.com/berceo/vocabulario.htm>>), el término aparece sólo en la estrofa 245 de los “Milagros de Nuestra Señora”, correspondiente al milagro X (Los dos hermanos) bajo la forma “fermeria”. Finalmente, Olegario García de la Fuente en “Sobre el léxico bíblico de Berceo”, consultado en <<http://www.vallenajerilla.com/berceo/garciadelafuente/lexicobiblico.htm>>, reafirma la paternidad de Berceo al no encontrar relación con el vocabulario culto de las biblias medievales.

<sup>27</sup> García Fernández, Ernesto. Op. Cit.

misma que hemos de suponer a otras figuras como el enfermero en función de la especificidad de su acción dentro de la vida monacal. Coincide además este corte de mediados del siglo XII con los edictos de los Concilios de Clermont (1130) y de Tours (1163) por los que se reducía la práctica quirúrgica al clero bajo en el primero para terminar prohibiéndose completamente a todos los clérigos en el segundo. Podría pensarse en alguna influencia de estas normativas en los cambios documentados en Irache, sin embargo, el hecho de que junto a los sanitarios aparezcan otros “oficios” a partir de la segunda mitad del XII, parece señalar más algún tipo de cambio que requiriese especializaciones más concretas que en la etapa anterior, lo que parece situarlo mejor en el contexto del desarrollo económico y demográfico generalizado que se documenta desde mediados del XII y todo el XIII.

### II.1.2. El Camino “oculto” alavés a Santiago.

La acción caritativa de estos centros monásticos, extensiva a toda la sociedad medieval, aunque habremos de esperar al despunte económico bajomedieval para pasar del predominio eclesiástico al civil, no puede desligarse del establecimiento por nuestra provincia de las primeras rutas a Santiago, a cuyo par florecerán los referidos monasterios propietarios, iglesias y ermitas. Algunos de estos centros servirán como focos de repoblación conformando aldeas a su alrededor; en otros casos las aldeas ya existían y será el peregrinaje un estímulo a la creación de estos centros religiosos.

A lo largo del siglo IX, sin fecha clara pero en cualquier caso con anterioridad al año 860,<sup>28</sup> el culto a las reliquias del apóstol Santiago descubiertas en Compostela se extendía por toda la Europa cristiana, iniciándose de inmediato un fervoroso movimiento de peregrinaje fomentado, entre otros, por los reinos hispánicos cristianos, que veían una oportunidad de sumar apoyos en su lucha contra el *Al-Andalus*; no en vano se adjudicaría al apóstol el epíteto de “matamoros”.

---

<sup>28</sup> Fecha del martirologio de Floro de Lyon en el que ya se expresa la veneración de las reliquias del apóstol Santiago en Galicia.

Álava jugará un papel decisivo en los primeros tiempos del Camino ya que entre los siglos IX y XI la amenaza musulmana fue una realidad que, a pesar del paulatino alejamiento de la frontera del Ebro, todavía dejaba expuestos a sus ataques los territorios de las riberas navarra y riojana. Nuestra provincia, al resguardo de las defensas en la línea del Ebro frente al reino andalusí y lo suficientemente alejada de la costa cantábrica, aterrada por los ataques normandos, ofrecía las condiciones adecuadas de seguridad para proteger el paso de peregrinos, viajeros y mercancías. En la documentación se atribuye a estos caminos y sendas alaveses calificativos de “ocultos” y “extraviados” en el sentido de protección frente al temor a las correrías de bárbaros o moros. A partir del XI, alejados definitivamente estos peligros, las sendas alavesas perderán temporalmente su influjo, e igualmente desaparecerá el obispado de Álava por las mismas razones, incluyéndose en el de Calahorra, lo que confiere a ambas realidades -Camino y obispado- una misma dependencia circunstancial que las interrelaciona.

En palabras de Micaela Portilla (Op. Cit.) “*Contaba Alava con iglesias y monasterios*”(en cursiva en el original) *documentados en estas rutas y en sus proximidades a partir del siglo IX y durante todo el siglo siguiente, momento de vigencia de estas ‘sendas ocultas’ [...] la iglesia de San Martín de Foronda...*” y continúa señalando las de Arganzón, Estavillo, Arce, el monasterio de Corcuera, Cuartango, el monasterio de San Vicente de Acosta; Záitegui, Eribe y Ollerías en Villarreal; Abecia, Añana, el monasterio de San román de Tobillas, el de San Martín en Quintanilla, Villambrosa, Espejo, Pando, Villanueva de Valdegobía, Villapún, Gurendes, Mioma, Mardones, o Santa María de Valpuesta. Y aunque documentados en el XI y XII, “*algunos seguramente de origen anterior*”, el de Santa María de Ula, Santa María de Estíbaliz; Oro, Lasarte y Magnarrieta en Zuya; Langreiz, Délica o las iglesias de Ayala.<sup>29</sup> En definitiva una extensa lista de instituciones que parece responder al menos a dos estímulos,

---

<sup>29</sup> La cita completa con las advocaciones de los templos y monasterios, y una mayor precisión geográfica con alusión a los caminos y territorios, puede leerse en Portilla, Micaela J. Obra citada págs. 8-10.

(descartando el más importante, el de la demanda de los propios feligreses locales que desconocemos): el de la creación del obispado de Álava y el de la conformación del primer camino a Santiago por nuestro territorio. Ambas fomentarían la creación de estos centros, muchos de los cuales se edificarían bajo patronato de la Iglesia, pero otros, fundamentalmente pequeños monasterios, se harían a iniciativa de la nobleza rural como patrimonio propio que podían vender, comprar o donar. Ya hemos señalado las dudas sobre el cumplimiento de la acción caritativa de estos centros propietarios, aunque en su conjunto entendemos que la extensa red de iglesias, ermitas y monasterios alaveses existentes entre el siglo IX y XI debieron ofertar al menos un mínimo grado de hospitalidad que asegurara la pervivencia del Camino, ya que éste, cuando descende hacia el sur, no parece que tenga que ver con un maltrato al peregrino, sino a la comodidad de las nuevas rutas una vez desaparecida la amenaza andalusí. Luego entendemos que hubo de proporcionarse aquellos cuidados básicos documentados con posterioridad en los hospitales de las villas, referidos a las necesidades de descanso, alimentación e hidratación, higiene, termorregulación y espirituales. Además es posible que realizaran curas y atendieran otras enfermedades; ahora bien, de hacerlo ¿tenían los pequeños centros alaveses conocimientos y capacidad para estas actividades medico-quirúrgicas, o remitían a los enfermos a centros mejor preparados? Nosotros nos inclinamos por la segunda opción, ya que es lo que observaremos que sucede con los pequeños hospitales de las aldeas en los siglos posteriores, pero nos interesaría más llegar a conocer si esos centros de destino eran sólo los grandes monasterios señalados con anterioridad o, por el contrario o a la par, se utilizaban recursos seculares. La cuestión es importante, porque la respuesta civil a la pérdida de salud no hace acto de presencia en la documentación de nuestra provincia, por lo que suele reducirse al curanderismo y a la superstición como expresiones de esa acción sanitaria secular desconocida. Sin embargo, Álava reunía en la Alta Edad Media los condicionantes sociopolíticos y religiosos para estar al día en los modelos de desarrollo social europeos: una población densa, heterogénea tras la recepción de gentes huidas del avance musulmán primero y de las repoblaciones asturleoneras

después, cosmopolita a través del Camino a Santiago; estructurada políticamente mediante los *comes*, *seniores* y *milites*; y eclesiásticamente con un obispado propio y una red extensa de centros religiosos; por tanto, si en otros lugares se documenta la pervivencia de formas médicas en la población civil, muy probablemente se dieran también en nuestro territorio.<sup>30</sup>

### II.1.3. Eremitas, Órdenes Militares Hospitalarias y Hospitales urbanos.<sup>31</sup>

Por otra parte, al listado de Micaela Portilla cabría añadir otras manifestaciones del periodo vinculadas también al cuidado enfermero: el movimiento eremita y, probablemente más alejadas del periodo de estas sendas “extraviadas” alavesas a Compostela, el de las Órdenes Militares Hospitalarias<sup>32</sup> y los primeros hospitales urbanos previos a la formación de las villas de realengo.

---

<sup>30</sup> Laín Entralgo en su Historia Universal de la Medicina, tomo 3 Edad Media, capítulo “Restos de la medicina clásica en el occidente medieval europeo”, epígrafe “el ejercicio de la medicina”, sin paginar en la edición en CD que manejamos, sostiene la pervivencia de la formación de médicos seglares mediante un sistema de aprendizaje directo mediante la práctica cotidiana con un profesional de fama que se brindara a impartirle enseñanza. Se basa para ello en la reglamentación de tasas que aparece en la legislación visigoda del *Fuero Juzgo* (XI, I, 7): “*Quanto deve darle discipulo al fisico quel demuestra: Si algun fisico toma algun omne por mostrar, deve ayer doce sueldos por su trabajo*”. La evaluación de la competencia de estos seglares se haría por vía punitiva, a través de las duras penas que castigaba la mala praxis en el *Fuero Juzgo* (XI, I, 6): “*Si algun fisico sangrare algun home libre, si enflaqueciera por sangria, el fisico debe pechar C e L sueldos. E si muriere, metan al fisico en poder de los parientes que fagan del lo que quisieran. E si el siervo enflaqueciera o muriera por sangria, entregue otro tal siervo a su señor*”.

<sup>31</sup> Usamos pues el término urbano de manera muy comprometida, al referirnos a las aldeas que ocupaban el territorio antes de la expansión de finales del XII y el XIII. Nuestra intención es vincular estos espacios hospitalarios a la comunidad civil, a la aldea en su conjunto, para distinguirlos de la acción eclesial.

<sup>32</sup> Aunque es más común señalarlas sólo como Órdenes Militares, no podemos, desde la propia finalidad de nuestro estudio, dejar de resaltar el esencial papel hospitalario de algunas de ellas, verdadero motor de su creación en el caso de la de San Lázaro y San Juan a las que nos referiremos en Álava. Siguiendo a Madrid y

En Álava aparecen documentados testimonios eremíticos desde época visigoda,<sup>33</sup> algunos con carácter comunitario (cenobios) como las cuevas cenobíticas de “Las Gobas” en Laño. En general no suele relacionarse a estas comunidades ascéticas con actividades públicas, como sería la aplicación de cuidados o la simple hospitalidad, ya que parecería una contradicción con la propia esencia de la vida en retiro; sin embargo, a menudo estos eremitas eran vistos, o revestidos, con un halo de santidad que les confería atractivo y, en consecuencia, seguidores. Un ejemplo notable sería el de San Benito de Nursia antes de iniciar su vida monástica y aplicar su *regula* a la vida monacal. Por tanto, no debería extrañarnos que estos asentamientos ascéticos fueran también centros de acogida y hospitalidad. En este sentido, señalamos el caso del hospital del Santuario de Nuestra Señora de Angosto, documentado ya en 1167 y que, según recoge Eleuterio de la Inmaculada se correspondería con *“La casa de que se trata es la que el ermitaño Hernando, ayudado del pueblo de Nabia (Villanañe) y de algunas limosnas que recogió de manos de los devotos de la virgen, había levantado en 1094 para sí y para el servicio de los peregrinos [...] más tarde, con posterioridad a 1116, debió de ser construido algún edificio ex profeso para hospital, quizá en sustitución de la*

---

Medina, Ángela. “Los comienzos de la hospitalidad santiagoista: el Hospital de Ávila”. Espacio, Tiempo y Forma, Serie III, Hª Medieval, t. 17, 2004, págs. 371-379, editada por la UNED: *“El tema asistencial es uno de los que menos interés han venido suscitando en la historiografía española de las órdenes militares. En general se le ha infravalorado, considerándolo secundario con respecto a otras actividades. [Sin embargo] las órdenes de San Lázaro, Santa María de los Teutones y Santo Tomás de Acre tienen como primera función la asistencial, aunque luego se militaricen. La de San Lázaro, dedicada a su leprosería, tarda un siglo en hacerlo, a mediados del XIII. Hasta entonces, es decir, durante una centuria, el maestre era también un leproso [...] En cuanto a la orden de San Juan de Jerusalén su nacimiento, como es bien sabido, está vinculado a la actividad hospitalaria, incluso antes de las cruzadas [...] se dedicaba a hospedar y asistir a peregrinos sanos y enfermos”*.

<sup>33</sup> “Puede afirmarse hoy en día que algunos de estos conjuntos rupestres (conjuntos de Faido, Albaina y Laño sobre todo) fueron ocupados durante los siglos VI-VII por grupos de cristianos que practicaban en ellos una ascesis radical de carácter eremítico”. Azkarate Garai-Olaun, A. “Entre francos y visigodos...”.

*primitiva casa*”.<sup>34</sup> Luego a tenor de este ejemplo, parece que el sentido de la hospitalidad estaba presente entre estas comunidades ascéticas y deben ser considerados, dentro o fuera de la disciplina eclesial pero, parte del entramado religioso de atención a los peregrinos.

Más problemática es la segunda puntualización que quisiéramos hacer al listado de M. Portilla, ya que desconocemos las fechas de su fundación y por tanto resulta comprometido tratar de adscribir su presencia en este periodo de existencia de los caminos “ocultos” alaveses a Santiago entre los siglos IX y XI. Nos referimos a las Órdenes Militares Hospitalarias, especialmente a la de San Lázaro que documentamos a partir del XII, de manera parece que consolidada, en un periodo en que predominan otras rutas jacobeanas alejadas de nuestro espacio, por lo que sospechamos que ya debían existir con anterioridad, si bien Núñez de Cepeda asevera, para el caso del que se adscribirá a la futura Vitoria, que *“no puede remontarse más allá de los últimos años del siglo XI o los primeros del XII”* aunque se inclina más a pensar que *“probablemente, fue fundada la Casa vitoriana en el siglo XII”*.<sup>35</sup> Conocidos como hospitales de San Lázaro o Casas de la Magdalena, en Álava son conocidos sus asentamientos en Vitoria, Salvatierra, Villarreal y Ayala, aunque sólo a partir de la documentación de estas villas se tiene conocimiento de su existencia y se corresponde a épocas posteriores a las aquí señaladas, generalmente como hospitales para peregrinos cuando ya habían sido abandonados como lazaretos, y por su Orden, toda vez que la lepra quedó arrinconada por el efecto de las epidemias pestilíferas, especialmente las del XIV.<sup>36</sup> Así, el de Vitoria había sido abandonado por los

---

<sup>34</sup> Inmaculada de la, Eleuterio (Rvdo. P.). “Historia del Santuario de Nuestra Señora de Angosto y del Valle de Gobeia de la M. N. y M. L. Provincia de Álava”. Gráficas Fides. San Sebastián, 1943.

<sup>35</sup> Núñez de Cepeda y Ortega, Marcelo. “Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estíbaliz”. Imprenta del Monasterio de El Escorial, 1931. Pág. 33.

<sup>36</sup> Se presupone que la peste se cebó en aquellos que se hallaban más inmunodeprimidos, por lo que se baraja la posibilidad de que la práctica



religiosos lazarinos con anterioridad a 1489,<sup>37</sup> fecha en la que los miembros del Concejo vitoriano “*acordaron que vaya Juan Martínez de Bermeo a buscar una persona que sea de S. Lázaro (esto es religioso de su Orden) para que esté en la Magdalena de esta Ciudad*”.<sup>38</sup> Y el de Salvatierra con anterioridad a 1487, año en el que se lee que en él eran “*congruesos los pobres de Sant Lazaro y otros pobres*”,<sup>39</sup> al mismo tiempo que se advertía que existía desde tiempo inmemorial, “*tanto tiempo que memoria de los omes non avia*”.<sup>40</sup> Por tanto, es muy posible que en los casos de Vitoria y Salvatierra, estos hospitales para leprosos existieran con anterioridad a la creación de sus villas y que su ubicación en la ruta jacobina les relacione más con el Camino que con las aldeas a las que luego se adscriben.

Así, en el caso del hospital de San Lázaro que luego será siempre uno de los existentes en Vitoria, y que podrá leerse a menudo que se hallaba a extramuros de la ciudad, como cabría esperar de un centro de estas características,<sup>41</sup> éste estaba situado en el solar de la actual Catedral Nueva (María Inmaculada), en lo que entonces era una depresión del terreno junto al río Zapardiel por el que discurría el camino a Castilla probablemente sobre el antiguo trazado de la *iter* romana de Astorga a Burdeos, entre el prado de Armentia, sede del obispado de Álava previo a su anexión al de Calahorra en el siglo XI, y la aldea de Gasteiz, ambas situadas en sendos altozanos, enfrentadas a ambos lados del camino. Es decir, no puede decirse que fuera un

---

desaparición de alusiones a la lepra (enfermedad santa) a partir del siglo XV, sea debido al aniquilamiento de su reservorio humano durante las epidemias de peste.

<sup>37</sup> Es posible que no lo hubieran abandonado muchos antes, ya que tanto el de Vitoria (con anterioridad a 1489) y el de Salvatierra (con anterioridad a 1487) coinciden con un periodo de crisis de la Orden que llevó al papa Inocencio VIII a unir la Orden de San Lázaro a la de San Juan de Jerusalén en 1490, si bien su sucesor anularía tal mandato.

<sup>38</sup> Núñez de Cepeda, Marcelo. Op. Cit. Pág. 36.

<sup>39</sup> Portilla, Micaela. Op. Cit. Pág. 73.

<sup>40</sup> Ibidem.

<sup>41</sup> Sin embargo, “*Estos establecimientos no estaban situados [...] ‘aislados por motivos higiénico-epidemiológicos’, sino, muy al contrario, en las rutas de mayor tránsito*”. En Laín Entralgo, op. Cit. Tomo 3 Edad Media, epígrafe “leproserías y hospitales de apestados”.

hospital de uno u otro lugar, porque lo desconocemos, pero sí puede aseverarse que se hallaba en el Camino, de ahí nuestra puntualización de que la acción de estos centros no puede basarse en el conocimiento adquirido a partir de las villas a las que pertenecerán, ya que se corresponden con tiempos ajenos a esta Orden Hospitalaria aunque se mantenga el nombre alusivo a la misma como advocación del hospital que permanece, pero destinado ya a otros usuarios: peregrinos a Santiago en el caso de Salvatierra, con función asilar en el caso de Vitoria.

Además de la Orden de San Lázaro -aunque tal vez se unieran tras el decreto papal señalado de 1490- conocemos el asentamiento de un Priorato de la Orden de San Juan de Jerusalén a mediados del siglo XIV en la que fuera la gran urbe romana de Veleia, cuyos edificios pudieron verse hasta el siglo XIX<sup>42</sup> pero de los que ya no quedan vestigios. Al igual que en el caso de los lazaretos antes reseñados, no existen aportes documentales de que pudiera existir con anterioridad esta encomienda de la Orden Hospitalaria más extendida por la península en cuanto a número de hospitales.<sup>43</sup> No obstante, pueden señalarse varios indicios que apuntarían a una fundación muy anterior:

- Que dicha Orden comenzara a expandirse desde comienzos del siglo XII por las rutas peregrinas a Santiago, acorde con su vocación fundacional de atención al peregrino.<sup>44</sup>
- Que exista una definida hilada de restos románicos asociados a la Orden de San Juan, y datados todos en el XII, por el camino

---

<sup>42</sup>La alusión a los restos del XIX se debe a una descripción que hace Ricardo Becerro de Bengoa sobre las ruinas que él mismo observa, aludiendo a “*el ruinoso edificio de un templo gótico de principios del siglo XIII*”.

<sup>43</sup> Madrid Medina (op. Cit.) habla de unos cincuenta.

<sup>44</sup> No obstante, es más conocida su acción fronteriza, batalladora y repobladora, a cambio de extensas áreas de terreno sobre las que ejercieron su señorío. Asentamientos ajenos a Álava, el primitivo reino astur-leonés y Galicia, donde se extendieron teniendo como único incentivo la acción hospitalaria/defensiva sobre el peregrino a Santiago.

franco-navarro,<sup>45</sup> que sustituirá al alavés a partir del siglo XI, continuando por tierras castellano-leonesas hasta Galicia.<sup>46</sup>

- Que de otro ejemplo alavés, del que poco más puede decirse, el monasterio de Salinas de Añana también perteneciente a la Orden de San Juan, se sabe que su convento fue construido en el siglo XIV sobre restos más antiguos de un hospital de peregrinos.<sup>47</sup>

- Que Becerro de Bengoa en el siglo XIX cataloga los restos góticos, existentes entonces, de principios del siglo XIII.

Luego dentro del desconocimiento general existente sobre las órdenes militares en nuestra provincia en los siglos a caballo entre la Alta y la Baja Edad Media, y su relación con la asistencia hospitalaria en el Camino jacobeo,<sup>48</sup> opinamos que hay indicios como para pensar que probablemente aparecieron, como otros homólogos, a lo largo del siglo XII, por lo que su vinculación al Camino en Álava sólo se explicaría por la pervivencia de las rutas “ocultas” más allá del XI en que habrían perdido su importancia, pero no desaparecido, hasta su

---

<sup>45</sup> Pueden leerse estos ejemplos en el Camino que atravesaba el antiguo reino navarro transpirenaico en Plazaola, Juan. “El arte románico en Euskal Herria”, disponible en <[http://www.hiru.com/artea/artea\\_euskal\\_herrian/07](http://www.hiru.com/artea/artea_euskal_herrian/07)>.

<sup>46</sup> Para la Orden del Hospital de San Juan de Jerusalén, cfr. Rodríguez-Picavea Matilla, Enrique. “Orígenes de la Orden del Hospital en el reino de Toledo (1144-1215). Espacio, Tiempo y Forma. Serie III, Hª Medieval, t. 15, 2002, págs. 149-193. Ayala Martínez, Carlos de. “La Orden de San Juan en la península Ibérica durante el maestrazgo de Juan Fernández de Heredia”. Cuadernos de Historia Medieval. Secc. Miscelánea, 1 (1998). Págs. 111-131.

Barquero Goñi, Carlos. “La Orden de San Juan en el Camino de Santiago: La bailía de Portomarín (1158-1351). Cuadernos de Historia Medieval. Secc. Miscelánea, 2 (1999). Págs. 89-117.

Madrid y Medina, Ángela. “Los comienzos de la hospitalidad santiaguista: el Hospital de Ávila”. Espacio, Tiempo y Forma, Serie III, Hª Medieval, t. 17, 2004, págs. 371-379.

<sup>47</sup> Salinas pasa a ser de realengo por fuero otorgado hacia 1140 por Alfonso VII.

<sup>48</sup> Un breve apunte sobre las órdenes militares, si bien más centrado en los restos templarios en Álava que en las hospitalarias, puede leerse en el artículo publicado por el diario El Correo el 10/09/06 y disponible en la dirección de internet <<http://www.elcorreodigital.com/alava/pg060910/prensa/noticias/Alava/200609/10/ALA-ACT-338.html>>.

recuperación en el siglo XIII con el llamado Camino francés. Idea que reforzaremos a continuación al hablar de hospitales en la aldea de Gasteiz en el siglo XII. No obstante, es evidente que pudieron responder a otras motivaciones, caso del monasterio de Salinas, en el que parece clara una relación con la importancia de la sal en el medioevo, ya destacada en el documento de la “Reja” de San Millán de 1025.

Las limitadas evidencias textuales y arqueológicas en nuestra provincia<sup>49</sup> sobre el papel desempeñado por estas órdenes hospitalarias no nos permite atribuirles acciones específicas, pero suponemos que su aportación a la enfermería alavesa habría de ser la misma que se le atribuye en los textos generales, empezando por la contribución al cambio de paradigma patogénico de la lepra, pasando a ser la mejor representación del sentido de “prueba” atribuido a la enfermedad por el cristianismo medieval. Con el espectacular crecimiento de casos durante las cruzadas (guerra santa), la lepra no podía, en modo alguno, ser considerada un castigo divino, así que hubo de reconsiderarse positivamente como una oportunidad, otorgada divinamente, de redimirse y alcanzar el cielo, lo que convertía a sus históricos cuidadores, la Orden de San Lázaro, en una excelente muestra del ejemplo en Cristo.

---

<sup>49</sup> La pérdida de vestigios arquitectónicos de estas órdenes no es exclusivo de Álava, así para Navarra recogemos una cita de Juan Plazaola (Op. Cit.) a su vez tomada de Uranga, J.E.; Iñiguez Almech, F. “Arte Medieval Navarro”. Pamplona 1973. *“Del siglo XI perdió la Cristiandad monumentos capitales como el de Nájera y San Millán de Yuso. El siglo XII continuó la misma racha y fueron arrasados la catedral, los claustros y todas las iglesias de los burgos de Pamplona, Santa María de Sangüesa, Santiago de Puente la Reina. Todas las iglesias primitivas de Estella corrieron igual suerte, dejando en pie los ábsides de algunas de ellas. Si añadimos los mil monasterios y monasteriolos, las fundaciones de los Templarios y Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, el resultado es que de aquellos grandes centros del arte románico falta todo lo fundamental y sólo parcialmente podemos imaginar lo que sería la gran arquitectura procedente de León y desarrollada en Nájera; o la jaquesa, continuada en Sangüesa, culminada en la cabecera de Irache; ni tampoco la compostelana, inspiradora de la catedral de Pamplona”.*

Finalmente, el tercer elemento de este apartado hace referencia al desarrollo de hospitales en el interior de las aldeas con anterioridad a la expansión del realengo en el siglo XIII. La situación es similar a la que nos encontrábamos con las órdenes hospitalarias, aparecen descritos a medida que las villas recién creadas comienzan a generar documentación, pero parece que ya se encontraban previamente en las aldeas sobre las que se fundaron estas villas a partir de finales del XII. Vitoria es quien ofrece informaciones más fiables, que en cualquier caso no son concluyentes, referidas a un hospital para peregrinos en el solar que luego ocupará el hospital de Santa María del Cabello (hospital Santiago), y también al hospital de Santa María.

Del primero, del que se cuenta con fecha de creación en torno a 1130, tiene el problema de que el documento que lo acreditaba ha desaparecido por lo que su noticia nos llega de segunda mano, aunque le conferimos fiabilidad.<sup>50</sup> Según aquella *“memoria manuscrita tocante al Hospital que está en poder del abogado D. José Segurola”*, el hospital de Santa María del Cabello que erigiera en 1419 Fernán Pérez de Ayala y María Sarmiento se levantó sobre el mismo suelo de una casa que había *“para recogimiento de pobres peregrinos, la cual se hizo a expensas de bienhechores por los años de 1130, poco más o menos, con permiso y consentimiento de los señores Justicia y Regimiento de esta Ciudad que a la sazón era Villa de Gasteiz...”*. Luego en los años previos a su fundación como *“Nueva Victoria”* (1181), la aldea de Gasteiz contaba con un centro para peregrinos ubicado en lo que entonces era extramuros de la población, en la ladera sur donde hoy está la calle que recuerda al hospital de Santa María del Cabello haciendo esquina con la calle Postas que revive el paso del antiguo camino de Castilla a Francia. Por tanto, como en el caso del cercano hospital de San Lázaro, este hospital de peregrinos también se hallaba a pie del Camino a Santiago.

---

<sup>50</sup> Fundamentalmente porque se la atribuye Marcelo Núñez de Cepeda (op. Cit. Pág. 89), el gran cronista del hospital Santiago, de quien extraemos la cita posterior. También lo asume Martín Latorre, Peli. *“Hospitales, peregrinos y... otras cosas”*. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1996. Pág. 10. Si bien, este último también se basa en Núñez de Cepeda.

Y lo hace en pleno siglo XII, cuando las rutas “ocultas” alavesas han perdido su importancia estratégica, luego como señalábamos anteriormente respecto a las órdenes militares barajando también su asentamiento a lo largo del XII, parece evidente que entre el XI y el XIII esas viejas sendas “extraviadas” no sólo no desaparecen, sino que mantienen un flujo suficiente como para alentar el eregimiento de centros caritativos a su paso por Álava.

El segundo ejemplo es el del hospital de Santa María, del que resulta más dudosa su creación previa a la fundación de Vitoria. Para Núñez de Cepeda (op. Cit. Pág. 17) *“fue, sin duda, el establecimiento benéfico más antiguo de Vitoria, siendo probable que su existencia se remonte a la primitiva Gasteiz”*, mientras que para Fray Juan de Victoria (Nobiliario Alavés recogido por Vidaurrázaga, pág. 222) *“el hospital que está en la plazuela de la Iglesia Colegial de Santa María fundaron los fundadores de la nueva Victoria”*, aunque los coetáneos de este último, al hacer la relación de las rentas para la reducción de hospitales de 1590 escribieron que *“en ninguno de los papeles ni libros del dicho archivo [del ayuntamiento] ay claridad ni memoria del prinçipio y creación del spital que esta frente de la iglesia de Sancta Maria de esta çiudad [...] y lo que se puede collegir es que siempre le ha tenido por suyo y como tal ha tenido el patronadgo y administracion del...”*<sup>51</sup> Por tanto, podemos concluir que como muy tardío pudo ser contemporáneo de la fundación de Vitoria en 1181.

En este último caso, desconocemos si también tuvo vinculación con el peregrinaje, ya que las noticias que tenemos del mismo, a partir de finales del XV, sólo le confieren actividad básicamente asilar a vecinos de la ciudad; es decir, en principio vinculado a la respuesta de solidaridad vecinal frente al desamparo de algunos convecinos.<sup>52</sup>

La apreciación más importante que realizamos de la posible existencia de estos hospitales dentro de las aldeas, con antelación al

---

<sup>51</sup> ATHA. Fondo hospital Santiago. Caja 14, documento 4, folio 26. Existe copia de 1761, más legible, en mismo fondo, libro 42.

<sup>52</sup> Más adelante añadiremos los puntos de vista del proselitismo ideológico y del control social.

ordenamiento foral conferido por los monarcas, es la de que el caso de Gasteiz no sea una excepción. Conocemos mejor los hospitales señalados en esa aldea por su conversión posterior a la que será la ciudad de Vitoria, lo que llevará implícito un mejor control burocrático y documental que ha permitido la conservación de una mayor cantidad de información sobre su pasado que el resto de los pueblos alaveses; sin embargo, en el momento previo a su constitución como villa de realengo, la aldea de Gasteiz no parece que fuera más que cualquier otra aldea del entorno, por tanto, la importancia de documentar establecimientos hospitalarios en ella plantea de manera directa la posibilidad de extrapolar su existencia también a otras aldeas, especialmente a las vinculadas con rutas a Santiago.

## **II.2. Baja Edad Media.**

Desde mediados del siglo XII y durante todo el siglo XIII se documenta un periodo expansivo tanto económicamente como demográficamente que va a suponer un nuevo cambio profundo en la ocupación espacial de Álava caracterizado fundamentalmente por la aparición de villas con cartas puebla, otorgadas normalmente por los monarcas,<sup>53</sup> acompañadas de una euforia constructiva tanto en el medio rural como urbano, reflejo de la prosperidad general reinante durante la primera mitad de la Baja Edad Media. El ciclo se vería truncado poco antes de mediar el siglo XIV, usándose como representación la peste de 1348, y no finalizará hasta la segunda mitad del siglo XV. Este último siglo, caracterizado por una larga regresión económica y una profunda depresión demográfica en toda Europa (se calcula que la peste citada se cobró la vida de un tercio de la población europea), se objetiva en Álava a partir del colapso constructivo

---

<sup>53</sup> Por lo que pasaban a estar bajo la jurisdicción real (Realengo), a diferencia de la mayor parte de los núcleos existentes hasta entonces que se hallaban bajo jurisdicción de sus respectivos señores (Señorial). El Realengo llevaba implícito una carta puebla en la que se recogía una serie de disposiciones (fuero) que normalmente atribuían a los moradores de la nueva población derechos impensables en la jurisdicción señorial, todavía inmersa en modelos de relación y producción feudales.

evidenciado durante esa etapa que sólo parece repuntar a finales del XV, anticipando el nuevo periodo expansivo que se conocerá durante el siglo siguiente, ya en la Edad Moderna.

Así, esta Baja Edad Media podríamos subdividirla en dos periodos, tomando como punto de corte la referida embestida de la llamada Peste Negra de 1348. En realidad carecemos de la certeza de que nuestra provincia, o parte de ella, sufriera sus estragos; no obstante, los estudios históricos realizados sobre las epidemias de peste en nuestro entorno coinciden en señalar que tanto la provincia como Vitoria probablemente la padecieron, basándose en el carácter pandémico de la misma y la virulencia atribuida, por lo que, a pesar de no tener noticias para Vitoria, ha de presumirse que la sufrió al estar documentada en las vecinas Navarra y Burgos, entre las que nos situaríamos como un eslabón necesario para su propagación entre una y otra. La peste no será la única causa del cambio involutivo señalado, en la llamada crisis bajomedieval han de advertirse factores multicausales<sup>54</sup> como malas cosechas, guerras sucesorias como las de los Trastámaras o la general de los Cien años (1337-1453), las luchas de bandos entre Ayalas y Callejas (Oñacinos y Gamboinos), o las repercusiones del Cisma de Occidente (1378-1417). Superados estos trances, ya en la segunda mitad del XV a punto de cerrarse la larga etapa medieval, dará comienzo un nuevo ciclo de crecimiento. Tomamos como referencia de ese repunte dos acontecimientos administrativos: en el contexto alavés, la creación de la Hermandad de 1463, en la que se promulgaron las primeras ordenanzas provinciales y se crearon las Juntas Generales. Dicha Hermandad, a diferencia de otras previas, abarcaba la mayor parte del actual territorio, que

---

<sup>54</sup> El cronista Fray Juan de Victoria, a finales del siglo XVI, aludiendo al abandono del Hospital de San Lázaro y la Magdalena de Vitoria por la Orden de San Lázaro, en fecha desconocida pero, en cualquier caso, muy anterior a 1480, expone como posibles causas “*peste, incendio, guerras, o bandos, o despoblación de Vitoria*”, lo que insistiría en algún acontecimiento desastroso que limitaría la expansión demográfica que la ciudad había tenido hasta entonces. Vidaurrázaga e Inchausti, José Luis. “Nobiliario Alavés de Fray Juan de Victoria. Siglo XVI”. Editorial la Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1975.



terminaría de definirse en 1502,<sup>55</sup> y se considera el embrión jurídico-político de la actual Álava. Y en el contexto vitoriano, el Capitulado de 1476 con el que concluían las luchas banderizas y se sentaban las bases de la nueva organización municipal cuyo mejor exponente serán las ordenanzas de vecindades de 1483 y las de 1487.

### II.2.1. La creación de las villas.

La formación de las villas es probablemente uno de los elementos más fundamentales en el desarrollo de las prácticas sanitarias en su camino hacia la profesionalización. No es sólo que la atracción de población por parte de estas nuevas villas supusiera una mayor demanda de asistencia, y con ello se incrementara el número de actores sanitarios, sino fundamentalmente que esa asistencia hubo de ejercerse a través de ordenanzas y reglamentaciones municipales y gremiales que, aún en su incumplimiento, confieren propiamente la oficialidad a quienes la ejercían.

La fundación de estas villas, en Álava normalmente de realengo, es un fenómeno complejo en el que confluyeron intereses de sectores muy dispares. Por una parte la voluntad de la Corona<sup>56</sup> de asegurar sus fronteras, afianzar rutas seguras hacia el mar que permitieran una reactivación del comercio a gran escala, e incrementar la autoridad Real frente a la Señorial en el contexto de la formación de los grandes Estados europeos. Por otra, el interés de la base de la pirámide social para desvincularse del yugo feudal, e incluso de la tierra, adscribiéndose a las nuevas formas productivas del artesanado y el comercio amparadas en las villas de realengo e impulsadas con fueros ventajosos y atrayentes conferidos por los monarcas fundadores.

---

<sup>55</sup> Exceptuando la pasajera incorporación del valle de Orozco entre 1507 y 1568.

<sup>56</sup> Aunque las primeras fundaciones parten de la monarquía navarra, caso de Vitoria, pasan rápidamente a manos de la castellana, a quien se debe el gran impulso urbanizador del siglo XIII. De ahí que al hablar de la Corona deba interpretarse la del reino castellano, a cuya jurisdicción se adscribía buena parte de Álava en este siglo, adscribiéndose el resto a partir de la aceptación del mundo señorial que había perdido la pugna por el control del territorio frente al pujante embrión del Estado Moderno, señalado en la autodisolución de la cofradía, en la que se unían, en 1332.

El inicio del proceso urbanizador en nuestra provincia puede señalarse con la fundación de Salinas de Añana hacia 1140,<sup>57</sup> y Laguardia en 1164, aunque cobra su máximo sentido con la fundación de las dos grandes villas medievales alavesas:<sup>58</sup> Nueva Victoria por parte del monarca navarro Sancho el Sabio en 1181, y Salvatierra en 1256 con fuero otorgado por el castellano Alfonso X el Sabio,<sup>59</sup> pudiendo darse por culminado con la denominada “Voluntaria Entrega”,<sup>60</sup> en 1332, símbolo de la aceptación de la nobleza feudal

---

<sup>57</sup> Debe recordarse que la fundación de la villa se corresponde con el otorgamiento de un fuero por parte de un monarca, en este caso el castellano Alfonso VII, y no guarda relación con su ocupación humana, ya que Salinas por ejemplo estaba habitada desde antiguo; o el más conocido caso de Vitoria que se asienta sobre otra población ya existente, Gasteiz, a la que va a cambiarse de nombre como acontecimiento conmemorativo de una batalla.

<sup>58</sup> En palabras de Díaz de Durana “*salvo en los casos de Vitoria, Salvatierra o Laguardia, cabe referirse a las villas fundadas hasta la fecha más como ‘aldeas amuralladas’ que como centros urbanos*”. Díaz de Durana, José Ramón. “...a la Provincia de la çibdad de Vitoria...”. En Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996. Pág. 113. Más rotundo es González Mínguez al aseverar que “*sólo en dos núcleos urbanos, Vitoria y Salvatierra, se formarán unos grupos mercantiles y artesanales con la suficiente entidad como para dar carácter a la población*”. González Mínguez, César. “De la fundación de las villas a la formación de la provincia”, en Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983. Pág. 127.

<sup>59</sup> Junto a Santa Cruz de Campezo, Peñacerrada, Corres y Contrasta, todos con fuero otorgado por Alfonso X el Sabio.

<sup>60</sup> La “Voluntaria Entrega” hace referencia a la cesión del señorío de las tierras alavesas bajo jurisdicción señorial al Rey Alfonso XI en 1332 por parte de una decadente nobleza rural agrupada en la Cofradía de Arriaga que, tras disolverse, dejaría bajo jurisdicción real sus territorios a cambio de prebendas en la Corte, en la burocracia y empresas de una nueva forma de Monarquía en fase constituyente y expansiva, o en los gobiernos de las prósperas villas que, de una forma u otra, permitirían no sólo el mantenimiento de su diferencia social y de sus prerrogativas, sino incrementarlas de una forma que sus viejas formas de poder rural no se lo hubiera permitido. Ha de hacerse notar que esta autodisolución de la Cofradía no implica de facto una desaparición de los Señoríos, ya que estos se mantendrán hasta su supresión en el siglo XIX, pero sí a las formas de producción vinculadas a su sistema feudal. Con posterioridad, el arribo de buena parte de esta nobleza a Vitoria y otras villas, hará que pugnen por el control de sus concejos lo que se traducirá en una cierta reseñorialización de estas villas, a pesar de su realengo.

alavesa del nuevo orden político que comenzaba a fraguar la monarquía castellana, dentro del movimiento continental de formación del Estado Moderno. De estas primeras villas sobresale especialmente el caso de Vitoria, primero por mejor documentada, y segundo, por ser la que ya a finales de la Edad media se sitúa en una clara situación de liderazgo en el territorio alavés.

En el momento de su fundación, en 1181, Vitoria contaba con una discreta población de aproximadamente 50 familias; pero los fueros ventajosos otorgados por los reyes navarros durante el siglo XII y castellanos a partir del XIII, que obedecían a intereses militares, comerciales y políticos, concedían importantes beneficios fiscales que favorecieron actividades comerciales y artesanales convirtiendo a la joven villa en un polo de atracción para la población del entorno, a la que, tras la “voluntaria entrega” de 1332, se sumaría buena parte de la nobleza rural, que no tardaría en pujar por los puestos de gobierno frente a la aristocracia ya asentada en la villa. Para esa fecha el primitivo núcleo de la aldea que le dio sustento se había multiplicado varias veces en extensión, como reflejo de la expansión demográfica, económica y social del siglo XIII, hasta configurar el espacio que hoy denominamos “casco viejo” de Vitoria,<sup>61</sup> al que se añadían varios arrabales (“redobas”) en torno a los conventos, que se habían ido asentando extramuros de la villa, más las 51 aldeas de sus alrededores que pasaron a estar bajo su jurisdicción entre 1258 y 1332 por cesión o compra. Muestras todas ellas de un evidente dinamismo demográfico que resulta difícil cuantificar y que se vería roto a lo largo de ese siglo largo de depresión que hemos señalado entre mediados del siglo XIV y finales del XV.<sup>62</sup> Precisamente a finales de ese último siglo, en 1496, se le estima una población de unas 5.000

<sup>61</sup> A través de dos ensanches, el de 1202 hacia el oeste (calles Correría, Zapatería y Herrería) y el de 1256 hacia el este (calles Cuchillería, Pintorería y Judería).

<sup>62</sup> Fray Juan de Victoria en su “Nobiliario alavés”, escribía: “*después que Vitoria la nueva vino a tanta disminución de vecinos, Caballeros, Hidalgos, Nobleza, Tratantes, Oficiales y otra mucha gente, ha ido creciendo muy despacio y tan poco que no llega a tener, el año 1584, mil vecinos, habiéndose salido de ella mucha nobleza y acabado muchos apellidos de linajes. Y podemos decir que casi todos los que hay son de poco acá*”, en Vidauzárraga op. Cit.

personas,<sup>63</sup> volumen que prácticamente permanecerá invariable durante la centuria siguiente, castigada por varias epidemias de peste. Entre los datos que suelen expresarse para recalcar el fundamental papel jugado por Vitoria dentro de la empresa castellana, están la de formar parte de la Hermandad de la Marina de Castilla en 1296,<sup>64</sup> y el temprano título superior de “Ciudad” otorgado en 1431 a manos del rey Juan II, título que le confería una clara preeminencia dentro de Álava hasta el punto que, a finales del siglo XV, los reyes se dirigían a las Juntas Generales de Álava con la expresión “...a la *Provincia de la çibdad de Vitoria*”.

Siguiendo con el ejemplo de Vitoria, y en relación a la enfermería podemos remarcar al menos siete elementos que aportan la fundación de estas villas y su posterior desarrollo:

- Incremento de la demanda asistencial.
- Aumento de la Nobleza urbana y de ricos comerciantes.
- Regulación de los oficios.
- Atracción de las órdenes mendicantes.
- Atracción de comunidades hebreas.
- Pervivencia del Camino a Santiago.
- Aumento de las desigualdades sociales.

**Incremento de la demanda asistencial:** desde últimos del siglo XII hasta el primer tercio del XIV el crecimiento demográfico es general en toda Europa y Álava no será una excepción, como hemos señalado. Y aunque podría pensarse que el mero crecimiento poblacional implicó necesariamente un aumento de la demanda de atenciones socio-sanitarias, tanto en el mundo rural como en las nacientes villas del artesanado y el comercio; lo cierto es que esa demanda no se correspondería con el mismo grado de oferta en uno u otro contexto, tal como sucederá en el futuro hasta nuestros propios días, produciéndose desequilibrios más o menos manifiestos entre el

---

<sup>63</sup> Imizcoz, J.M. Manzanos, P. “Historia de Vitoria”. Editorial Txertoa. San Sebastián, 1997. Pág. 14. Cifra probablemente basada en Díaz de Durana (op. Cit. Pág. 126).

<sup>64</sup> Siendo la única hermanada sin puerto de mar, lo que evidencia su estratégica posición para que el comercio entre Castilla y los puertos europeos resultara fluido.

espacio rural y el urbano. Ello es debido a que el solo crecimiento demográfico no basta para que se dé una respuesta proporcional, siendo necesario al menos que ese crecimiento se produzca con un grado de concentración suficiente y sea capaz de generar recursos excedentarios para atraer a profesionales cualificados que prevean una oportunidad de negocio. Elementos que van a darse más claramente en las villas que en las aldeas, y dentro de aquellas especialmente en las que logran un mayor desarrollo, caso de las señaladas con anterioridad Vitoria, Salvatierra y Laguardia. Lugares en los que a la densidad demográfica se unirán otros aspectos que influirán notablemente en el desarrollo sanitario, como mayores concentraciones económicas en manos de la nobleza laica y religiosa, un mayor grado de división del trabajo y una mayor desigualdad social.

**Aumento de la Nobleza urbana y de ricos comerciantes:** que por una parte exigirán atenciones de calidad por parte de profesionales autorizados y de experiencia contrastada; y de otra, fomentarán respuestas caritativas de acción social de las que la fundación de hospitales será su máximo exponente. Esta fundación de hospitales, fundamentalmente por ricohombres, durante la Edad Media fue frecuente como veremos. La tradición eclesiástica pregonaba que Dios no perseguía a los ricos por serlo, sino por la manera en que usaban esa riqueza, señalando claramente que quienes más poseían más obligados estaban a ejercer la caridad y a cumplir así con los preceptos religiosos de atención al pobre y al enfermo. El ejercicio caritativo se derivaba del deber que Jesucristo impone a sus discípulos, por tanto el mismo que asumen los religiosos; sin embargo, a diferencia de los eclesiásticos, para los seculares la ejemplificación más representada en la iconografía de la acción caritativa será el pasaje del buen samaritano. Así, será enormemente frecuente documentar cómo los más acaudalados, con la muerte en ciernes, acostumbraban a testamentar con donaciones a obras pías o fundándolas, en un intento de lavar sus conciencias y sus pecados para lograr entrar en el reino de los cielos. Entre esas mandas y obras piadosas estarán muy presentes los centros hospitalarios, conformándose así el modelo de beneficencia medieval basado en actos de Caridad individual que perdurará hasta el siglo XIX.

**Regulación de los oficios:** lo hemos señalado como uno de los elementos fundamentales en el desarrollo de las profesiones sanitarias, la enfermería entre ellas, por la adquisición del carácter oficial que supone la regulación de sus quehaceres. Sobre el papel no va a darse hasta finales del siglo XV, parejo a ese repunte económico, social, cultural y político que expresamos como Renacimiento y como nacimiento del Estado Moderno, y sus efectos prácticos podremos verlos en Vitoria a partir del XVI. Tiene por tanto poco de medieval, pero no habría podido producirse sin la decidida participación de las villas en la reorganización burocrática y administrativa propugnada desde la Corona. Respecto a las profesiones sanitarias, tras los antecedentes del Fuero Juzgo (el *Liber Iudiciorum*, promulgado en el 654 por el rey visigodo Recesvinto, vigente en León pero dudosamente en el entonces condado castellano), en la Baja Edad Media el Fuero Real de 1225 y las Siete Partidas de Alfonso X “el Sabio”, entre 1256 y 1265, a pesar de ser más teóricas que prácticas, sentaron las bases de un intento legislativo que culminaría en las Pragmáticas de los Reyes Católicos y la creación del Real Tribunal del Protomedicato. El papel de las villas fue el de constituirse en garantes de esa legalidad, tratando de hacerla cumplir con medios más adecuados que los existentes en el mundo rural, donde la práctica curandil, cuando no la mera charlatanería, pervivirá a sus anchas hasta bien entrado el siglo XIX. Estas pragmáticas reales tendrán su eco en las ordenanzas municipales que regularán el número, salario y prácticas de aquellos profesionales, amén de dedicarse a la regulación de otros oficios y costumbres populares que podemos relacionar con la salud ambiental y la higiene pública.

**Atracción de las órdenes mendicantes:**<sup>65</sup> apenas unos años después ser aprobadas por el Papa se fundan en Vitoria las órdenes de

---

<sup>65</sup> (del latín, *mendicare*, 'pedir limosna'), miembros de órdenes religiosas que forman parte de la Iglesia católica. Hacen voto de pobreza, por el que renuncian a todo tipo de propiedades o bienes, ya sean personales o comunes. Viven en pobreza, mantenidos sólo por la caridad. Las órdenes mendicantes más importantes fueron aprobadas en el siglo XIII, después de superar la oposición inicial que sufrieron por parte del clero secular. Entre estas órdenes cabe señalar a los frailes menores o franciscanos (recibieron la aprobación papal en 1209), los frailes predicadores o

San Francisco, hacia 1214, y de Santo Domingo, hacia 1225, nueva muestra de la pujanza vitoriana en aquellos tiempos, con la finalidad de hacer proselitismo evangélico entre los nuevos pobladores de la villa. La presencia de estas órdenes será decisiva en el desarrollo cultural de la ciudad ya que asumirán actividades docentes, y rápidamente atraerían gran cantidad de fieles, lo que obligó a las parroquias vitorianas a asociarse para defender sus atribuciones frente al auge del clero regular.<sup>66</sup> Sus conventos, situados extramuros, a tenor de las referencias documentales tuvieron grandes dimensiones con amplias extensiones dedicadas a huertos.<sup>67</sup> Hacemos esta referencia porque así como no tenemos datos para vincular a estos conventos con una acción específicamente enfermera,<sup>68</sup> ha de hacerse notar que a menudo se señala que parte de estos huertos se dedicaban a *herbarium* con finalidades medicinales. Desconocemos este extremo respecto a los vitorianos, pero sería interesante averiguar el modo en que se surtían las boticas de la ciudad. Los conventos de dominicos y franciscanos, como el hospital de San Lázaro y la Magdalena, sirvieron también de base para el crecimiento de suburbios extramuros, en los que no podían instalar tienda los artesanos de la ciudad -para no fomentar su desarrollo- a excepción de los barberos, tal vez en relación a las disposiciones legislativas de Alfonso X “El Sabio” (1221-1284) las cuales señalaban que debían afeitarse y sangrar

---

dominicos (1216), los carmelitas (1245), y los agustinos (1256). Citado de "Órdenes mendicantes." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006.

<sup>66</sup> Las cuatro parroquias vitorianas, Santa María, San Miguel, San Pedro y San Vicente, a las que se uniría la de San Ildefonso en 1256, formaron el llamado “Cabildo de la Universidad de Parroquias de Vitoria”, entre cuyas funciones estaba el repartir equitativamente las limosnas y diezmos para evitar pugnas entre ellas y hacer frente común a la competencia de las órdenes mendicantes.

<sup>67</sup> El de San Francisco, fundado por el propio San Francisco de Asís, llegó a tener siete mil metros cuadrados durante la Edad Moderna.

<sup>68</sup> Apuntamos cómo en las Actas Municipales de Vitoria de 1428-29 se señala como lugar muy frecuente de reunión del concejo el *ostalejo* del monasterio de San Francisco. El término es desde luego confuso, sobre todo teniendo en cuenta la amplia dimensión de su homólogo *hospital*, pero también tomándolo como “hospedería” que, en buena medida, participaba de similares fines que el anterior. AMV., AA.MM. 1428-1429, lib.1. Ref. muy abundante en multitud de folios. Utilizamos la transcripción paleográfica de José Ramón Díaz de Durana.

en lugares apartados y no en las plazas y en las calles. Finalmente señalar que ya en la Edad Moderna irán sumándose nuevos conventos, algunos femeninos, siendo de destacar la transitoria estancia en la ciudad de varios Hermanos de la congregación de San Juan de Dios a finales del siglo XVI, poco después de constituirse la Orden, implicados, lógicamente, en su fin cual era la atención a enfermos y desvalidos.

**Atracción de comunidades hebreas:** Vitoria albergaría una de las aljamas más importantes del norte peninsular, viviendo su momento de esplendor durante el siglo XIII.<sup>69</sup> Por lo que ha de pensarse que los primeros judíos se asentaron en la villa al poco de ser fundada, probablemente con el paso de jurisdicción a la Corona castellana (1200),<sup>70</sup> en cuyas tierras ya se encontraban muy extendidos desde que se vieron obligados a huir del reino andalusí por las persecuciones almorávide y almohade. En los siglos XII y XIII se documenta a médicos judíos en las cortes reales de Castilla y de Aragón, una de las profesiones con las que más se vinculará a esta comunidad, y es que *“no hay prácticamente ninguna comunidad hispano-hebrea de cierta importancia en la que la documentación medieval no conserve alguna noticia sobre médicos o cirujanos judíos”*.<sup>71</sup> Vitoria no sería una excepción dada la representación de los judíos en ella, aunque apenas contamos con algunos nombres de sanitarios que ejercieron durante el siglo XV. Así leemos que *“el concejo contrató a menudo los servicios de médicos hebreos por la competencia y habilidad que desarrollaban en su oficio”*,<sup>72</sup> competencias que provenían históricamente del sincretismo alcanzado por las tradiciones médicas hebreas y musulmanas en *Al-andalus*, y

---

<sup>69</sup> Imizcoz, José Maria. Manzanos, Paloma. “Historia de Vitoria”. Editorial Txertoa.1997. Pág. 78.

<sup>70</sup> En cualquier caso, en la ampliación de la ciudad hacia el este en 1256, ya se contempla la calle de la judería.

<sup>71</sup> Cantera, Enrique. “La aportación hebrea a la sociedad riojana medieval”. En <<http://www.vallenajerilla.com/berceo/rioja-abierta/cantera/cantera.htm>>.

<sup>72</sup> Díaz de Durana, José Ramón. “Judíos y cristianos en Vitoria durante la edad Media”, en Gómez, Carmen (Dir.), “Los judíos”. Fundación “Sancho el Sabio” (ed.). Besaide bilduma. Vitoria, 1992.



que habían alcanzado su cúlmen en la Escuela de Traductores de Toledo, en tiempos del Rey Alfonso X “El Sabio” durante el siglo XIII. Con posterioridad, la crisis del XIV llevó a convertir al pueblo judío en chivo expiatorio de muchos de los males que aquejaban al país en aquellos años. Un largo proceso de legislaciones xenófobas terminaría con el decreto de expulsión de 1492 y la conocida petición de Vitoria al médico Antonio de Tornay para que permaneciera en la ciudad hasta su sustitución.<sup>73</sup> Más adelante haremos referencia a estos profesionales sanitarios.

**Pervivencia del Camino a Santiago:** después de que durante el siglo XII los caminos “ocultos” alaveses a Santiago perdieran su primacía por rutas más septentrionales, a partir del XIII -al parecer en relación a las necesidades de la Corona castellana para comunicarse con la Gascuña (entonces también castellana) sin atravesar territorio del reino navarro-, vuelve a vivirse un renacimiento de las sendas que, atravesando Álava, dirigían el peregrinaje a Compostela. El llamado “Camino francés” que entraba a nuestro territorio por el túnel de San Adrián,<sup>74</sup> bajaba a la llanada por varios senderos que confluían en Salvatierra, desde donde se dirigía hacia Vitoria y de ahí hacia Miranda de Ebro. Esta nueva ruta se mantendrá a lo largo de la restante Edad Media y toda la modernidad, constituyendo un eje principal de comunicación, paulatinamente quedando sólo para “...*gentes de a caballo y a pie, porque el camino de carrozas que sale de Vitoria va por Salinas...*”<sup>75</sup> a partir del siglo XVII. Poco sabemos

<sup>73</sup> “*conosçiendo la neçesidad en que la çibdad e su tierra e comarcas estava de físicos por la yda e ausencia de los judios e físicos de la dicha çibdad e de sus comarcas [acordó] rogar e rogaron al liçençado maestre Antonio de Tornay fisico para que quedase e residiese en esta çibdad e usase de su ofiçio por este presente anno [...] e le darian e pagarian en nombre de la dicha çibdad por su trabajo por el dicho anno diez mill mrs [maravedís]*”. A.M.V.: AA.MM. 1492-1496, Lib 4. Actas del 28 y 29 de octubre de 1492.

<sup>74</sup> Cercano a la frontera entre Guipúzcoa y Álava, Micaela Portilla (op. Cit. Pág. 35.) señala la hipótesis -que ella parece compartir- de que el nombre de San Adrián provenga de uno anterior que hiciera alusión a la Santa Trinidad: “Sandrati o Santa Tria” en la conversión euskérica.

<sup>75</sup> Extraído de Portilla, Micaela (op. Cit. Pág 33.) citando a J.C. Santoyo sobre un manuscrito anónimo de 1612.

de este camino durante los primeros siglos, pero en la visita pastoral de 1556 realizada por el Licenciado Martín Gil, observaremos cómo la presencia de centros hospitalarios mantiene un estrecho mimetismo con la ruta jacobea, siendo el peregrinaje el directo impulsor de muchos de estos centros, como el de Santa María del Cabello de Vitoria.

**Aumento de las desigualdades sociales:** la Caridad cristiana creaba un vínculo de derechos y obligaciones entre el pobre y el rico que no tardaría en volverse un sistema perverso percibido por las clases dirigentes como peligroso socialmente.<sup>76</sup> Las villas fueron especialmente susceptibles al crecimiento de la pobreza, de manera desproporcionada con la crisis del XIV, hasta hacerla vulnerable a un desequilibrio que se trató de atajar por medios más o menos infructuosos, perceptible ya a finales del XV aunque será a partir del siglo XVI cuando la pobreza, vista ya sin tapujos como problema, adquiriera cuerpo doctrinal entre la intelectualidad civil y eclesiástica. La propia diversidad laboral de las villas mercantiles y artesanales del medioevo, y la mayor concentración de “ricos hombres”, llevaba implícita una mayor desigualdad económica que en las aldeas y villas rurales, acrecentada por las desigualdades sociales provenientes de las prerrogativas que había logrado retener la nobleza tras la disolución de la Cofradía señorial. Además, a la producción de sus propios pobres había de añadirse el efecto de atracción que suponía la villa para la población rural en épocas de excedentes demográficos y de crisis de subsistencia. Así, no se tardaría en crear una pobreza estructural dentro de la ciudad a la que se uniría una pobreza móvil, fruto de la precariedad del equilibrio económico que la mayor parte de aquellas gentes tenía, pudiendo caer en las garras de la pobreza ante cualquier eventualidad como la enfermedad, la orfandad o el enviudamiento. La respuesta social de solidaridad grupal se haría también presente a través de las vecindades, gremios y cofradías; asociaciones que en el

---

<sup>76</sup> Aunque de 1599, el “Guzmán de Alfarache” de Mateo Alemán, ejemplifica perfectamente esa relación: *“No hizo Dios tanto al rico para el pobre como el pobre para el rico [...] la caridad y la limosna su orden tiene [...] Si te la pide, ya se la debes. Caro le cuesta como he dicho, y tu oficio sólo es dar”*.

caso vitoriano no parecen haber llegado a constituir centros hospitalarios propios como en otras ciudades castellanas.

### II.2.2. Los hospitales urbanos.

Los calificamos de urbanos por contraposición a las instituciones de este tipo que habíamos visto en relación a monasterios, y no porque vayan a darse sólo en las poblaciones más desarrolladas frente a las rurales. Al contrario, de manera muy genérica probablemente existieron centros hospitalarios en todos los núcleos de población alaveses, constituidos bien durante la Baja Edad Media o en los siglos XVI y XVII, si bien sólo nos han llegado noticias muy parciales de su existencia, y de ellos básicamente sólo de los que logran perdurar más tiempo, bien por la importancia del lugar donde se asientan, por sus rentas propias o, sobre todo, por su relación con los caminos principales de la provincia empezando por la ruta jacobea.

Sin lugar a dudas estos centros hospitalarios constituyen la manifestación más clara de la subordinación que la atención sociosanitaria en la Baja Edad Media y en la modernidad tenía de la acción caritativa privada. Esta vinculación con la caridad y la piedad privada es la que señala que su proliferación respondía fundamentalmente a criterios religiosos, si bien existe una correspondencia con el crecimiento económico de la nobleza urbana y de la burguesía comercial, que serán quienes impulsen estas fundaciones hospitalarias, y con determinados movimientos integristas como la Contrarreforma. No obstante, este sustrato real de fervor religioso no ocultaba otros fines en su fundación, tal como se demuestra por la reforma hospitalaria que finalmente logra encauzar Felipe II -aunque ya los Reyes Católicos la habían intentado con anterioridad-, merced a la confluencia de intereses con el Concilio de Trento que impulsaba a las iglesias a *“eliminar los fraudes que se habían introducido en los hospitales y en las cofradías que los sustentaban hasta el punto de hacerse todos ellos sospechosos de engaño y encubrimiento de un servicio asistencial que de hecho no*

*prestaban*".<sup>77</sup> Dos son los fines "ocultos" que se buscarían con la fundación hospitalaria: de un lado asegurar la supervivencia de los segundones en los linajes nobiliarios nombrándolos patronos del centro y administradores de sus rentas -considerables en algunas ocasiones- en un proceso de beneficalización que se limitaría algo tras la concentración hospitalaria de Felipe II, aunque con posterioridad, y muy ligado al espíritu contrarreformista, se reinicializaría con múltiples formas de fundaciones pías;<sup>78</sup> y de otro lado, estaría la teoría clásica de control social que señala a estas manifestaciones caritativas como un medio para manejar posibles riesgos de quebrantamiento social por parte de la pobreza,<sup>79</sup> a la vez que serviría de justificación del orden establecido.<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> García Oro, José. Portela Silva, María José. "Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato". Cuadernos de Historia Moderna, 2000, 25, monográfico. Pág. 99.

<sup>78</sup> Bombín Pérez (La época del conocimiento..., pág. 141.), aunque refiriéndose a otro tipo de fundaciones pías, señala la especial incidencia que tendría en nuestro territorio esta costumbre dada la peculiaridad hereditaria: *"La costumbre de las fundaciones, que en toda España se generaliza en el siglo XVII, tiene en el País Vasco un significado especial. En efecto, los jefes de familias nobles solían realizar fundaciones piadosas no sólo por el prestigio que ello comportaba, sino también para asegurar el sustento de algún miembro pobre de la familia. La fundación consistía normalmente en crear una capellanía asignándole cierta cantidad de dinero, tierras o títulos, para decir determinada cantidad de misas por el fundador. Pero el capellán no era elegido por el obispo sino por el jefe de la familia fundadora, que lo hacía siempre entre sus segundones, y además tenía otra prerrogativa: él era el administrador de los bienes y la costumbre era no pagar al capellán todo el importe de las rentas, con lo que las fundaciones, una vez constituidas, venían a ser una fuente más de ingresos para los nobles"*.

<sup>79</sup> Según J. A. Cortázar (nota extraída de González y Bazán, op. Cit. Pág. 144.) *"la erección de los hospitales, es decir, el instrumento de la caridad, fue un arma utilizada por el grupo de los privilegiados con el fin de evitar el enfrentamiento con los pobres en una sociedad en crisis como la bajomedieval"*.

<sup>80</sup> Santos Vaquero, Ángel. "La real casa de caridad de Toledo. Una institución ilustrada". Instituto provincial de investigaciones y estudios toledanos. Diputación provincial de Toledo. Toledo, 1994. Aunque centrado en el siglo XVIII, habla de una "caridad instituida" defendiendo que la Iglesia mantenía una política de ayuda indiscriminada e interesada para mantener mendigos y vagabundos, para así justificar el uso de la riqueza que acaparaba (pág. 60), refiriendo como ejemplo que

Ahora bien, mientras que el punto de vista de la utilización de la caridad como arma de control social es defendida por muchos historiadores desde el nacimiento mismo del cristianismo como organización religiosa,<sup>81</sup> la utilización clasista de estas fundaciones caritativas por parte de los beneficiados laicos y eclesiásticos nacería al final de la Edad Media como una forma peculiar de la aristocracia para conjugar ambigualmente las obligaciones religiosas de su rango y el mantenimiento de sus fuentes de ingresos, manteniéndose con distintas formulaciones hasta las desamortizaciones del XIX. Por nuestra parte, sí podemos constatar dos elementos reiterativos en las cartas fundacionales hospitalarias -generalmente dentro de mandas testamentarias- a las que hemos tenido acceso de entre los siglos XV al XVII: por una parte la referencia escrita a un deseo de proporcionar un bien piadoso y caritativo a los más desfavorecidos,<sup>82</sup> y por otra la de otorgar su patronato a familiares directos. Si la finalidad fue la de proporcionar a sus parientes recursos de subsistencia o la pretensión de que en aquellas manos se garantizaría mejor su continuidad (o ambas a la vez) es una incógnita, aunque en cualquiera de los casos la supervivencia de buena parte de estos centros fundados entre el XV y el XVII no pervivirá, o lo hará con rentas muy exiguas, a mitad del XVIII.<sup>83</sup> Es el caso del de Echabbarri, que en 1739 se hallaba en estado ruinoso e infuncionante, encontrándose a su administrador “*Thomas saenz mui posttrado enfermo y con pocas esperanzas de bibir asistido solo de su propia y pobre mujer sin hijos ni otra familia por no ttener*”, y el espacio que “*astta ahora seis u ocho años a servido de*

---

a fines del siglo XVII el cardenal Portocarrero mantenía en Toledo a más de 4.000 pobres a su cuenta (pág. 61).

<sup>81</sup> Sánchez Sánchez, Andrés. “La beneficencia en Ávila: actividad hospitalaria del cabildo catedralicio (siglos XVI-XIX)”. Diputación Provincial de Ávila. 2000. En su página 31 nos recuerda la decisión de Juliano “El Apóstata” hacia el año 360 d. C. que, a pesar de su anticristianismo, conecedor del prestigio que otorgaba entre la población la acción caritativa de la Iglesia Católica, se empeñó en combatirla con las mismas armas dotando al paganismo romano de fuertes instituciones de caridad.

<sup>82</sup> Fundamentalmente peregrinos y transeúntes pobres, ocasionalmente a éstos cuando están enfermos y, más raramente a los pobres enfermos. Puede ampliarse en el capítulo V, el siglo XVIII.

<sup>83</sup> Véase cap. V.

*ospedaje para pobres según el desttino de dicho fundador; declarase que esa dicha casetta no se alla cama ninguna paraje ni lugar para poder poner”, tras 84 años desde su fundación en 1655, en el que su fundador dejaba un buen número de bienes para la subsistencia del hospital y de sus herederos, a quienes nombraba patronos y otorgaba el usufructo de un importante conjunto de bienes inmuebles y raíces, con la finalidad de que se mantuviera su legado caritativo de manera intemporal.<sup>84</sup> Cosa que evidentemente no sucede, sin que sepamos las*

---

<sup>84</sup> Archivo Histórico Nacional (A.H.N), signaturas 12.629-15 y 12.629-16, Real Provisión de 1739, informe de la Hermandad de Cigoitia:

*“El Lizenziado Phelipe Saenz de Buruaga Cura y Beneficiado de la Yglesia Parroquia del Lugar de echavarri que le ottorgo y escriptu. ante Pedro Martinez de Vea, escrivano real vezino que fue del de Gopegui en diez y nuebe de Maio de mil seis cienttos y zinquentta y zinco entre otras clausulas que dispuso es una del tenor siguiente*

*Que por quantto de muchos años destta parte e ttenido y ttengo deboción, de acoger y dar posada a los pobres que an llegado a este lugar de echavarri que a mi sentir son berdaderos pobres y para ello yce hacer dos camas en la casa de orno para que esta debozion se continue y sea perpettua quiero y es mi boluntad que el administrador que se de nonbrar en esta clausula y sus subcesores cada año en su ttiempo sucesibo perpettuamente sean obligados de acoger y acojan y les den cama limpia a pobres que a sentir y parecer de el ttal administrador y administradores fueren berdaderos pobres y no bagantes y merceros por una noche o dos quando por la inquelemencia del tiempo no pudieren pasar adelante y a los que a su parecer de los dichos administradores cada uno en su ttiempo fueren berdaderos pobres les agan lumbre y buena acojida carittattiba perpettuamente y para que assi les hagan lumbre obligo e ypotteco por especial y expresa ypotteca las ramas de ttreinta y zinco robles que ttengo [...]. Y para el adrezo de las dichas dos camas de pobres por agora consigno y dejo quattro colchones con su lana dos maiores para abajo y dos menores para enzima, quattro [ilegible] y quattro sabanas y dos cabezales de lienzo cassero y las fundas con lana y dos frazadas coloradas de lana la una nueva y la otra andada que toda la dicha ropa ttengo al presentte en cassa y quando en mi vida se rompieren otra semejante que se allare en mi cassa al ttiempo de mi fallecimiento. Y porque con el uso se a degastare la dicha ropa de camas de pobres para que sea perpettuo dicho acojimiento y se renuebe para simpre jamas ypotteco y obligo por especial y expresa ypotteca los fruttos y venttas de la Heredad propia mia de ormabea [sigue la relación de otros bienes y rentas] este siempre permanente sin que se pueda dividir ni enejenar ni obligar en manera alguna y sea ymprescindible como hacienda binculado so pena que la cual enagenacion sea en si nula y que anden ambas junttas en poder de los dichos administradores en su ttiempo con el dicho cargo perpettuamente. Y aconsejo a*

vicisitudes por las que pasaron sus patronos para llegar a esa situación de pobreza y ruina que relatan los informadores de la Hermandad en 1739.

Señalábamos que el conocimiento de estos hospitales es muy exiguo, y de la mayoría apenas sí podemos decir que existieron por referencias indirectas en actas municipales o libros parroquiales que constatan su funcionamiento en una fecha determinada, sin aportar noticia sobre su fundación, recursos o funcionamiento. Puesto que en el capítulo dedicado al siglo XVIII hemos recuperado información de estos centros merced a un valioso documento inédito localizado en el Archivo Histórico Nacional correspondiente a una provisión Real para recabar el estado de los hospitales alaveses en 1739, nuestro objetivo

---

*cada uno dellos dichos administradores procuren ttener buena orttalleria en la guertta de esta mi casa en la de arriba y que ademas de la lumbre y cama que an de dar a los pobres les den alguna berdura conforme al tiempo para que puedan hacer olla con berduras y coman una escudilla de caldo caliente que desean según yo esprimenttado. Para que Dios nuestro Señor les aumentte sus bienes ciento por uno como lo tiene ofrecido en su ebanjelio. [...] Ytten para en cumplimientto y perpettuación de la obra pía mencionada en la clausula antecedente como mejor aya lugar en dicho nombre y eligo por primer administtrador de dicha obra pía a Juan Saenz de buruaga mi sobrino yjo de Juan Saenz de buruaga mi hermano mayor, de María diaz de gobeo su primera muger y a faltta de sus yjos barones y descendientes [...] Y quiero que en la administtracion y de administradores de la dicha obra pía se suceda en la forma que disponen las leyes de estos Reinos en los binculos y maiorazgos de el mismo Reino de españa. Y a faltta de barones sucedan las hembras de mi linaje y para el ttrabajo y ocupación que an de ttener los dichos administradores cada uno en su tiempo les señalo e ypotteco y abinculo perpettuamente el uso frutto y aprovechamiento de la Cassa popia mía en que abitto sitta en este dicho lugar de echavarri con su hera ypottegado caballerías corral ypotteçadas dos guerttas de arriba y la de abajo y vaín pegante a ellas y coral y a los dichas [continúa una larga lista de bienes inmuebles, muebles y raíces] sean usofruutuarios de los dichos bienes nuebles y raizes de Casa y cinco heredades [...] y que cada uno de ellos en su ttiempo ayan de ttener y ttengan la dicha Cassa con sus perttenecido bien reparada de ttodo el rreparo necesario y las siete heredades ynclusas en ellas con las nombradas para renobar la ropa de las camas de los pobres bien labradas y cultivadas para que esten y sean permanenttes para siempre jamas. Pena que el subcesivo administrador pueda ser y sea sattisfecho y pagado en los bienes libres de el anttecesor ynmediatto de la cantidad y mas en lo que fueren derruinadas las dichas casas y heredades y en la faltta de los muebles de uso referido”.*

en este apartado es hacer mención al conocimiento adquirido sobre esta actividad hospitalaria entre el siglo XV y el XVII. De este periodo existe un documento excepcional correspondiente a las anotaciones y directrices que plasmó en los libros parroquiales el licenciado Martín Gil, visitador del obispo de Calahorra en la visita pastoral realizada el año 1556, que han sido recapituladas en la obra de Gerardo López de Guereñu,<sup>85</sup> a la que ha de añadirse las importantes aportaciones de Micaela Portilla sobre los hospitales en la ruta jacobea<sup>86</sup> y a la condensación de ambos con estudios propios de José Iturrate.<sup>87</sup> En aquella visita, incompleta por la pérdida de algunos archivos parroquiales, se constata la existencia aquel año de hospitales en las poblaciones siguientes:

Argandoña, Audicana, Elguea, Foronda, Galarreta, Heredia, Labraza, Larrea, Mendijur, Narvaja, Orbiso, Pipaón, Santa Cruz de Campezo, Ullibarri Arana y Villodas.

No obstante esta relación, es seguro que existían muchos más, hasta el punto de pensarse que lo extraño debió ser encontrar una población en la que no existiera alguna fundación de este tipo. Así, siguiendo a los autores mencionados vemos cómo en el siglo XVI, en fechas cercanas a la visita del licenciado Martín Gil, se documentan otros hospitales en Amurrio, Apellaniz, Arceniega, Betoño, Guevara, Luzuriaga, Llodio, Marieta, Peñacerrada, Salvatierra (un segundo hospital, no el de San Lázaro), y en Vitoria el de San José (fundado en

---

<sup>85</sup> Fundamentalmente en López de Guereñu Iholdi, Gerardo. “Antiguos hospitales alaveses”. Ohitura, estudios de etnografía alavesa, nº 4. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1986.

<sup>86</sup> Portilla, Micaela J. “Una ruta europea. Por Alava, a Compostela. Del paso de San Adrián al Ebro”. Servicio de publicaciones de la Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1991.

<sup>87</sup> Fundamentalmente en Iturrate Sáenz de la Fuente, José. “Antiguos hospitales en la Diócesis de Vitoria”. Memoria Ecclesiae X, separata. Asociación de archiveros de la Iglesia en España. Oviedo, 1997. Cfr. También los monográficos del mismo autor: “El antiguo hospital de la villa de Arceniega”. Scriptorium Victoriense 31, separata, 1984. “El antiguo hospital de la villa de Arceniega”. Cuadernos de Historia de la Medicina vasca nº 2. Bilbao, 1983. Y “El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava”. Ohitura, estudios de etnografía alavesa, nº 4. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1986.



1514). A los que habría que unir los documentados en el siglo XVII, pero que muy probablemente existieran muchos de ellos con anterioridad: Alegría, Arbulo, Bergüenda, Bernedo, Domaiquia, Echabarri-viña, Manurga, San Román de San Millán, Ullibarri Gamboa o Villarreal.

De la mayoría de estos hospitales de los que tenemos las primeras noticias entre los siglos XVI y XVIII desconocemos el momento de su fundación, pudiendo más de uno ser de creación medieval, como los datados hasta el siglo XV: el referido de Angosto en 1167, Maestu con noticias de 1179, Laguardia al menos desde 1270, el de San Lázaro de Salvatierra, los citados en Vitoria de San Lázaro y de Santa María a los que se unirían el de San Pedro con fundación en 1396 y el de Santa María del Cabello (luego de Santiago) fundado en 1419, para finalizar con los de Salinillas de Buradón y Zaldueño documentados desde el siglo XV. Por último habría de señalarse varios que, aún sin fechas, por su ubicación en poblaciones destacadas o por su relación al Camino jacobeo, tienen muy posiblemente su nacimiento en estas fechas: Estabillo, Labastida, Rivabellosa, Salinas de Añana o Zambrana;<sup>88</sup> sin olvidar los centros religiosos que se van convirtiendo en centros de peregrinación durante estos siglos, merced a relicarios, vírgenes milagrosas o los más variados ejemplos de devoción acrecentados por la sensibilidad barroca característica de nuestra Contrarreforma.

Tras este recorrido por la geografía alavesa no resulta en nada exagerada la expresión usada en las Constituciones Sinodales de

---

<sup>88</sup> El listado de los hospitales conocidos a partir de los estudios de López de Guereñu, Iturrate y Portilla se completaría con los siguientes, que o bien carecen de fechas claras o se datan a partir del XVIII: Aramayona, Arroyabe, Barambio, Berantevilla, Contrasta, Corres, Elvillar, Lagrán, Lanciego, Nanclares de la Oca, Ozaeta, San Román de Campezo, San Vicente de Arana, Sarría, Trespuentes, y Vitoriano. A este listado unimos nuestras aportaciones a partir del estudio de la Real Provisión de 1739 que habíamos señalado (hemos cedido la copia microfilmada al A.T.H.A, donde puede consultarse), con lo que ha de añadirse al conocimiento prestado por aquellos autores los hospitales que documentamos en Abecia, Arvigano fundado en 1567, Valle de Ayala, Cripán, Ilarduia, Oquendo, Oyón y Caicedo de Yuso.

Calahorra de 1698 de que estos centros hospitalarios “*son comunes en todos los lugares, por pequeños, y pobres que sean*”.<sup>89</sup> Estas “Constituciones” a las que hacemos referencia recogen, entre sus variadas recomendaciones, las destinadas a los hospitaleros y a los hospitales de su obispado, entre los que se encontraban los alaveses, por lo que suelen considerarse como evidencia de una cierta reglamentación de estos centros responsable de su relativa uniformidad en cuanto a su funcionamiento. En el Título XIV del Libro Tercero, bajo la leyenda de “*De nosocomiis, sev domibus hospitalitatis. Las cosas que se han de guardar en los Hospitales, asi por los pobres, como por los Hospitaleros, y otras personas*”, es donde encontramos las relativas al sínodo de 1698; sin embargo, en notas al margen se va aludiendo al origen de algunas constituciones, correspondiéndose la primera al sínodo de 1600 en Logroño, por lo que presumimos que ya entonces la vida en estos centros hospitalarios disponía de una cierta normativa, por lo menos respecto a quiénes se debía acoger en dichos centros y, especialmente, sobre las obligaciones morales y religiosas con los acogidos de las que el hospitalero era garante. No obstante, la mayor parte de estas constituciones se anotan como fruto del sínodo de 1698, por lo que no podemos extrapolar con fiabilidad todos sus contenidos a épocas pasadas, teniendo la constancia expresa de que sólo la primera es de 100 años antes.

A pesar de la relativa uniformidad que señalábamos, el funcionamiento de estos centros variaba según su tamaño, pero especialmente por el volumen de asistidos y por las capacidades organizativas del lugar donde estuviera asentado. Por las noticias que nos han llegado de algunos de ellos, el tamaño de estos hospitales

---

<sup>89</sup> Libro tercero, Título XIV, Constitución V, página 523 de las “Constituciones Synodales antiguas, y modernas del Obispado de Calahorra y La Calzada. Reconocidas, reformadas, y avmentadas novissimamente por el ilustrísimo Sor D. Pedro de Lepe Obispo deste obispado, del consejo de sv Majestad, &c. En el Sínodo Diocesano, qve celebro en la ciudad de Logroño, en el año de mil y seiscientos y noventa y ocho”. Impresas en Madrid por Antonio González de Reyes en 1700. Consultado el ejemplar de la Fundación “Sancho el Sabio” de Vitoria.

solía ser reducido: el de Zambrana tenía una sola cama en 1556;<sup>90</sup> el de Ullibarri Gamboa en 1608 su “*fundador ttambien dejo cinco Camas besttidas [...] las quattro para pobres y la quintta para la Hospitalera*”;<sup>91</sup> el de Echavarrri se funda con dos camas en 1655; el de Manurga con tres en 1639. En fechas ya alejadas, en las que muchos hospitales amenazan ruina por disminución de sus rentas o alejamiento de las rutas de peregrinaje o comerciales encontramos que, entre los que funcionan en 1739, el número de camas se mantiene en las cifras previas: el de Bergüenda “*tres camas con rropa nezearia y limpia*”, el de Amurrio “*tiene tres aposentos y la cozina*”, el de Sarría dos, el de Rivabellosa contaba con “*tres camas con la ropa necesaria en ella en quartos separados*”, tres también en el de Estavillo, en el de Labastida los pobres transeúntes duermen en el suelo aunque tiene camas de tabla para los pobres enfermos, el de Lanciego “*un colchon con sabana dos gergones y dos almoadas*”, el de Santa Cruz “*su capacidad es tan corta que solamente se pueden poner dos camas*”, el de Maestu “*debajo una escalera una cama para el recogimiento de algun enfermo, y en la entrada o patio de dicha casa es adonde se recojen los pobres pasajeros*”, el de Galarreta “*solo sirve para dar cubierto a los pobres transitantes*”, el de Ozaeta dos camas, el de Heredia tres camas, el de Alegría una cama, dos el de Arbulo, también dos el de Marieta, otras dos camas el de Villarreal y, saliéndose de la norma, en Aramayona “*seis Camas Ussadas*”.

Es probable que algunos de estos centros venidos ya a menos en el XVIII hubieran tenido con anterioridad mayor número de camas, sobre todo los de las grandes villas, que tal vez tuvieran similares capacidades a los documentados en Salvatierra y Vitoria. En el primero, el importante hospital de San Lázaro que hallaban los peregrinos tras la dura etapa del Camino a Santiago a su paso por el túnel de San Adrián contaba con seis camas en 1572.<sup>92</sup> En Vitoria, el

<sup>90</sup> Muy habitualmente las camas se compartían, por lo que su capacidad en número de acogidos podía duplicarse.

<sup>91</sup> Esta cita y las siguientes citas entrecomilladas del párrafo han sido extraídas de los informes que fueron enviados por las Hermandades alavesas a petición de la Real Provisión de 1739 que hemos citado.

<sup>92</sup> Micaela Portilla, obra citada, pág. 74.

de San José tendría “*seis camas buenas para peregrinos y viandantes*” según Fray Juan de Victoria en el siglo XVI, mientras que el de nuestra señora del Cabello de Vitoria tendría 10 en 1436,<sup>93</sup> leyéndose en una cédula de la reina Juana fechada en 1509 que era “*la mayor casa de ospital que havia en este reino*”,<sup>94</sup> si bien en la Real Provisión de 1739 la capacidad del centro -en el edificio reconstruido hacia 1535 y ya bajo el nombre de hospital de Santiago- ha aumentado considerablemente: “*De las cuadras, una sirve para hospedar a los pobres pasajeros y tiene para eso doce camas y su hogar, las otras dos [cuadras] con veintytres alcobas y otras tantas camas estan destinadas para los enfermos, la una para Hombres y la otra para Mujeres. Al presente hay -que es lo mas regular que suele haber- dieciseis enfermos*”.<sup>95</sup>

A pesar de estas diferencias en tamaño todos ellos tuvieron un organigrama básico idéntico, formado por un patrono, que habitualmente no participaba activamente en la vida del hospital pudiendo vivir en otra ciudad y sólo preocupándose de cobrar las rentas que le pertenecían, quien dejaba a cargo del centro hospitalario a dos figuras rectoras, una económica y otra asistencial, el administrador y el hospitalero.<sup>96</sup>

---

<sup>93</sup> A partir del testamento de Fernán Pérez de Ayala de 1436 en el que suma, a la generosa donación hecha en la fundación, diversas aportaciones entre las que se lee fondos para vestir diez camas.

<sup>94</sup> Citado por Micaela Portilla, pág. 200. Lo curioso es que en esas fechas el hospital había sufrido un incendio y se hallaba provisionalmente trasladado a una casa del Portal de Barreras.

<sup>95</sup> Real Provisión de 1739. A diferencia de la mayoría de las cabezas de Hermandad que no guardan copia de ese documento, en el caso vitoriano sí hay copia del informe enviado por la ciudad en el A.M.V., Libro de Decretos nº 55, 1739-1742.

<sup>96</sup> Si bien, en el caso del hospital de Santa María del Cabello, en Vitoria, el patrono se hallaba representado en el centro a través de un mayordomo o regidor, siendo el administrador puesto por el ayuntamiento. Lo que entendemos por la peculiar fundación de este centro, donde a la importante dotación de su fundador se correspondió con la cesión de la casa donde su ubicó por parte del ayuntamiento, y también porque en su mantenimiento, en un principio al menos, participaba activamente una gran cofradía creada expresamente para ese fin por el fundador.

Todos los centros contaron en algún momento con un patrono si bien, cuando tenemos noticias de muchos de ellos en el siglo XVIII, se desconoce quien fue originariamente y ese cargo recae sobre el pueblo, su ayuntamiento o alguna sociedad del mismo tipo cofradía. Lo más general fue que existiera un fundador particular que dejara el patronato en manos de sus descendientes para que velaran por el buen funcionamiento del centro y se ajustase a los designios de su fundación, a cambio eran receptores de parte de las rentas del hospital o bien de otras diferentes que les legaba el fundador con la condición de mantener el centro. Aunque en alguna ocasión se alude a que ejerzan de administradores, lo habitual es que ese cargo recaiga sobre la autoridad eclesiástica del lugar o bien que sea el ayuntamiento quien designe uno cuando ejerce de patrón del mismo. La finalidad del administrador es gestionar las rentas del centro y controlar los gastos, siendo habitualmente una figura visitadora del hospital pero con amplio poder sobre el mismo. Finalmente se nombraba a la figura asistencial, un hombre, una mujer o un matrimonio, a quien se daba vivienda en el hospital y medios de subsistencia, bien a través del usufructo de alguna huerta o parcela, bien con una cantidad determinada de grano, bien con una compensación dineraria, o bien con lo que lograra extraer de los recursos agrícolas y ganaderos del hospital, ya que en ocasiones el centro hospitalario y sus pertenencias (era, labrantíos, arbolado, cuadras, etc.) se arrendaban al mejor postor a cambio de una renta fija y el compromiso de mantener la finalidad hospitalaria. Así pues, estos hospitaleros podían ser desde una viuda desamparada socialmente a quien se otorga la posibilidad de sobrevivir en el hospital, un matrimonio de labradores sin tierras propias que accede como inquilino del hospital con la servidumbre de la obligación caritativa, o cualquier vecino que asumiera las obligaciones del puesto a cambio de un salario económico o en especie. Estas obligaciones en la mayoría de los pequeños hospitales rurales no iban más allá de la hospitalidad gratuita, aportando una cama vestida con ropa limpia, lumbre y comida; es decir, atender a las necesidades de higiene, termorregulación, descanso o alimentación-hidratación. Cuando llegaban enfermos lo habitual era trasladarlos al siguiente centro hospitalario en la ruta, donde se volvía a trasladar al

siguiente hasta su recuperación o hasta encontrar un hospital con más recursos sanitarios. De vez en cuando fallecía algún romero o transeúnte debiendo el hospitalero hacerse cargo del amortajamiento. Finalmente era obligada la atención espiritual, remarcada sin cesar por las constituciones sinodales, facilitando y recomendando la oración.

Vemos pues, cómo las actividades asistenciales de estos hospitaleros quedarían limitadas a acciones puramente domésticas y realizadas mayoritariamente en situaciones de salud; hablando por tanto más de acción social que sanitaria. Ahora bien, en los centros más grandes o con más recursos -el caso vitoriano del hospital Santiago Apóstol (Santa María del Cabello)- era más habitual la presencia de viajeros enfermos, y también resultaría frecuente la presencia de la enfermedad en los centros esencialmente asilares como el de Santa María de Vitoria -aunque no eran ajenos a estas acciones los hospitalillos rurales-<sup>97</sup> siendo en estos casos las atenciones hospitalarias más cercanas a lo sanitario, ya que las mismas acciones previas de cobijo, calor, alimentación y oración buscaban ahora el restablecimiento del acogido estando, además, dirigidas por las recomendaciones de los físicos y cirujanos municipales, quienes visitaban gratuitamente a los enfermos dentro de las obligaciones que adquirirían con el concejo al ser contratados por éste. En estos casos los hospitaleros sumaban a los cuidados señalados la administración de los preparados recetados por aquellos, el acompañamiento, la valoración de signos y síntomas, las medidas de confort, o la atención espiritual que, en caso de riesgo de muerte, recaía sobre la autoridad eclesiástica vinculada al hospital.<sup>98</sup> En la mayor parte de los casos, estos eclesiásticos guardan una relación íntima con los hospitales rurales, que administran en un buen número de casos y lo visitan en

---

<sup>97</sup> No lo sabemos durante los siglos XVI y XVII, pero en el XVIII muchos de los hospitales rurales forman parte de la estrategia vecinal para paliar los casos de pobreza y de orfandad que se dan en la población, utilizando las rentas del hospital para facilitar alimentos y ropa a aquellos. También se constatan enterramientos de vecinos a cargo del hospital.

<sup>98</sup> En los pueblos habitualmente el párroco, en el caso del hospital de Santa María del Cabello estaba asignado el párroco de San Vicente hasta 1590, en que comienza a existir un capellán propio del centro con habitación en el mismo.

caso de necesidad, pero viven en su casa cural, sólo en el caso de Santa M<sup>a</sup> del Cabello terminará convirtiéndose en figura interna del mismo a partir de 1590 (denominándose ya entonces hospital de Santiago). Hasta aquella fecha sólo el matrimonio hospitalero habitaba en el centro -del que no podían ausentarse los dos a la vez-, recibiendo las visitas puntuales de administradores y mayordomos municipales, médicos y cirujanos cuando eran llamados, y del párroco de San Vicente cuando era preciso. A partir de entonces, se sumaría a la familia hospitalaria la presencia interina de un clérigo por “...*si se les ofriere alguna necesidad de noche a los enfermos, de ayudarles a morir y otras necesidades...*”.<sup>99</sup> Precisamente la cuestión de la muerte será la que contribuya sobremanera a la paulatina inserción de capellanes en los hospitales de la Corona. Desde que en 1408 Jean de Gerson (1363-1429) formulara las cuatro etapas del proceso de muerte espiritual en su “*ars moriendi*”, se irán sucediendo la aparición de numerosas obras destinadas al buen morir, en las que se insistirá en la necesidad de la presencia de un agente religioso como conductor del ritual hacia el más allá<sup>100</sup> frente a la pretensión médica de vehiculizar ese momento. En definitiva, del control sobre la muerte dependía el prestigio de ambos oficios y la primacía de uno sobre el otro; y puesto que los objetivos eran opuestos al convertirse el éxito de uno en el fracaso del otro, paulatinamente la Iglesia fue ejerciendo su poder para convertir a sus curas en agentes decisorios del establecimiento de la terminalidad terapéutica, a partir de la cual suplían al médico en sus funciones, quedando recogido en el derecho canónico y por tanto predominando sobre el civil.<sup>101</sup> Esta pugna entre sacerdotes y médicos, aún disminuyendo en el XIX, perdurará hasta el siglo XX.

<sup>99</sup> A.H.M., AA.MM. 1487-1492, Lib. 3. Acta del 26 de octubre de 1590. La transcripción es de Núñez de Cepeda.

<sup>100</sup> Viático ('provisiones de viaje'), en el catolicismo romano eucaristía administrada a personas en peligro de muerte. Junto con la confesión y la extremaunción forma parte de los ritos últimos de la Iglesia. Microsoft Encarta 2007.

<sup>101</sup> En 1538, Carlos I ordena “*Que los medicos en las enfermedades agudas amonesten al enfermo, que se confiesse [...] mandamos que los medicos y cirujanos guarden lo dispuesto por derecho canonico [...] obligados a lomenos en la segunda visita de amonestar al doliente que se confiesse: so pena de diez mil marauedis*” (en

Así pues, en los hospitales bajomedievales y modernos alaveses -tanto los destinados al acogimiento como a la curación- puede aseverarse que la figura común identificativa de los mismos es la de los hospitaleros, lo que será una tónica general hasta el último cuarto del siglo XIX en la que comienza a asomar el peso específico de la medicina en su control. Hasta entonces, afirmamos la idea de hospitales cuidadores frente a la visión actual de hospitales curadores.

II.2.3. Actores enfermeros. Lo reglado, lo permitido y lo perseguido.

El final del siglo XV, con un aire de modernidad que hace difícil englobarlo dentro de la Edad media, va a depararnos el inicio de una transformación en materia de organización sanitaria que será la base de la misma a lo largo de toda la Edad Moderna. No obstante, de ello no puede derivarse la idea de que en los territorios de la Corona castellana a fines de la Edad Media existiera algo parecido a una sanidad oficial, de hecho no podrá decirse tal cosa hasta mediados del XIX -y aún entonces con reservas-; pero lo que sí nos encontraremos al finalizar este periodo será el intento del embrión del nuevo Estado Moderno para articular una delimitación de los oficios sanitarios, de manera que se pusiera algo de orden en las variadas prácticas sanadoras que obtenían respuesta entre la población. Consideramos que estas normativas reguladoras, fundamentalmente a partir de los Reyes Católicos, buscaban una triple finalidad: de una parte preservar a la población de la mala praxis derivada de un libre ejercicio sanitario carente de control, pero ya no desde la vía exclusivamente punitiva, como lo hiciera el Fuero Juzgo, sino tratando de asegurar una formación reconocible previa al ejercicio libre; de otra parte, forzar

---

Vitoria el salario municipal de todo un año). Pág. 243, Ley III del Libro tercero, título 16 (De los protomedicos examinadores y de su jurisdiccion) de la "Recopilación de las leyes destos reynos, hecha por mandado de la Magestad Catholica del Rey don Philippe Segundo nuestro Señor: contienense en este libro las leyes hechas hasta el año de mil y quinientos y nouenta y ocho". Recopilación de Diego de Atienza, impreso por Juan Iñiguez de Lequerica. Alcalá de Henares, 1598. Consultada la versión digitalizada de la Fundación Sancho el Sabio de Vitoria.



para que esa formación se ajustara al canon galénico adoptado como modelo oficial; y por último, tratar de que aquellas prácticas se adecuara a los mandatos de la Doctrina de la Iglesia. La consecución de los tres fines como hemos comentado, no tomó como punto de partida el castigo -tan típicamente medieval- tal como veíamos en las alusiones al Fuero Juzgo, sino que buscó la regulación de la práctica a través de una formación que ofreciera garantías de calidad. Puesto que a la gran mayoría de los actores sanitarios se les consideraba analfabetos,<sup>102</sup> y dado que la tradición formativa general era el modelo clásico -en el sentido grecorromano- de adscripción de los aprendices a un maestro, no se pudo basar en el control de unos centros formativos casi inexistentes, así que se hubo de optar por un sistema de regulación evaluativo a través de un tribunal oficial a quien rendir cuentas de los conocimientos adquiridos tras los años de aprendizaje. En este sentido, la creación por parte de los Reyes Católicos del Real Protomedicato en 1477,<sup>103</sup> cuya existencia se prolongará hasta el siglo XIX, junto a sus posteriores apéndices como el protocirujano y el protobarberato, reglamentado en 1500, constituyen la piedra angular sobre la que descansa el “orden” sanitario español hasta mediados del XIX. Suponen, además, la manifestación en materia de estructura sanitaria más evidente del paso de la Edad Media al Renacimiento y, con ello, del inicio del papel rector del Estado sobre la materia sanitaria.

Este ordenamiento de los oficios sanitarios, tratando de conferirles una legalidad que llevara implícita la constatación objetiva

---

<sup>102</sup> Lo que en el caso vitoriano, y refiriéndonos a los barberos –a quienes se supone meros prácticos sin formación alguna-, no parece ajustarse a la realidad partiendo de la posición social que ocupan los primeros barberos documentados en el siglo XV, o por la confianza que se deposita en ellos en las embestidas de la peste durante el XVI.

<sup>103</sup> Protomedicato. m. Tribunal formado por los protomédicos y examinadores, que reconocía la suficiencia de quienes aspiraban a ser médicos, y concedía las licencias necesarias para el ejercicio de dicha facultad. Hacía también veces de cuerpo consultivo. || 2. Empleo o título honorífico de protomédico. Diccionario de la Real Academia Española. A pesar de esta definición del DRAE, el Protomedicato examinaba también a cirujanos, barberos, matronas, boticarios, etc. Surgiendo con posterioridad tribunales específicos para estos grupos, como el protobarberato.

de unos conocimientos y destrezas adecuadas a sus funciones, chocará evidentemente con la realidad de una incipiente burocracia administrativa y una limitadísima capacidad de control efectivo sobre las prácticas ilegales, cuya persecución quedaba prácticamente en manos de la denuncia personal. Por tanto, en modo alguno evitará la permanencia en el tiempo de sanitarios no aprobados por estos tribunales y que ejercen en aparente igualdad de condiciones; ni tampoco la pervivencia de formas sanadoras y curandiles que podían gozar de gran reputación e incluso estar amparadas por permisos eclesiales, ya que, salvando los casos de denuncia por intrusismo, prácticamente sólo se persigue a aquellas figuras que la Iglesia censura por considerar que atentan a los principios religiosos, que no por la práctica sanitaria en sí.

Lo reglado.

En 1477 los Reyes Católicos determinaron la "*Jurisdicción y facultades de los Protomédicos y Alcaldes Examinadores mayores*" en los siguientes términos: "*Mandamos, que los protomédicos y alcaldes examinadores mayores, que de nos tuieren poder, lo sean en todos nuestros Reynos y Señoríos que agora son, o fueren de aquí adelante, para examinar los físicos, y cirujanos, y ensalmadores, y boticarios, y especieros, y herbolarios, y otras personas que en todo o en parte vsaren en estos officios, y en officios a ellos y a cada vno dellos annexo y connexo, ansi honbres como mugeres, de qualquier ley estado, preeminencia y dignidad que sean: para que si los hallaren ydoneos y pertenecientes, les den cartas de examen y aprouacion y licencia para que vsen de los dichos officios*".<sup>104</sup> Habitualmente se sobreentiende que quedan incluidos los barberos en la expresión "*otras personas*" y las matronas por la inclusión de las mujeres; además, en la ley II de esta recopilación legislativa de 1598 se alude a una corrección de Carlos I en 1523 en la que taxativamente se dirigen

---

<sup>104</sup> Atienza, Diego de (recopilador). "Recopilación de las leyes destos reynos... 1598", pág. 241, Pragmática y ley primera del Libro tercero, Título 16 ("De los protomedicos examinadores, y de su jurisdicion").

al Protomedicato diciendo “*Y mandamos que no se entremetan a examinar ensalmadores ni parteras, ni especieros, ni drogueros, ni otras personas algunas mas de los dichos fisicos y cirujanos, y boticarios, y barberos...*”, con lo que excluye la llamativa inclusión en la ley inicial de ensalmadores, especieros y herbolarios, acotando las figuras a un entorno sanitario reconocible en la actualidad; pero, sin embargo, deja también fuera a las matronas, tal vez -es nuestra interpretación- por la misma razón que no se legisla sobre los cuidados básicos de los hospitaleros: porque su arte se basa en una habilidad sobre algo considerado “natural”, “instintivo”, que no requeriría más formación y cualidad que la caridad y la gracia divina.

Por tanto, a finales del siglo XV -principios del XVI- quedarían ya conformados los oficios vinculados a la sanidad curativa en manos de físicos, cirujanos, barberos y boticarios, dejando al margen de esa legislación “mayor” a la sanidad cuidadora, todavía no reconocida en su valor, de hospitaleros y matronas; lo que no quiere decir que no contarán con directrices, digamos legislativas, como las que encontramos en las Constituciones Sinodales para los hospitaleros. Eso sí, no del poder civil sino del eclesiástico.

No obstante esta simplicidad enumerativa, ha de señalarse que en la Ley VII, Felipe II en 1588 ordena que “*empero bien permitimos que puedan dar licencias particulares para curar Cataratas, Tiña, Carunculas, y Algebristas,<sup>105</sup> y Hernistas, y a los que sacan piedras: con que en estos dos casos postreros se ponga en las cartas que aya de asistir juntamente con ellos al cortar y curar Medico, o Cirujano aprouado, y que en otra manera no puedan cortar ni curar*”. Luego, el número de oficios crece, y con ello el de las denominaciones, a la vez que se reconoce de manera expresa las habilidades especiales de algunos curanderos prácticos que, probablemente aún sin examinarse, ya obtendrían reconocimiento social por el mero hecho de existir una pragmática real que reconoce una labor diferenciada, o particular por

---

<sup>105</sup> Algebrista, en una segunda acepción en desuso el DRAE alude a: cirujano dedicado especialmente a la curación de dislocaciones de hueso.

utilizar el mismo vocablo de la ley, a la ejecutada por barberos y cirujanos.

Dejando un poco al margen este tipo de especialidades quirúrgicas -que no dejan de formar parte del corpus de conocimientos del cirujano-, dentro del campo de actuación de la enfermería actual nos encontramos que sólo estarían regulados oficialmente aquellos oficios ligados a los cuidados instrumentales, los cirujanos y barberos, quedando hospitaleros y matronas en un espacio indefinido en las leyes civiles y que se dejaban amparadas en las leyes no escritas a las que se asigna el término de “costumbre” o “tradición”. Por este motivo, dejamos a hospitaleros y matronas para el apartado de “lo permitido”, si bien ya hemos señalado que podemos encontrar ciertas reglamentaciones de origen eclesiástico que aluden a ellos de manera indirecta, pero que no suponen una ordenación de sus oficios sino más bien un reconocimiento de hecho a su labor.

Incluimos a los cirujanos dentro del concepto enfermero fundamentalmente movidos por la percepción que de su labor se obtiene en la documentación vitoriana, en las que resulta difícil hallar diferencias prácticas con los barberos, incluso documentamos al maestro Francisco de Herrera denominado como barbero y cirujano al mismo tiempo.<sup>106</sup> Igualmente, en el hospital de Santiago se contrata a cirujanos y barberos indistintamente para la misma asistencia, aunque sin lugar a dudas lo más determinante es comprobar que probablemente hasta el siglo XVIII la ciudad de Vitoria no contará con un cirujano latino; esto es, “*de toda ciencia y experiencia*” en palabras del propio ayuntamiento vitoriano, lo que evidencia que hasta entonces quienes documentábamos como cirujanos pertenecían a la clase que luego se denominará “romancista”, cuyas capacidades no excedían a las demostradas por los barberos.

---

<sup>106</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 306r. 22-12-1601.

“*Que los mayordomos de los dichos hospitales paguen a maese francisco de herrera barbero y cirujano mill maravedies que tiene de salario por barbero y cirujano de los dichos hospitales los quales son del salario del año pasado de mill y seiscientos y un años*”.

Es evidente que cirujano y barbero son dos categorías diferentes, basta ver el trato distintivo en las pragmáticas reales, especialmente las de Felipe II, en las que los cirujanos aparecen en una jerarquía superior junto a médicos y boticarios exigiéndoles cuatro años de prácticas para poder ser examinados “*de Theorica y practica*” tras pagar unos cuantiosos derechos de examen,<sup>107</sup> frente a los barberos, cuya pragmática del 9 de abril de 1500 por parte de los RR.CC no se modifica ni por Carlos I ni por su hijo, y en la que no se especifica necesidad de prácticas, siendo también las costas del examen muy inferiores. Pero esa diferenciación teórica no es sino el intento corrector del profundo desprestigio al que había llegado una cirugía despreciada, como mera habilidad manual supletoria, por la medicina, remarcando así el carácter de “ars mecanica” que la relegaba al nivel artesano, a la par de otros habilidosos de la tijera y la navaja –los barberos– que verían abiertas las puertas al intrusismo por el aborrecimiento sanguíneo de la Iglesia católica, que vilipendía la cirugía retrayéndola así de un posible atractivo para estudiosos más capaces. Tampoco las reglamentaciones altomedievales parecen ayudar, así las disposiciones contenidas en el Fuero Juzgo leonés (promulgado en el 654), como habíamos señalado sólo regulan el aspecto punitivo a los resultados adversos de la práctica quirúrgica, sin entrar en la posible mala praxis o no.<sup>108</sup> Igualmente, el inicio de la Baja Edad Media no parece alterar el desprestigio de la cirugía, suponiéndose un incremento competencial de los barberos que comenzarían a ser ya más conocidos por su vertiente sanitaria como

<sup>107</sup> En tiempos de los RR.CC los cirujanos pagaban un marco de plata o cinco doblas de oro, mientras que los barberos pagaban una dobla a cada uno de los dos examinadores, aunque si asitía un solo examinador sólo se le pagaba la dobla a éste. Dobla. Moneda castellana de oro, acuñada en la Edad Media, de ley, peso y valor variables. DRAE.

Marco. Aceptión 11: Peso de media libra, o 230 g, que se usaba para el oro y la plata. El del oro se dividía en 50 castellanos, y el de la plata en 8 onzas. DRAE.

<sup>108</sup> “*Si algún físico sangrare algún home libre, si enflaqueciera por sangría, el físico debe pechar C e L sueldos. E si muriere, metan al físico en poder de los parientes que fagan de lo que quisieran*” (Fuero Juzgo, XI, 1, 6). Ya se había mencionado la dudosa vigencia de dicho ordenamiento en el entonces condado de Álava, al igual que en el condado de Castilla, a pesar de depender del reino astur-leonés.

sangradores que por la estética del afeitado. De ese momento, el siglo XIII, son las primeras disposiciones de su ejercicio, lo que de alguna manera constituye el refrendo a su intrusismo revistiéndolo de legalidad. Nos referimos a la Ley 27 del título 15 de la 7ª partida de la recopilación legislativa de Alfonso X “el Sabio” (1221-1284), conocida como las Siete Partidas, en la que se utiliza el término hispanoárabe alfajeme,<sup>109</sup> para referirse a los barberos a quienes ordena que deben afeitar y sangrar en lugares apartados y no en las plazas y en las calles. El término árabe podría deberse al influjo de la Escuela de Traductores de Toledo,<sup>110</sup> en buena medida fruto de la llegada de judíos que habían huido de las persecuciones almorávide y almohade en Al-andalus, a los que probablemente se deba el mantenimiento de una cirugía de cierto nivel en la Corona castellana frente a la práctica barberil. Desconocemos la interrelación entre estos cirujanos de origen judío y los cristianos más allá del ejemplar modelo de convivencia de la Escuela de Traductores pero, si la hubo, el clima antisemítico del siglo XV la habría destrozado. Para entonces la retroalimentación de las escuelas europeas, con mayor permeabilidad en la Corona aragonesa, reactivando la anatomía y con ello la cirugía, habrían dado la voz de alarma de la degeneración del sistema castellano, lo que explicaría -a nuestro parecer- los ordenamientos aludidos de los RR.CC a un paso de la expulsión hebrea que dejaría a la Corona Castellana a merced de barberos empíricos y de cirujanos iletrados. De ahí que, si otorgamos unas mismas capacidades reales a barberos y cirujanos al final de la Edad Media, no podamos adscribir unos a la línea enfermera y otros no. De hecho, en la documentación muchas veces no resulta fácil establecer diferencias entre ellos, al

---

<sup>109</sup> Alfajeme. (Del ár. hisp. *alhaggám*, y este del ár. clás. *haggám*). m. p. us. barbero (hombre que tiene por oficio afeitar). DRAE.

<sup>110</sup> Escuela de traductores de Toledo, grupo de estudiosos cristianos, judíos y musulmanes que desarrolló una importantísima labor científica y cultural en Toledo, especialmente durante el reinado de Alfonso X el Sabio (1252-1284). Sus trabajos de investigación y traducción permitieron que obras fundamentales de la antigua cultura griega fueran rescatadas del olvido y transmitidas a la Europa medieval a través de España. Esta escuela fue el origen y la base del renacer científico y filosófico de las famosas escuelas de Chartres y, más tarde, de la Sorbona.

Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993--2006 Microsoft Corporation.

margen de que su formación no académica les permitía optar a examinarse de un título u otro según sus capacidades (tanto de conocimientos y habilidad como económicas).

En teoría existiría una distinción respecto al grado de formación, o ésta se va imponiendo poco a poco, ya que en la corrección de Felipe II de 1588 a la pragmática de los RR.CC. de 1477 a los barberos no se les exige demostrar un vínculo de aprendizaje con un maestro, mientras que *“No admitiran a examen a ningun Cirujano, si antes no les constare por bastante informacion, hecha en publica forma, que ha practicado quatro años cumplidos en alguna ciudad, villa o lugar, o hospital, con medico, o cirujano graduado por alguna de las vniuersidades aprouadas: la qual prouança no sea recebida ni haga fe, sino viniere fecha por mandado del Corregidor, o Alcaldes de la misma ciudad o partes donde practico, y firmado del tal juez”*.<sup>111</sup>

En el caso alavés, no contamos con testimonios de escuelas de cirugía ni tampoco con datos sobre la formación de aquellos cirujanos y barberos que descubrimos ejerciendo en nuestra tierra, si bien algunas relaciones familiares parecen apuntar a un trasvase de padres a hijos, o a yernos, al modo gremial de otros artesanos.<sup>112</sup> No hay tampoco una base para aseverar que los cirujanos vinieron de fuera y los barberos se formaron en la provincia; dada la curiosidad de que los primeros cirujanos datados en Vitoria fueran judíos conversos, mientras que los primeros barberos no. En cualquier caso, con anterioridad a 1490 existen unas ordenanzas propias de los barberos que parecen tener una organización de tipo gremial, no señalándose nada de los cirujanos, lo que podría ser debido a esa diferencia religiosa en años tan conflictivos como los previos a la expulsión

---

<sup>111</sup> Atienza, Diego de (recopilador). “Recopilación de las leyes destos reynos... 1598”, pág. 243 v y 244 r, Ley VII del Libro tercero, Título 16 (“De los protomedicos examinadores, y de su jurisdiccion”).

La posibilidad de realizar prácticas con un médico y poder ser examinado de cirugía se debía a que los médicos con título universitario podían acceder al examen de cirugía documentando un año de practicas. Luego había médicos que también ejercían como cirujanos, aunque no a la contra.

<sup>112</sup> Véase el capítulo cuarto correspondiente al siglo XVII.

hebrea, ya que con posterioridad, a fines del XVI, tenemos constancia de que tanto barberos como cirujanos están en una misma Cofradía bajo la advocación de San Damián. Por tanto, no descartamos que con anterioridad a la expulsión judía pudiera existir algún centro formativo en manos de dicha comunidad que otorgara un gran nivel a los cirujanos allí formados,<sup>113</sup> mientras que los barberos, o aprendían con aquellos o, de ser escaso el contacto en esos años de xenofobia manifiesta, se formarían entre ellos según el modelo maestro-aprendiz; ahora bien, si realmente existió un centro académico judío, éste desapareció con la expulsión, y por tanto a partir de 1492 ya no quedaría más que el modelo de formación gremial, adscribiéndose uno o más aprendices a un maestro. Y puesto que documentamos tanto a maestros cirujanos como a maestros barberos hemos de suponer que probablemente se formaban de manera independiente, lo que no quiere decir que no fuera a producirse la imagen del cirujano con mancebos barberos, que sí documentamos en el caso de un cirujano natural de Murcia que llega en la peste de 1599 a Vitoria.

Tras la expulsión judía, que probablemente influyó negativamente en la capacidad quirúrgica de los nuevos cirujanos que documentamos, el conocimiento adquirido sobre los fundamentos del oficio, tanto entre los cirujanos como entre los barberos, era esencialmente empírico, si bien a los cirujanos se les examinaba también de teoría. Además, en Vitoria alguno de estos cirujanos ostentaba el título académico de bachiller, aunque ello no repercutía

---

<sup>113</sup> Precisamente de los siglos de mayor pujanza de la aljama hebrea de Vitoria, entre el XII y el XIV, se han datado los más de quince cráneos con herida de espada hallados en la basílica de Armentia en 2006. Al parecer salvo uno, los demás hombres sobrevivieron, lo que lleva al paleopatólogo Francisco Etxeberria a concluir que *“Los hallazgos permiten considerar que en Vitoria o en su entorno próximo, en aquella época, había capacidad quirúrgica como para atender a los heridos de lucha, quizá incluso en la comunidad monástica de la basílica”*. Consultado en <<http://www.medievalum.com/?p=145>>. Nuestro parecer es que tras la desaparición del obispado de Armentia en el siglo XI es dudoso que se mantuviera una gran estructura monacal que de hecho, salvo aportaciones futuras de la arqueología, ni siquiera sabemos si existió con anterioridad -recordemos la itinerancia inicial del obispado en Álava-, por lo que encajaría mejor, o al menos no puede pasar inadvertida, la posibilidad de una participación de la comunidad judía.



sobre su conocimiento y destreza en el oficio ya que la formación de bachiller se centraba en los aspectos de la humanística escolástica (*trivium* y *quadrivium*),<sup>114</sup> es decir, todavía en el siglo XVI habría muy poca diferencia entre el conocimiento y la habilidad práctica de unos y otros. No obstante, la capacidad de acceso a la formación académica que muestran algunos cirujanos en Vitoria iba emparejada con la capacidad económica (hay que tener en cuenta que ni el coste del aprendizaje era el mismo ni tampoco las costas del examen), de ahí que más de una vez se lea que los cirujanos atendían a las clases acomodadas mientras que los barberos eran poco más o menos que la única esperanza de una atención sanitaria decente entre las clases vulgares.<sup>115</sup> Más conocida es la diferenciación que con el tiempo se hará entre los propios cirujanos, separándolos en latinos cuando añadían formación académica (porque sabían latín y generalmente eran bachilleres) y romancistas a quienes carecían de aquella formación (y en consecuencia no dominaban el latín). La introducción de estudios anatómicos en la universidad con las primeras confrontaciones renacentistas a los dogmas de Galeno terminaría tendiendo la mano de la medicina a la *chirurgia* que desde el XVI, y fundamentalmente durante el XVII, ya se encumbraba a expensas de las guerras y las armas de fuego, considerándose primordial su presencia en ejércitos y armadas. Finalmente las puertas universitarias se abrirían a la cirugía, en España durante el XVIII, en el preludio de

<sup>114</sup> Trivio. (Del lat. *trivium*). m. En la Edad Media, conjunto de las tres artes liberales relativas a la elocuencia (gramática, retórica y dialéctica). DRAE.

Cuadrivio. (Del lat. *quadrivium*). m. En la Edad Media, conjunto de las cuatro artes matemáticas, aritmética, música, geometría y astrología o astronomía. DRAE.

<sup>115</sup> Diferenciación que no vemos en Vitoria, aunque ha de recordarse que las fuentes para el conocimiento de estos actores proviene de la documentación de los centros hospitalarios y de los registros municipales, nada a partir de testimonios directos de aquellos que en su práctica privada no generaron documentación conservada. Y la actividad en el hospital se derivaba de un contrato con la ciudad por la que se comprometían a la asistencia gratuita a los usuarios de aquellos centros: pobres declarados, desvalidos, peregrinos o transeúntes sin recursos, lo que no implica que, en su actividad privada, un cirujano tuviera una clientela más distinguida que el barbero, tanto por un título superior como por una mayor afinidad social, especialmente en el caso de los latinos.

la unificación de medicina y cirugía a mediados del XIX. Ese paso a una formación teórico-práctica en centros específicos, unido a la demanda de profesionales bien formados, consideramos el punto de ruptura y bifurcación entre la corriente instrumental enfermera, que continuarán los barberos y sangradores -luego unificados en el practicante-, y la instrumental médica que estará ya representada por los cirujanos. No hay una fecha determinada, aunque destacamos la de la famosa clase de cirugía de Vesalio: si bien, en el caso de Vitoria observaremos cómo a lo largo del siglo XVII se vivirán una serie de conflictos entre los diferentes profesionales sanitarios, y que nosotros enmarcamos en el proceso de definición de las competencias propias de cada uno. Estrictamente, este tipo de cirujanos con formaciones regladas, también denominados académicos, anatómicos, mayores o ilustrados<sup>116</sup> aparecerán por primera vez en Vitoria cuando la ciudad recibe cédula real para la provisión de una plaza de cirujano mayor en 1689, aunque no habrá continuidad hasta 1728.<sup>117</sup> La solicitud de la ciudad de este cirujano “*de toda ciencia y experiencia*” demuestra expresivamente que con anterioridad las capacitaciones de quienes ostentaban aquel título no excedían a las demostradas por los barberos: “*pues aunque avia otros cirujanos estos, por la falta de practica y experiencia en dichas enfermedades no heran para las curaciones grandes [...]menos estavan instruidos en la anotomia, especialmente, en algunos casos que sesolian ofrecer poco bersados y conocidos de los Artífices que comúnmente asistian enesa Ciudad*”,<sup>118</sup> es decir, poco más allá irían de las sangrías y escarificaciones en sus intervenciones. Insistimos pues, en nuestro territorio, en meter en el mismo saco a barberos y cirujanos hasta finales del XVII-principios del XVIII, momento en que ya sin duda las capacitaciones de unos y

---

<sup>116</sup> Lo veremos en su momento, pero estas nuevas nomenclaturas darán lugar a todo un repertorio de escalas: cirujano de primera, de segunda, de tercera, barberos, sangradores, ministrantes...

<sup>117</sup> Y a partir de ahí con mucha dificultad. Cfr., capítulo IV, el siglo XVII.

<sup>118</sup> AMV. Personal. 17/26/14-1736.

otros serán ostensivas,<sup>119</sup> aunque como veremos, la condición de cirujanos latinos o académicos será excepcional hasta el XIX.

La mayor fuente de conocimiento nominal de estos barberos y cirujanos en nuestra provincia es el archivo del hospital Santiago (Santa María del Cabello), al que asistían en virtud del contrato con la ciudad de Vitoria que anualmente se hacía con alguno de ellos. Generalmente sólo asistía uno al hospital de Santiago, pero por determinadas circunstancias, como la peste de finales del XVI, ocasionalmente se multiplicó su número. Únicamente se conoce su contratación a partir de 1516, desconociéndose si también existieron en el primer siglo del hospital,<sup>120</sup> dejando de contratarse en 1751 al comenzar a aparecer, ya en 1741, hospitaleros que eran a su vez cirujanos menores o sangradores. Además, desde 1736 visitaba el hospital el cirujano latino que había contratado la ciudad, suponiendo la línea de división que arbitrariamente nos habíamos marcado para dejar de vincular cirujanos con enfermería. Eran externos al hospital teniendo la obligación de acudir al mismo cuando fueran llamados, habiendo de realizar la visita con los físicos o médicos, ya que

---

<sup>119</sup> Lo cual no deja de ser comprometido, ya que la aparición de ese cirujano “*de toda ciencia y experiencia*” no implica la desaparición de los otros, que en la documentación vitoriana ya empiezan a denominarse “romancistas”, por lo que no hay motivo taxativo para desvincular también a éstos de la línea enfermera. Es más, en el XVIII serán habituales las denominaciones de cirujano menor refiriéndose a barberos sangradores, y ocasionalmente se habla de cirujanos de primera, segunda y tercera categoría. El motivo: que no eran departamentos estancos, pudiendo progresar desde barbero a cirujano a través de escalones que les van facultando para determinadas prácticas restringiéndoles otras más avanzadas. ¿luego, a quién ubicamos en la enfermería en ese siglo y medio hasta que la ley Moyano, a mediados del XIX, convierte a unos en practicantes y a otros los hace universitarios haciendo ya compartimentos estancos?

<sup>120</sup> Todo parece indicar que en sus inicios el hospital de Santiago (entonces de Santa María del Cabello) asistía sólo a peregrinos, por lo que cabe la posibilidad de que durante ese primer siglo de asistencia fuera suficiente la presencia del matrimonio hospitalero; si bien resulta contradictorio que el primer hospitalero documentado en el hospital de Santiago, Alfonso de Uncella en 1466, aparezca en 1448 como barbero, lo que pudiera interpretarse, de tener continuidad conocida -que no lo parece-, que ya originariamente los hospitaleros eran a su vez barberos, situación que no documentaremos fehacientemente hasta el siglo XVIII.

dependían de la autoridad facultativa de éstos para poder actuar. De sus funciones las actas municipales sólo hablan de curas y sangrías, si bien en algunas disposiciones contra el intrusismo se señala que firmaban recetas y daban medicamentos; no obstante, la escasa mención a estos profesionales acontece sólo en situaciones críticas como las epidemias de peste que asolaron la ciudad durante el siglo XVI, por lo que no somos capaces de valorar extensivamente sus acciones y cometidos, que hemos de suponer a partir de lo que les permite la legislación. Así, en el caso de los barberos la ya mencionada pragmática de los RR.CC. de 1500 alude a *“que ningun barbero, ni otra persona alguna pueda poner tienda para saxar, ni sangrar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas, sin ser examinado primeramente por los dichos nuestros barberos mayores personalmente...”*.<sup>121</sup> Igualmente, esta pragmática diferencia ya al barbero sanitario y al barbero esteticista en función de su aprobación o no por el protobarbeirato: *“que qualquiera que quisiere pueda afeytar de nauaja, o de tixera, sin ser examinado, y sin su licencia: pero mandamos que no pueda vsar ni vse del arte de la flomotomia, ni sangrar, ni saxar, ni sacar diente, ni muela sin ser examinado como dicho es, so la dicha pena”*, no obstante, tanto la bibliografía como los documentos que hemos manejado apuntan a que ambas acciones estarían en manos de los mismos barberos; así por ejemplo en el contrato municipal al barbero Juan Pardo en 1575 se especifica que *“Habéis de afeitar y sangrar a todos los vecinos y personas del dicho lugar, clérigos y legos y a los hijos e hijas, e mujeres de los dichos vecinos sin que por ello estén obligados a dar ni pagar cosa alguna, pero en los casos que requieran cirujía, os hayan de pagar y paguen vuestro salario moderado, aclarando como aclarais que si alguna persona estuviese descalabrado habeis de venir*

---

<sup>121</sup> Atienza, Diego de (recopilador). “Recopilación de las leyes destos reynos... 1598”, pág. 247. Libro tercero, Título XVIII (De los barberos flomotomianos), Ley primera y única.

*a le curar una o dos veces, sin os pagar cosa alguna, y si más viniereis se os pague vuestro trabajo como está dicho*".<sup>122</sup>

Señalar también cómo la acción de sangrar, básica en la terapéutica humoral galénica, paulatinamente va a convertirse en sinónimo de barbero, aunque con posterioridad va a poderse obtener licencia particular para sangrar -como las señaladas para hernistas, algebristas, etc.-, pasando a ser oficio propio, si bien finalmente, ya en el XIX, se unifiquen -junto a otros oficios- en la figura del practicante, de ahí que no deba sorprender si después hablamos de barberos sangradores (o cirujanos sangradores) sin señalar diferencia alguna.

Respecto a la labor odontológica,<sup>123</sup> en manos de los barberos ante el desinterés de médicos y cirujanos, les valdrá el apodo de "sacamuelas", "*el oficio más maldito del mundo, pues no sirven sino de despoblar bocas y adelantar la vejez*" en palabras de Francisco de Quevedo, ya que a eso se reducía su terapia más habitual y que era denunciada por Francisco Martínez de Castrillo de Onielo en 1557 aludiendo a que "*En la operación manual como es limpiar los dientes, quitar las tovas, sacar muelas, limarlos, cortarlos, esto se ha dejado a los barberos y lo saben mal hacer, y no contentos con esto se meten en lo segundo, que consiste en la aplicación de las medicinas, que es propio de médicos y cirujanos [...] fundándose más en ganar dos reales que en el bien y salud de los pacientes*",<sup>124</sup> no obstante, la práctica de dentista seguiría en manos de los barberos incluso después

<sup>122</sup> Recogido por Enciso Viana, Emilio. "Laguardía en el siglo XVI". Diputación Foral de Álava, Consejo de Cultura. Vitoria, 1959. Contrato con el barbero Juan Pardo, vecino de Fuenmayor, en 1575 para el servicio de Lapuebla: "Era también obligación suya ir todos los viernes a Lapuebla, y además siempre que le llamaren para un enfermo. Si no lo hacía, llamarían a otro barbero a su costa". Págs. 112 y 113.

<sup>123</sup> No se trata de un error, hablamos de odontalgia porque el dolor era lo que motivaba el proceso acción-reacción que daba valor al sufriente para llamar al barbero, quien ejecutaba la monoterapia consabida de extraer la pieza dañada. Al fin y al cabo la pragmática de los RR.CC sólo les autoriza a sacar dientes y muelas.

<sup>124</sup> Sanz, Javier. "La 'Odontología' en tiempos de don Quijote". Punto de encuentro, Revista Oficial de los Ilustres Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de Galicia. Nº 12, julio de 2005. Pags. 35 y ss. El autor alude a las críticas de Martínez de Castrillo como "*La voz que clama en el desierto*".

de su conversión a practicantes en cuya reglamentación de 1861 se le facultaba en el “*arte del dentista y callista*”.

Lo permitido.

De forma no muy diferente a la actual, junto a los sanitarios reconocidos oficialmente, nos encontraremos distintas figuras vinculadas a la sanación que, sin formación conocida, ejercían su acción en completa sintonía con la mentalidad del momento, en una simbiosis de creencias religiosas y superstición que bordeaba la propia divisoria que marcaba la Iglesia entre lo permitido y lo perseguido, en virtud de su mejor o menor encastramiento en la doctrina cristiana. La aparición de estos personajes, que hoy llamamos comúnmente curanderos, debió ser frecuente y se repetía en muchos lugares, especialmente en pequeños pueblos y aldeas donde no existían profesionales sanitarios, así Bombín, Porres y Reguera hablan de que “*no era difícil que un sanador o curandero fuera calificado por el pueblo como “médico” o “cirujano” y gozara de un prestigio semejante*”.<sup>125</sup> Lo que no ha de extrañarnos dada la escasez de personal sanitario, lo variopinto de las denominaciones y formaciones, y sobre todo por la mentalidad supersticiosa de aquella sociedad en la que, por ejemplo, aparecía en el censo fiscal de Vitoria de 1537 un saludador, y por tanto perfectamente integrado y reconocido en la ciudad, o que en 1577 y 78 se documentan sendos viajes de vitorianos a Francia para que el Rey impusiera su manos “curativas” de acuerdo al supuesto poder taumatúrgico de los monarcas franceses,<sup>126</sup> al

---

<sup>125</sup> Bombín Pérez, Antonio. Porres Marijuan, Rosario. Reguera Acedo, Iñaki. “Medicina en Álava durante la edad Moderna” en “Historia de la medicina en Álava”, Ramos Calvo, P.M. (Dir). Vitoria, 1997.

<sup>126</sup> Bazán, I. cita como fuente de estos dos casos los protocolos nº 6897-779 y 6208-722 del fondo Jorge de Aramburu, en el Archivo Histórico Provincial de Álava, que no hemos comprobado. Así mismo, en el A.M.V., AA.MM. Lib. 26. Fol. 178 r., correspondiente al 12 de abril de 1600 leemos que “*En este ayuntamiento visto que dos niños pobres que tiene en el ospital de santa maria desta ciudad [...] a entendido que estan enfermos de lamparones y aunque esta ciudad ha procurado su rremedio no asido posible por ser niños huerfanos pobres. Acordaron que los mayordomos de dicho ospital y del de santiago dela plaza desta ciudad los inbien a*

margen del batiburrillo que suponía la pragmática de los RR.CC. de 1477 en la que se metía en el mismo saco a físicos, cirujanos y boticarios con ensalmadores, especieros y herbolarios, aunque luego se eliminaran de la revisión de 1523. Sin lugar a dudas el caso más llamativo es el de los saludadores, éstos tenían la “facultad” de “sanar” con su saliva y aliento, por lo que hicieron del saludo con fines curativos un oficio muy lucrativo, siendo contratados sus servicios tanto por particulares como por municipios. Había diversas creencias sobre los mismos; una extendida era que la capacidad curativa de un saludador la heredaba su séptimo hijo. El diccionario de la Real Academia Española lo define taxativamente como “*embaucador que se dedica a curar o precaver la rabia u otros males, con el aliento, la saliva y ciertas deprecaciones y fórmulas*”, definición que no compartirían nuestros antepasados, ya que gozaban del amparo eclesiástico que refrendaba sus facultades, entre otras razones porque su poder se atribuía a la gracia divina pues, en algunos casos, se decía que había dispuesto en su lengua la forma de una cruz, por la que eran reconocidos y a la que se debían sus poderes salivares. Además del saludador vitoriano datado en 1537, en 1612 documentamos una petición del ayuntamiento vitoriano al “*abad de çarua saludador [para que pueda] venir a esta ciudad desde el lugar de ariniz a saludar a ciertas personas que se entendia tenían neçesidad de santiguarse del*”,<sup>127</sup> quizá el mismo que documenta Salustiano Viana actuando en Lagrán en 1629: “*85 Rs. que se gasto con un clerigo que vino a conjurar los ratones de la jurisdiccion, 56 Rs que se llevo en dinero y gasto un clerigo Saludador de Ariñiz*”.<sup>128</sup> Viana documenta en Lagrán prácticamente una visita anual de algún saludador entre 1567 y 1691, señalando su procedencia: de Anguiano, de Sojo, de Estella, de Ariñiz, de Dabalos, de Logroño, de Villaescuela y de Quintanilla de la Rivera, siendo el documento más interesante el del contrato de un saludador por seis años en 1639 para

---

*françia para que sean curados de la dicha enfermedad.*” Pudiéndose tratar de un caso similar de “Toque del Rey”.

<sup>127</sup> A.M.V., AA.MM. 28 de septiembre de 1612, Fol. 232 v.

<sup>128</sup> Viana, Salustiano. “Apuntes de la vida de Lagrán”. Ohitura, Estudios de etnografía alavesa, nº 2. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1984.

que visitara el pueblo por el mes de mayo y para acudir cuando fuera preciso, a cambio de 26 reales por año. El saludador, Juan López, al no saber escribir pide al clérigo y presbítero que lo firme por él, dejando claro la permisibilidad o amparo eclesial, si bien, existían disposiciones tanto civiles como religiosas en contra de ensalmadores, saludadores y bendecidores que, evidentemente, no se cumplían ante el arraigo de dichas supersticiones.<sup>129</sup> Elementos que la práctica cotidiana de la Iglesia contribuía a expandir actuando sus propios sacerdotes como catalizadores del tiempo metereológico: *“acordaron que se pague a Pero Abad de Larraça dicha rota dos ducados por el cargo que ha tenido de conjurar las nubes”* (en 1520) o *“fue acordado e mandado que los regidores ablen con el cura de Sant Ilifonso para quel tenga cargo de conjurar los tiempos e tener en ello mucha bigilançia”*,<sup>130</sup> y por supuesto como catalizadores de la enfermedad, especialmente en tiempos catastróficos como los de la peste: *“acordaron que porque Nuestro Sennor nos quiera librar esta çivdad de pestilençia quel domingo primero se aga vna proçesion del*

---

<sup>129</sup> En la pragmática de los RR.CC de 1477 relativa al Protomedicato (Recopilación citada pág 242 r) leemos: *“que ninguna ni algunas personas en estos nuestros reynos y señorios, no vsen de ensalmos ni conjuros, ni encantamentos, so la pena, o penas que les pusieren, assi corporales, como pecuniarias”*. González y Bazán (Op. Cit. Págs. 104 y ss) aluden al *“Tratado muy sutil y bien fundado de las supersticiones y hechizarias y vanos conjuros y abusiones y otras cosas tocantes y de la posibilidad y remedio dellas”* de fray Martín de Castañega, publicada en 1529 por el obispado de Calahorra al que pertenecíamos; donde llamativamente respecto a los saludadores *“consideraba que estos personajes estaban dotados de una virtud natural, y en consecuencia alejada de todo pacto diabólico”*; no obstante, siguen señalando González y Bazán, en la visita del obispo en 1550 a Payueta diría que *“los saludadores y conjuradores alquilados comúnmente son personas sospechosas y banas y de mal exemplo [recomendando a los] vecinos del pueblo no alquilen ni tengan saludadores”*. Finalmente, Salustiano Viana (Op. Cit. Pág. 35) señala el tratado *“De Superstitionibus”* de Martín de Andosilla de 1590, en el que recoge que *“Por experiencia vemos que hacen gran daño a la República Cristiana los ensalmadores, saludadores y bendecidores, porque comúnmente los que usan semejantes abusos quieren aplicar sus falsas palabras por via de medicina, que ni son ciertas ni aprobadas según nuestra Santa fe católica”*.

<sup>130</sup> Transcripciones de González y Bazán (Op. Cit. Pág. 104) a partir de las AA.MM. del A.M.V. Lib. 10, fol. 568 r, y Lib. 11, fol. 555 r.



*Sennor Sant Sebastian*”.<sup>131</sup> Ante la ambigüedad manifiesta, y en situaciones de necesidad, no es de extrañar la perduración de estas manifestaciones hasta nuestros propios días. En el caso de los saludadores documentados todavía en el XIX, si bien parece que sólo actuando a nivel veterinario.

Pero al margen de estas respuestas supersticiosas aceptadas socialmente ante la necesidad imperiosa de una pérdida de salud, a la que eran incapaces de dar solución los sanitarios oficiales, ha de hacerse notar que era igualmente frecuente el ejercicio de actividades “oficiales” por parte de individuos que no habían obtenido la oportuna licencia del Protomedicato. De hecho, la cualidad de “aprobado” por parte de alguno de estos tribunales, si bien otorgaba a los municipios alguna garantía de pericia a quien contrataban –y por ello, sobre el papel, alguno de estos concejos exigía el requisito de estar aprobado por el Real Tribunal para su contratación-, lo cierto es que continuaron existiendo numerosos prácticos no aprobados, ni siquiera examinados, ejerciendo con total impunidad apoyándose en la legitimidad otorgada por el reconocimiento social. Así, en el caso vitoriano no nos resulta frecuente hallar la expresión de “aprobado” en la presentación de la mayoría de barberos y cirujanos que identificamos, lo que no impedía su ejercicio ya que intuimos que la mayoría habrían realizado un aprendizaje efectivo en las tiendas de los maestros cirujanos y barberos locales, pero que no habrían llegado a examinarse bien por la carestía de las tasas de examen, bien por las limitaciones del propio Tribunal para examinarlos. Por tanto, gozaban de similar credibilidad siéndoles suficiente garantía el haber sido formados por un determinado maestro dentro del área en el que éste fuera conocido. Por tanto, a la línea oficial del “aprobado” se unía una paraoficial sin gran menoscabo competencial que no desaparecerá a pesar de las reiteradas provisiones reales para ello,<sup>132</sup> de hecho, sólo

<sup>131</sup> A.M.V., AA.MM. 1518-1522. Lib. 10. Fol. 523 v (1518), aún libre la ciudad de la peste, que llegaría al año siguiente. Vemos también como el culto a San Roque todavía no se ha generalizado como intercesor ante la peste.

<sup>132</sup> Por ejemplo en la Real provisión del 17 de julio de 1728, Bartolomé de Riesgo imp. Vitoria, 1728. “*Don Phelipe, por la gracia de Dios [...] sabed [...] de los graves perjuyzios que se seguían a la salud publica, de tolerar vos las dichas*

documentamos querellas por ejercer sin título a partir del XVIII y siempre por denuncia particular en lugar de perseguidos de oficio o denunciados por las autoridades.<sup>133</sup>

Por último, hemos incluido dentro de este subapartado de lo permitido a aquellas figuras que, no reglamentadas en Leyes “mayores”, ejercían oficios emparentados con la actual enfermería. Con lo cual no pretendemos traslucir una imagen de oficios que bordearan la legalidad, al contrario, estaban perfectamente integrados en ella, como los saludadores, pero carecían de una reglamentación precisa por lo que no podíamos incluirlos en el primer punto de lo reglado. Nos referimos a las matronas y al matrimonio hospitalero, que, a tenor de su exclusión de las pragmáticas reales que buscaban ordenar las profesiones sanitarias, hemos de entender que oficialmente no se las consideraba como tales.

Ambos, sin embargo, contaban con una gran tradición. De los hospitaleros ya los veíamos así nombrados en los monasterios benedictinos, y qué decir de las matronas que tenían ya papel principal en la Biblia. Los dos oficios tenían como objetivo secular suplir actividades “naturales” en los grupos sociales, el cuidado y el parto, a los que se habían dado respuesta desde el principio de los tiempos dentro del entorno familiar; por tanto, en la Edad Media las personas que vivían de ello lo harían sirviendo a quienes carecían de ese amparo familiar -por inexistente o por incompetencia-, o a quienes excluían a sus familias de esas tareas por razones de posición social, realeza y aristocracia. En consecuencia, no dejarían de ser vistas como actividades que cualquiera podría hacer dentro de un aprendizaje familiar básico.

---

*justicias en vuestras jurisdicciones [...] ejercer la facultad de medicina, artes de cirugía, pharmacia, y de sangradores, sin titulo, ni aprobación de su parte [del protomedicato] para que se diesen las providencias mas exactas al remedio de tanto daño... ”.*

<sup>133</sup> Por ejemplo en 1715 Juan Antonio de Olaechea, maestro cirujano y sangrador, acusa a Ignacio de Uribe y Lorenzo de Arraiz, vecinos de Vitoria, por ejercer como cirujanos y sangradores careciendo del título para ello. A.R.Ch.V. Pleitos Civiles. Escribanía Varela. Procesos olvidados. C. 2054/3; Olim: L. 731.

En el caso de los hospitaleros hay poca duda, ya que en los pequeños hospitales rurales el acceso al puesto no requerirá de otro requisito que una sensibilidad caritativa. En el caso de la matrona no resulta tan claro, en primer lugar por la existencia demostrada del oficio desde la antigüedad, entre las que sobresale el reconocimiento “sapientísimo” de las “*obstetrix*” romanas, y que parece continuarse por las alusiones de “sabidoras” que les dedica Alfonso X “el Sabio” en el siglo XIII. Sin embargo, desconocemos el verdadero alcance de aquellas matronas, es decir si la referencia era sólo para aquellas matronas de la aristocracia o si el reconocimiento era general a todas las mujeres que ayudaban en el parto merced a su especial conocimiento o habilidad. En el caso de Alfonso X, tanto en sus Cantigas como en las Partidas, parece pensar más en las cortesanas que en las plebeyas, ya que, según la ley XVII del Título VI de la sexta Partida, en el parto, además de prohibir la presencia de hombres en la casa,<sup>134</sup> señala que debería haber hasta “*diez mugeres buenas, que sean libres, e fasta seys siruientas, que non sea ninguna dellas preñada, e dos otras mugeres sabidoras que sean usadas de ayudar a la muger*”. Imagen que no cuadra demasiado en una casa de alforja vitoriana, aunque tal vez sí en la torre de los Sánchez de Bilbao. Para poder hablar de una situación generalizada para todas las matronas hemos de esperar al final de la Edad Media, en la que la introducción de los nuevos aires protorrenacentistas en el camino de formación del Estado Moderno va a dar los primeros intentos de ordenación de las actividades sanitarias, siendo la pragmática de los Reyes Católicos de 1477 el testimonio más evidente -si bien parece que en época de los Trastámara ya existía alguna regulación similar-. Como habíamos señalado, en dicha pragmática en la que se autoriza al Real Protomedicato a examinar a diversos oficios de su competencia, se incluye tanto a hombres como a mujeres lo que se ha interpretado como alusión a las matronas, apoyándose en que posteriormente, Carlos I en 1523 deroga la facultad del Protomedicato para examinar a las parteras, siendo también así entendido por los juristas que en 1750

---

<sup>134</sup> Elemento tradicional en muchas culturas, especialmente en la islámica que tanta influencia tuvo en la obra de Alfonso X a través de la Escuela de traductores de Toledo.

reintroducirán el examen de matrona. Por tanto, hasta 1523, en la Corona Castellana, las matronas quedaron incluidas dentro de los oficios sanitarios reglamentados por aquella ley, y por tanto obligadas a superar un examen para poder ejercer. Sin embargo, a partir de esa fecha y hasta 1750, se elimina dicho examen volviendo a un sistema de libre ejercicio sin ningún tipo de control. Lo curioso de la abolición del examen por parte de Carlos I es que diez años después, actuando como Emperador, dictaría la "*Constitutio criminalis carolina*" por la que se otorgaba un valor decisivo a la opinión de médicos, cirujanos y comadronas en las cuestiones de sus respectivas profesiones cuando fueran llamados a declarar ante la Justicia;<sup>135</sup> es decir, parece que el prestigio de las matronas en general era bueno en Europa. ¿Por qué entonces se separa en Castilla a las matronas de las profesiones sanitarias? No hay respuesta clara, el hecho de que la situación castellana no se diera en la Corona aragonesa ni en el reino navarro, donde siguieron reglamentando su práctica, parece apuntar a intereses específicos del Protomedicato. Tal vez éste se viera incapacitado, por su ignorancia, para poder examinar a las matronas, o tal vez pretendían examinarlas sobre aspectos en los que no se habían formado las parteras, como la anatomía, concluyendo su no validez. Por supuesto también entraría en juego la incapacidad administrativa para ordenar un oficio ampliamente arraigado donde la confianza en una partera valía más que su título. En cualquier caso, a tenor de lo que se verá a partir del XVII, y especialmente en el XVIII, de usurpación más que evidente de las funciones de la matrona por la cirugía,<sup>136</sup> vetada a las mujeres, cabría pensar si no se daría ya un incipiente proceso de usurpación por parte del Protomedicato en el siglo XVI, siglo en el que se comienza a publicar en España los primeros textos sobre el parto, con la comprensible peculiaridad de ser

---

<sup>135</sup> García Martínez Manuel J.; García Martínez, Antonio C.: "Fechas clave para la Historia de las Matronas en España". *Hiades*, revista de Historia de la Enfermería, núm. 5-6, 1999, págs. 243 a 260.

<sup>136</sup> Ortiz, Teresa. "Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía", en López Terrada, María; Martínez Vidal, Álar (eds.), "El tribunal del Real Protomedicato en la monarquía hispánica", *Dynamis*, monográfico vol. 16, 1996, págs. 43 a 59.

siempre obras de autores masculinos -condenada la mujer en general al analfabetismo-, cuando era más que dudoso el que un hombre en aquella época subvirtiera el histórico tabú del parto y pudiera alcanzar el dominio de un oficio lo suficiente como para dejar constancia escrita.

En Vitoria las alusiones a las matronas antes del XVII son inexistentes, de hecho los medievalistas González y Bazán, con mucho mayor dominio de la documentación, han de recurrir a un ejemplo de Portugalete para testimoniar que en 1459, esta villa “*era remisa a compartir la comadrona con otras localidades vecinas por el peligro que de su ausencia se pudiera derivar para las mujeres embarazadas ante una emergencia*”.<sup>137</sup> Desconocemos si la situación es trasladable a Vitoria y al resto de los pueblos alaveses en aquellas fechas, pero en 1648 sólo asistían en Vitoria dos comadres “*La una que por su mucha hedad esta ympedida y la otra de poca esperiezia*”<sup>138</sup> por lo que se ordena la contratación de una partera, lo que no debe ser asunto sencillo, ya que se pide que “*sin perder tiempo quanto antes hagan diligencia en Madrid Valladolid y otras partes de que se busque una comadre a satisfacion para que venga a esta ziudad*”, testimonio más que evidente de la escasez de estas profesionales. Está claro que no podemos trasladar la situación del siglo XVII al XV y XVI, aunque el ejemplo de Portugalete sea en la misma dirección, pero todo parece indicar que el número de matronas no era en absoluto excedentario, más bien al contrario, lo que nos lleva a pensar que el ejercicio no era todo lo libre que las pragmáticas nos hacen creer y que tuvo que existir algún sistema de limitación. No parece que fuera el económico, Vitoria ofrecerá 60 ducados anuales en el XVII, y tampoco tenemos constancia de reglamentaciones o trabas oficiales a su libre ejercicio -como pudiera haberlo sido el examen ante el Protomedicato-, por lo que imaginamos una autolimitación por parte de las propias matronas, que limitarían sus enseñanzas a personas muy concretas de su familia (hijas, sobrinas, nueras...) para evitar competencias que pusieran en peligro la subsistencia de su

<sup>137</sup> Op. Cit, Pág 103.

<sup>138</sup> A.M.V. AA.MM. Acta del 9 de julio de 1648. Fol. 140 v.

núcleo familiar, ya que fuera de ese clan de matronas sería muy difícil que una mujer tratara de ejercer de partera sin el reconocimiento social de pertenecer a alguna de esas estirpes y por la reducida experiencia que podría acumular.

Finalmente señalar respecto a las matronas que, en nuestro entorno, carecemos de noticias sobre posibles ordenamientos o reglamentaciones municipales o provinciales; si bien dentro de las Constituciones Sinodales del obispado de Calahorra, al que pertenecía Álava, se recoge una breve alusión a la capacidad de las matronas para administrar el sacramento del bautismo en casos extremos, licencia que ya era conocida con anterioridad por parte de la Iglesia: *“Y que las Parteras sepan muy bien la forma, y lo demás esencial del Bautismo”*.<sup>139</sup>

Por su parte, del matrimonio hospitalero<sup>140</sup> contamos con un mayor aporte documental desde el siglo XV, merced a su vinculación con los centros hospitalarios, como el de Sta M<sup>a</sup> del Cabello o de Santiago<sup>141</sup> de Vitoria, a cuyo fondo documental debemos tanto del conocimiento sobre nuestra profesión. También denominados en Vitoria como Síndico u Hospitalero en el hospital de Santiago; Síndico o Alcaide en el de Santa María;<sup>142</sup> en el de San Lázaro o de la Magdalena, Síndico al marido, Cofradesa o Mayordoma a la esposa; en el de San José, Alcaide; y en el de San Pedro, Alcaide o Mayordomo. En el resto de hospitales alaveses existentes a finales de la Edad media no nos constan sus denominaciones, pero al menos en

---

<sup>139</sup> Lepe, Pedro de. “Constituciones Synodales antigvas, y modernas del obispado de Calahorra y La Calzada”. Madrid, 1700. Lib. 3º, Tit. XXI, Const, III.

<sup>140</sup> Utilizamos la fórmula de matrimonio por ser la documentada en el siglo XV en los hospitales vitorianos, forma que se conservará, aunque con excepciones, hasta 1820 en el más importante de ellos, el de Santiago.

<sup>141</sup> Así ya denominado desde 1536, al quedar agregado al Archihospital de Santiago de la ciudad de Roma, abandonándose la denominación originaria de sus fundadores, Santa María del Cabello, y conviviendo con la denominación popular de hospital de la plaza u hospital del mercado por su ubicación.

<sup>142</sup> En el siglo XVIII aparece ocasionalmente la denominación de almotacén.

el siglo XVIII el término casi único será el de hospitalero u hospitalera.<sup>143</sup>

El caso más conocido es el de los hospitaleros del hospital de Santiago Apóstol, y también a los que puede atribuirse un papel enfermero más evidente, ya que éste hospital será el único en Álava al que podrá adjudicarse el calificativo recogido en las Constituciones Sinodales que los regían de “hospital de curación”.<sup>144</sup> Son conocidos desde 1466 aunque probablemente estuvieron presentes desde la fundación del hospital en 1419,<sup>145</sup> sobre ellos recaía la gestión diaria del centro y, especialmente, la atención de las personas recogidas. Habitualmente será un matrimonio, al que tradicionalmente se le ha supuesto sin hijos (y que como veremos no siempre es así), que contrata el ayuntamiento<sup>146</sup> para la asistencia inmediata de los enfermos y acogidos a cambio de tener alojamiento, comida en el hospital y un salario, que en sus inicios fue en especie (al parecer en forma de trigo),<sup>147</sup> tal vez con algún sistema de arrendamiento como los que se conocen en el siglo XVIII en varios pueblos alaveses, aunque ya para el siglo XVI recibían un salario en metálico, en fechas aproximadas en las que pasan de cobrar del ayuntamiento para hacerlo directamente del hospital. Eran reconocidos por su vestimenta, de

---

<sup>143</sup> Ferreiro Ardións, Manuel, Lezaun Valdubieco, Juan, “La asistencia hospitalera en Álava en el siglo XVIII”. Actas del IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Las Palmas, 2007.

<sup>144</sup> En contraposición a los hospitales para transeúntes y peregrinos que actuaban más como hospedería que como hospital, aunque como veremos no estarán exentos de cuidados enfermeros.

<sup>145</sup> La duda recae sobre el papel jugado por los semaneros de la Cofradía de la Virgen del Cabello hasta que el hospital pasa de los herederos del fundador a manos del ayuntamiento de Vitoria en 1535, aunque posiblemente solo ejercieran de supervisores, como después lo harían los mayordomos municipales.

<sup>146</sup> En algunos casos parece que se contrata anualmente, renovándose como otros cargos municipales el día de San Miguel. En otros no se evidencia ese carácter anual, a pesar de ser lo más habitual en los nombramientos del concejo. Al pasar a cobrar del hospital parece que hay algún cambio en sus nombramientos, tal vez pasaron a hacerse directamente desde el hospital, quedando ajenos a la vinculación municipal.

<sup>147</sup> Núñez de Cepeda, Marcelo. Op. Cit.

pañó gris o morado, llevando al lado izquierdo una venera<sup>148</sup> y portando el bordón<sup>149</sup> de Santiago, en clara alusión al peregrinaje a Compostela. Han de residir en el hospital, del que no pueden ausentarse ambos a la vez y entre sus obligaciones se encontraba el dar cama, luz y calefacción a los peregrinos, en un inicio y, a partir probablemente de finales del XVI, también a enfermos y pobres asilados, así como administrar alimentos y medicinas a los mismos.<sup>150</sup> Además, realizaban la limpieza necesaria en los aposentos y ropas, e incluso en los primeros tiempos tenían la obligación de pedir limosna para los enfermos.<sup>151</sup> Básicos para el funcionamiento del hospital, ya que es la figura que da continuidad al cuidado con una asistencia las 24 horas del día, carecían de una formación específica, si bien ello no debe alejarlos de su consideración enfermera -en el sentido de aplicar el calificativo de informal a sus cuidados-, ya que la continuidad evidenciada en el desempeño de sus funciones supliría esa limitación inicial con el bagaje práctico de los años. Su misión por lo tanto es la de proporcionar cuidados inmediatos a los acogidos en el hospital, esos cuidados que usualmente proporcionaría el entorno familiar de existir y que en la historiografía enfermera viene denominándose enfermería “paradoméstica”, diferenciándose estos hospitaleros de otros cuidadores informales, por su dedicación continuada en el tiempo a personas con las que no mantenían lazos familiares y por los

---

<sup>148</sup> Concha de Vieira por la que se reconocen los peregrinos a Santiago, claro testimonio de la vocación primitiva del hospital vitoriano. Cuyo nombre, que lo evoca, no se debe sin embargo a ser jalón de la ruta jacobea, sino a estar adscrito al Archihospital de Santiago de Roma como ha quedado señalado.

<sup>149</sup> Bordón: m. Bastón o palo más alto que la estatura de un hombre, con una punta de hierro y en el medio de la cabeza unos botones que lo adornan. Primera definición del DRAE. Se trata de uno de los identificativos del peregrino a Santiago. La descripción, salvo en la altura de la vara –desconocemos si por estar partida- se ajusta perfectamente a la imagen esculpida del apóstol (s. XIV) en la portada de la iglesia de San Pedro de Vitoria.

<sup>150</sup> De modo un tanto atemporal recogemos en A.M.V., AA.MM. Acta del 6 de julio de 1739. Fol., sin paginar. “*ai un Hospittalero que con su familia cuida de la Limpieza, comida, medicinas, y demas alivios convenientes*”.

<sup>151</sup> Hacemos notar que esta acción mendicante del hospitalero ya la observábamos en el siglo XII en el monasterio benedictino de Santa María de Irache. Y luego será la imagen representativa de la Orden hospitalaria de San Juan de Dios.



que percibían una compensación, bien fuera económica o en especie (trigo, vivienda, alimentación,...), además de por su reconocimiento como oficio de hecho al ser contratados como tales. Sánchez, Ortega y Elbal,<sup>152</sup> que datan el primer hospitalero en 1024, también lo consideran así, si bien, utilizan la expresión de “predecesor-a” del enfermero-a, ya que en su medio constatan que *“a pesar de que las instituciones de la Edad Media evolucionan hacia la asistencia a los enfermos nombrando la figura de enfermero-a, aquellas que se mantienen como albergues y asilos siguen reconociendo al hospitalero-a”*. En nuestro caso no es así, el término permanecerá invariable hasta 1821, a pesar del cambio de orientación de hospital de peregrinos a hospital de enfermos<sup>153</sup> o a que en el XVIII los hospitaleros fueran también sangradores; de ahí que nosotros no veamos necesidad de anteponer prefijos tipo proto-enfermero o predecesor a estos hospitaleros vitorianos, porque no hay solución de continuidad documentada en sus atribuciones. Es evidente que la reducida dimensión de la capital alavesa frente a la gran ciudad de Toledo, cuyo hospital de la Misericordia toman como referencia nuestras compañeras, implicaba también una buena diferencia en el tamaño de ambos hospitales y del organigrama necesario para regirlo.

No está claro el motivo por el que se contrataba a un matrimonio, señalándose posibles roles diferenciados ya que, además de las labores directamente asistenciales -o ligadas a ellas-, se

---

<sup>152</sup> Sánchez González, Natividad. Ortega Martínez, Carmen. Elbal Moreno, Luisa. “Historia de la enfermería a través de las instituciones de Castilla-La Mancha”. Colegio Oficial de enfermería de Albacete. Albacete, 1996. Págs. 47 y ss.

<sup>153</sup> No tenemos una fecha clara para este cambio. Si bien en 1644 hay una evidencia documental determinante a partir de una solicitud del ayuntamiento para acoger a enfermos pobres -en plena crisis del XVII-, el hospital ya había acogido con anterioridad a enfermos de peste en la epidemia de 1599. Por otra parte, en 1590 se habían concentrado las rentas de los tres hospitales municipales quedando, en teoría, sólo el hospital de Santiago y anulándose, por tanto, las actividades asilares del de Santa María y del de La Magdalena; luego ¿quién cubrió esas necesidades en los inicios de la gran depresión del XVII hasta que se reabre el hospital de Santa María como hospicio? Aún en nuestra ignorancia sólo vemos dos posibilidades: o bien no se termina de cerrar Santa María, o bien se hace cargo de ellos el hospital de Santiago, iniciándose la atención a enfermos pobres aunque no fueran peregrinos.

ocupaban de las tareas domésticas, históricamente de tradición femenina, desde comprar los alimentos a prepararlos, limpieza de estancias, camas, etc.;<sup>154</sup> por otra parte, seguramente desde el inicio, pero con toda seguridad desde la reconstrucción del hospital en 1535,<sup>155</sup> contaba éste con salas separadas para hombres y mujeres, requiriendo igualmente una atención separada por un hospitalero para la sala masculina y una hospitalera para la femenina, lo que se mantiene todavía en las ordenanzas de 1821 –ya en el actual edificio– donde se señala la asistencia al Enfermero Mayor por un enfermero segundo para la sala de hombres y una enfermera para la de mujeres.<sup>156</sup> Por otra parte, en el siglo XVIII observaremos que algunos pueblos arriendan sus hospitales con las tierras anejas a cambio de atender su finalidad caritativa y una renta estipulada; lógicamente quien accede al mismo suele ser un matrimonio (una familia) que a cambio de una renta minimizada por la servidumbre de la obligación hospitalaria, pueden labrar las tierras del hospital o usar su leña supuestamente con un beneficio que compensa la renta. Partiendo del supuesto de que esta forma de contratación no sólo se diera en el XVIII, sino que fuera una forma tradicional de hacerse con los servicios de hospitaleros, podríamos también aventurar la teoría de que en Vitoria se contratara un matrimonio por afinidad con esta tradición. Finalmente, cabría la diferenciación de roles en función del oficio del hospitalero, ya que aunque se presume que éstos no eran barberos o sangradores, pues se contratan separadamente, se da la circunstancia que el primer hospitalero conocido en el hospital de Santiago, Alfonso de Uncella, era barbero, y desde mediados del XVIII, los hospitaleros existentes en ese centro, además de pertenecer a una misma familia, eran también sangradores.

---

<sup>154</sup> Sánchez, Ortega y Elbal, op. Cit. Pág. 48, aluden a que “*el marido ejerce como hospitalero y la mujer se hace cargo de la cocina, como ocurre en el hospital Santiago de Toledo en 1478*”.

<sup>155</sup> El hospital se había derruido tras un incendio en diciembre de 1507, trasladado a una casa en el Portal de Barreras, se comenzó a reconstruir sobre el solar original al menos ya en 1525, pasando luego el patronato particular de los Ayala a patronato municipal en 1535, fecha que tomamos como inicio del nuevo hospital.

<sup>156</sup> ATHA. Fondo Hospital Santiago. Ordenanzas. Ordenanzas de 1821.

Finalmente señalar cómo para los hospitaleros contamos con algo parecido a una reglamentación a partir de las Constituciones Sinodales del obispado de Calahorra. Se trata de un ordenamiento religioso donde se recogen diversas orientaciones encaminadas a instruir a los sacerdotes en múltiples facetas de la vida, sin embargo, en su título XIV del libro tercero, bajo el título *“De Nosocomiis, seu domibus Hospitalitatis. Las cosas que se han de guardar en los Hospitales, assi por los pobres, como por los Hospitaleros, y otras personas”* va a recoger aspectos sobre el gobierno cotidiano de los centros hospitalarios desde el punto de vista del control clerical pero que, indirectamente, nos proporciona diversas orientaciones sobre el papel de los hospitaleros. Sólo contamos con las celebradas en Logroño en 1698 -publicadas en 1700-, pero se anota en varias de ellas un origen anterior, que se mantiene o corrige, como el de la primera constitución de este Título que se corresponde con el sínodo de 1601. Por tanto, aunque el matrimonio hospitalero no contara con una reglamentación de su oficio, la presencia de estas Constituciones, unido a las acciones hechas por la “costumbre” serán las que doten a los hospitaleros de una cierta unidad de acción en todos los hospitales de la región, lo que repercute directamente en su calidad de oficio formal.

#### Lo perseguido.

En unos siglos en los que cualquier enfermedad suponía la ruptura del frágil equilibrio de la subsistencia, cuando no un riesgo real de muerte, sumándose a las perennemente cíclicas guerras y crisis de subsistencia rurales, no era de extrañar la búsqueda de cualquier fórmula que tratara de proteger de estos males o de minimizarlos. Ya hemos visto que la postura colectiva era reduccionista a la voluntad divina, y ello daba juego a múltiples remedios ritualistas que la propia Iglesia ejercitaba, sacralizando incluso algunos elementos que se consideraban paganos, como ciertas festividades que respondían históricamente a ciclos agrarios o estacionarios. La convicción de efectividad de estas fórmulas queda bien patente en la pervivencia de los saludadores, o en el uso de todo tipo de amuletos siempre que

hubieran sido bendecidos, ya que la peculiaridad de la superchería medieval y moderna pasa por el filtro de la bendición religiosa. De ahí que hayamos diferenciado a aquellos “oficios” que en su charlatanería eran consentidos por la Iglesia o era ella misma quien los ejercía, y aquellos otros que pervivían o se formaban al margen de su control, motivo por el cual serán perseguidos. Como habíamos dicho, las personas que ponían sus capacidades y conocimientos para proporcionar salud o remitir la enfermedad no iban a ser perseguidas por sus prácticas, sino -al margen del intrusismo como ejercer sin título- por no contar con el beneplácito eclesial o atentar contra los principios religiosos.

Por tanto, civilmente se podía perseguir a quien ejercía sin la aprobación del protomedicato, o a quien no respetaba alguna de las pragmáticas, como la de ceder terreno al sacerdote ante la posibilidad de muerte, es decir en cualquier enfermedad aguda, lo que llevaba a castigos monetarios o laborales; pero cuando hablamos de persecución en realidad en lo que pensamos es en la acción eclesiástica para combatir la herejía, y será frecuente que en los expedientes al respecto una de las acusaciones sea la de ejercer como hechicera, lo que en un sentido antropológico puede incorporar un papel de finalidad sanitaria, eso sí, al margen de los criterios religiosos. Sobre la habitual condición femenina de las acusadas hay muchos puntos de vista, aunque la desprotección social de la mujer frente a las adversidades era muy superior a la del hombre, lo que comúnmente lleva a hablar de pobreza con rostro femenino, por lo que entre otras posibles causas fuera una manifiesta necesidad la que empujara a estas mujeres a ejercer prácticas recogidas de sus antepasados, o que descubrieran empíricamente, o bien inventaban para su sustento, hasta que topaban con la Iglesia. De 1517 contamos con las ejecutorias por hechicera de Mari Perez de Yartua, vecina de Aramayona; y de Marina de Otalora, vecina de Oquendo, por “*hechicera publica y secreta, encantadora y sorguina*”.<sup>157</sup> No encontramos alusiones a que estas mujeres ejercieran también de parteras, pero es recurrente hallar la idea de una conexión entre partera y hechicera. Así por ejemplo, González y

---

<sup>157</sup> A.R.Ch.V. Registros. Registros de Reales Ejecutorias. Cajas 321/9 y 315/15.

Bazán (Op. Cit. Pág. 108) aluden a que “*En el ámbito rural la comadrona, la especiera o la herbolaria serían, con toda probabilidad, una misma persona*”, lo que, en principio no tiene nada que ver con la hechicería, ya que tanto especieros como herbolarios aparecían en la pragmática de 1477 de los RR.CC junto a físicos, cirujanos o ensalmadores;<sup>158</sup> pero la unión de esos papeles en el medio rural, otorgando a una mujer capacidades intelectuales y en una posición de poder en virtud de sus conocimientos, prácticamente le cuelga el San Benito de la Santa Inquisición. Un testimonio más evidente, salvando la libertad literaria, puede recogerse en la estrofa del Arcipreste de Hita en su “Libro del buen amor”: “*Toma vieja que tenga oficio de herbolera, que va de casa en casa sirviendo de partera, con polvos, con afeites y con su alcoholera, mal de ojo hará a la moza, causará ceguera*”.<sup>159</sup>

Por supuesto, estaba también la persecución hacia la mala praxis de los sanitarios oficiales, así encontramos en 1498 la ejecutoria del pleito contra maese Pablo, físico vecino de Orduña “*sobre acusar al demandado de matar a Pedro de Mendibil, hijo del demandante a base de sangrias y enviar por medicinas e material a los boticarios que eran para matar e no para sanar*”.<sup>160</sup> Recogemos también la medida del ayuntamiento contra el boticario Juan de Ortiz Yechaluzea, en este caso no por una mala práctica dolosa, sino al parecer por enajenación mental, lo que le lleva a la cárcel si no como medio terapéutico sí con la intención de preservar a los vecinos de sus errores: “*Este Ayuntamiento propuso el dicho señor Alcalde que Juan de ortiz Y echaluzea maestro apoticario Vezino de esta zitudad se allava preso en la carzel [...] por su defecto de juicio [...] porque sus Vezinos y avitadores estaban espuestos a la perdida de sus bidas casso que de la botica de el suso dicho llevasen algunos*

<sup>158</sup> Según el DRAE ensalmador tiene una doble acepción: 1. Persona que tenía por oficio componer los huesos dislocados o rotos. || 2. Persona de quien se creía que curaba con ensalmos. Entendemos que la pragmática se refería a la primera, en el sentido de algebrista que se usará luego.

<sup>159</sup> Juan Ruiz, también conocido como Arcipreste de Hita (c. 1283-c. 1350).

<sup>160</sup> A.R.Ch.V. Registros. Registros de Reales Ejecutorias. L 125/12 (SM).

*medicamentos pues por su falta de juicio podía darlos trocados o muy diferentes de los que necesitaban”*.<sup>161</sup>

#### II.2.4. Hospitaleros y barberos en Álava en el siglo XV.

Hablaremos de hospitaleros y barberos, y no de matronas, pues como hemos comentado carecemos de datos de éstas hasta el siglo XVI -y entonces muy escasamente-,<sup>162</sup> aunque es evidente que existieron y hubieron de jugar un papel decisivo en la salud femenina e infantil. Así mismo, hablamos de Álava, aunque es más pretensión que realidad ya que la inmensa mayoría de los nombres que documentamos pertenecen o ejercen en Vitoria.

Las primeras noticias nominales de actores sanitarios, en este caso barberos y cirujanos, provienen del inicio de la serie conservada de actas municipales del ayuntamiento de Vitoria correspondiente al año 1428. Después, habrá un vacío documental de estos acuerdos municipales hasta 1479 que nos impide seguir la pista de los mismos. Por su parte, la documentación conservada de los centros caritativos medievales será la que nos permita identificar a un mayor número de hospitaleros y ofrecer una continuidad temporal de los mismos, si bien, restringida a los de patronato municipal y a partir de 1466. Finalmente, la utilización de diversas fuentes que señalaremos, nos permiten descubrir algunos nombres más completando un representativo número de actores que dejan vislumbrar levemente algo de la realidad social de estos sanitarios.

**Hospitaleros:** nuestra búsqueda, al menos durante este siglo XV, sólo nos ha permitido constatar las aportaciones que ya hiciera Núñez de Cepeda (Op. Cit.) respecto a estos servidores hospitalarios. De los cuatro hospitales conocidos en Vitoria en el siglo XV, sólo conocemos nominalmente a quienes ejercieron como hospitaleros en el hospital de Santa María del Cabello y en el de San Lázaro (ya

---

<sup>161</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 12 de julio de 1683. Folios sin numerar.

<sup>162</sup> Y ésta se refiere a la noticia que nos da Enciso Viana en su “Laguardia en el siglo XVI”. Diputación Foral de Álava, Consejo de Cultura. Vitoria, 1959. Pág. 113: “La villa contratava anualmente una partera. Su sueldo era en 1559, un ducado”.

entonces casi conocido sólo por el de la Magdalena). No tenemos noticia de quienes trabajaron en el de San Pedro; y en el de Santa María, a pesar de estar bajo patronato municipal, sólo lo hacemos a partir del siglo XVI. Las aportaciones más antiguas pertenecen al de Sta. M<sup>a</sup> del Cabello (después de Santiago) que deja noticias de sus hospitaleros de manera ininterrumpida desde 1466 hasta 1821 en que desaparecen. Su peculiaridad en el XV era la de que a pesar de estar bajo patronato privado, el ayuntamiento nombraba a un Administrador por razón de ser el concejo quien donó los terrenos donde se edificó, lo que le confería una cierta bicefalia que ha redundado en un beneficio documental. Probablemente desde su fundación se asignaron hospitaleros a su cuidados, pero sólo a partir de 1466 podemos ponerles nombre y apellido, si bien sólo al hombre a pesar de la constancia de que hubieron de ser un matrimonio. El primero conocido fue Alfonso de Uncella y su esposa, que ejercieron bajo el nombre de síndicos u hospitaleros entre 1466 y 1497. Como señalaremos más adelante, nos llamará poderosamente la atención el hallar en un documento testamentario de 1448 el nombre de Alfonso de Uncella denominado como barbero, lo que, de ser el mismo, crearía un vínculo entre ambos oficios que, aunque no podemos documentarlo con posterioridad para el resto de hospitaleros, hace de nexo con los últimos hospitaleros antes de su conversión a la figura de Enfermero Mayor en 1821, ya que a partir de 1741 los hospitaleros serán también sangradores.

Sin más que ese espejismo de cuidado inmediato y cuidado instrumental unificados al final de la Edad Media, a Uncella le relevará, tal vez tras su fallecimiento, Martín López y su esposa, quienes ejercerán desde 1497 hasta probablemente 1507, fecha en la que el hospital sufre un devastador incendio. Nada sabemos de este último, ni siquiera en los dramáticos momentos de la peste de 1504-1505, casi silenciada documentalmente por la huida masiva de los vitorianos y el desperdigamiento de sus autoridades y, en especial, del cronista de los acontecimientos en la pluma del escribano.

Por su parte, el hospital de San Lázaro, en principio bajo patronato real como el resto de los centros de esta Orden, pasó a

manos de la ciudad en algún momento del siglo XV por abandono de sus caballeros. Desconocemos la fecha, aunque suele citarse un acuerdo municipal de 1489 para ponerle fecha a dicho cambio. En él se envía a Juan de Bermeo para que fuera “*a buscar diez personas que sean de San Lazaro para que esten en la Magdalena de esta ciudad*”;<sup>163</sup> no obstante, resulta más expresivo del gobierno municipal de la ya Casa de la Magdalena el hecho de que Núñez de Cepeda documente el primer matrimonio hospitalero el año 1488. Según Cepeda (op. Cit. Pág. 54) se denominaba síndico al marido y cofradesa o mayordoma a su esposa, ejerciendo como tales entre 1488 y 1511 Juan Sánchez de Echávarri y su mujer María Ruiz de Ortiz, continuando esta última tras la muerte de su esposo hasta 1522, si bien con un hombre como síndico, Pedro Martínez de Arratia, desconociéndose si fueron un matrimonio en segundas nupcias o no, ya que a partir de 1522 aparece el tal Pedro Martínez de Arratia junto a su esposa Martina de Galarreta. La diferenciación nominal en el cargo según el sexo guarda un gran interés a la hora de adscribir labores enfermeras a los miembros del matrimonio. Para Núñez de Cepeda el hombre se encargaba de las labores del campo, siendo la mujer la que verdaderamente se hacía cargo de la administración de la casa y el mantenimiento de los acogidos, dando a entender un sistema vinculado a la tierra que nos recuerda a las familias hospitaleras que arriendan hospitales en el XVIII para vivir utilizando sus recursos (casa, era, huertas, leña, labrantíos, pastos, etc.) a cambio de una renta y la servidumbre de asistir a los destinatarios del centro; con la salvedad de que no tenemos noticia de ese arrendamiento y Cepeda habla de que son nombrados por el ayuntamiento. En cualquier caso, él se posiciona indirectamente en la idea de una acción eminentemente femenina respecto a la atención enfermera inmediata, aspecto que no parece evidenciarse en el hospital de Sta. M<sup>a</sup> del Cabello, donde la mujer no recibe ningún cargo con nombre específico, siendo en los más de los casos incluso desconocida, reduciéndose en la mayor parte de los documentos a la fórmula de nombrar al hospitalero varón con la

---

<sup>163</sup> Bazán, Iñaki. “De Hospital de San Lázaro y La Magdalena a convento de las Brígidas, pasando por una fuga de monjas”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, nº 136. 4 de diciembre de 1999. Págs. 20-21.



coletilla “y su esposa”. El propio Cepeda, que manejó todo el fondo documental del hospital existente a inicios del siglo XX, lo ordenó y clasificó, expresará siempre las funciones del matrimonio de Sta. M<sup>a</sup> del Cabello en un equitativo plural. Por nuestra parte, a falta de nuevos aportes documentales, mantendremos también la equidistancia señalando a ambos cónyuges como si se tratara de una única figura.

**Barberos y cirujanos:** Las primeras noticias nominales de estos profesionales las obtenemos del libro de actas de 1428, en el que se hace referencia a tres de ellos, dos barberos: Pascual Martines y Pero Gonçales; y un cirujano: David de Oñate. Los testimonios obtenidos de estos tres actores son ciertamente sorprendentes, ya que traslucen una posición social relevante que con posterioridad no somos capaces de ver en las siguientes generaciones, especialmente en el caso de los barberos. La impresión es que su situación proviene más por el ámbito familiar que por su condición de barberos, pero en cualquier caso eso ya nos lleva a algunas hipótesis, como que el oficio de barbero era atractivo para las clases medias al igual que el resto de actividades artesanales en manos de la pequeña nobleza (de la local y la rural llegada tras la disolución de la Cofradía de Arriaga), y en modo alguno era sólo terreno de analfabetos.<sup>164</sup> Por otra parte, los dos barberos no son judíos, a diferencia del cirujano -que era converso-, lo que podría indicar que este oficio, en Vitoria, estaba en manos de cristianos,<sup>165</sup> aunque habrá de matizarse que desconocemos la más que probable existencia de otros barberos en aquellos años y su filiación religiosa.

El caso más llamativo es el de Pascual Martines,<sup>166</sup> que por lo menos desde el año anterior de 1427 ejerce como arrendador de la sisa

---

<sup>164</sup> No obstante lo dicho, a Pascual Martines lo engloba en el grupo de pecheros Díaz de Durana, José Ramón. “Vitoria a fines de la Edad Media. 1428-1476”. Azterlanak nº 2. Diputación Foral de Álava, Departamento de Publicaciones. Vitoria, 1984. Pág. 145.

<sup>165</sup> En el sentido clásico de “cristiano viejo”, en contraposición al de “nuevo” reservado para los judíos conversos y los moriscos.

<sup>166</sup> Aparece sobre todo como Pascoal y, en ocasiones, como Pasqual y Pascual. En dos ocasiones se alude a Pascoal Martines de Salvatierra, pudiendo indicar su origen en esa villa aunque fuera entonces vecino de la de Vitoria. Su presencia es

y propios del concejo, motivo por el cual será un asiduo de las reuniones del concejo y por ende de sus actas; es decir, no lo conocemos por su acción como barbero, sino por ser la cabeza visible de un grupo de inversores que arrendaba los llamados propios del concejo y la sisa (sustracción que se hacía del vino, la sidra y el vinagre)<sup>167</sup> por lo cual, a cambio de una cantidad determinada, sujeta a variaciones al ser un sistema de pujas en subasta, que pagaban al ayuntamiento, se encargaban del cobro de las cantidades correspondientes a las rentas de los bienes municipales considerados como propios y a descontar un porcentaje de los productos incluidos en la sisa. Dada la íntima conexión entre poder económico y poder político que señala Díaz de Durana (pág. 143) es de suponer a Pascual Martines bien situado socialmente, aunque como pechero habría de excluirlo de la clase nobiliaria. Señalábamos cómo esta posición sobresaliente no se debía a su condición de barbero, aunque indirectamente la prestigie, sino probablemente a sus vínculos familiares; en este sentido, hacemos notar la profusión del apellido Martines en las actas de este año de 1428, aunque desconocemos realmente los nexos familiares o si, simplemente, es debido a un cúmulo de casualidades: destaca Nicolas Martines, platero, por ser otro arrendador de la sisa y propios, apareciendo habitualmente a la par de Pascual; también Diego Martines, Alcalde, que en enero, estando enfermo, delega en el escribano Ferrand Martines de Healy; a los que siguen una variada representación de Martines.<sup>168</sup>

---

abundantísima en las actas municipales de 1428-1429, libro primero de la serie de actas del ayuntamiento vitoriano, por lo que no señalamos toda la paginación, siendo su primera aparición en el folio 4 verso, al final del último párrafo.

<sup>167</sup> Puede ampliarse la comprensión de estos conceptos en el capítulo correspondiente a la hacienda municipal en la obra recién citada de Díaz de Durana, pág. 142 y ss. El vino comprado al por mayor no pagaba alcabala, repercutiéndolo en su venta al por menor.

<sup>168</sup> Sin ser ni mucho menos completa, el siguiente listado es sólo una muestra de la nutrida representación del apellido, a veces a secas y la mayoría con algún toponímico pero que, por la coincidencia del nombre probablemente sean los mismos (señalamos aquí sólo los compuestos y los que presentan su oficio): Diego Martines el moço, Juan Martines Dorennin, Andres Martines de Irunna, Juan Martines de Alava bachiller, Pero Martines de Lanclares, Diego Martines de Arratia,

El segundo barbero, Pero Gonçalves, no nos depara menos sorpresas. A un par de escuetas apariciones en las actas municipales, como vecino que acude a los concejos en diciembre de 1428 y enero de 1429,<sup>169</sup> ha de añadirse el gran valor documental de su testamento 20 años después. El 10 de abril de 1448, Pero Gonçalves de Logronno<sup>170</sup> realiza un acto testamentario fundando además una caridad<sup>171</sup> al ver cercano el momento de su muerte: *“temiendome de la muerte que es cosa natural de la qual omne nascido non se puede escusar”*. El contenido del documento muestra a un ciudadano desahogado económicamente, aunque desconocemos si es sólo fruto de su acción como barbero. Tiene una hija viva, Mari Gonçalves, casada con Martin de Sant Vicente, su *“criado”* -que interpretamos como aprendiz-<sup>172</sup> a quienes lega diversos bienes entre los que se halla una pieza de terreno vinculada a la caridad que funda en el presente testamento, aunque sobrevive a otros hijos, ya que pide ser enterrado en la Iglesia de San Miguel, *“en la fuesa a don yazen sepultados mis fixos e fixas”*. Pensamos por tanto en una persona de

---

Juan Martines de Bitoria, Juan Martines de Yçarra, Pero Martines de Vergara, Juan Martines de Landa, Pero Martines de Gauna, Ochoa Martines de Maestu, Lorenço Martines de Lanclares, Juan Martines de Salvatierra, Pero Martines de Arratya, Pero Martines escudero, Pero Martines saetero, Pero Martines de Gerenna, Juan Martines pannero...

<sup>169</sup> A.M.V., AA.MM. Lib.1. Actas de 1428-29. Fol. 46 r. y fol 47 r.

<sup>170</sup> De donde debía ser originario, ya que entre otras disposiciones testamentales manda *“que den para que se digan en misas en sennor Santiago de Logronno çinquenta mrs. por las animas de mi padre e de mi madre”*.

<sup>171</sup> Seguimos el texto transcrito por Díaz de Durana, señalando éste como ubicación del original usado la del Archivo del Cabildo Universidad de Parroquias de Vitoria, caj. Octavoseno, 1-1, copia. En Díaz de Durana, José Ramón. *“Álava en la baja Edad Media a través de sus textos”*. Fuentes documentales medievales del País Vasco, núm. 54. Eusko Ikaskuntza. San Sebastián, 1994. Pág. 75 y ss.

<sup>172</sup> No obstante, Imizcoz distingue entre aprendices y criados al hablar del artesanado vitoriano: *“La casa del artesano era al mismo tiempo la casa del maestro de oficio, con su grupo familiar, la familia que trabajaba bajo su dirección, incluidos los oficiales, aprendices y criados cuando los había”*, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.), *“La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea”* Editorial Txertoa. 1995. Pág. 37. Nosotros sí hacemos la interpretación de criado por aprendiz ya que en el siglo siguiente nos encontraremos a Francisco de Herrera que textualmente dice que asiste a los afectados de peste con sus criados.

cierta longevidad, viudo -no cita esposa- que vive con su hija y marido al que probablemente enseña las artes de la barbería, por lo que ostentaría el grado de maestro,<sup>173</sup> disfrutando además de una buena situación económica que, suponemos, iría parejo a un reconocimiento social; luego, al igual que con Pascual Martines, nos encontraríamos con una cierta idea de prestigio rodeando al oficio de barbero.

El documento testamentario además nos proporciona una valiosa información nominal sobre otros barberos: así, Pero Gonçales deja a “*Juan Dias barbero de Trebinno treinta mrs*”;<sup>174</sup> hace mención que la pieza que deja vinculada a la caridad linda con la que posee Johan Martines de Salvatierra, barbero y tal vez familiar de Pascual a quien también se le nombra con ese toponímico, en cualquier caso un nuevo barbero que posee bienes raíces y por tanto rentas complementarias a su oficio; finalmente, nombra entre los testigos testamentarios a Alfonso de Uncella como barbero, lo que constituye toda una sorpresa ya que a partir de 1466 y hasta 1497, un Alfonso de Uncella aparece nombrado como hospitalero en el hospital de Santa María del Cabello. Consideramos que la probabilidad de que se trate de la misma persona es alta y por tanto, destacamos tan notable peculiaridad de que en los inicios del hospital, aún bajo el patronato de los Ayala, el primer hospitalero conocido fuera también barbero. La ilusión de que esa unificación entre el cuidado inmediato y el instrumental fuera algo premeditado por los patronos del centro para mejorar la asistencia a los acogidos, se tambalea al pensar en dicho hospital como mero centro de acogida para peregrinos, finalidad única para la que se había fundado. Por tanto, nos resulta más realista pensar en que el barbero Uncella pierde facultades para desempeñar su oficio y se ve abocado a sobrevivir junto a su esposa como hospitaleros. Si bien no debe descartarse otras posibilidades, como el hecho de que quizá el trabajo de hospitalero fuera más rentable que el de barbero cuando no existían

---

<sup>173</sup> Punto este algo más que dudoso, ya que la costumbre más generalizada era hacer valer dicho reconocimiento junto al nombre y, sin embargo, sólo se presenta como barbero, es decir como oficial y, lo habitual, era que sólo los maestros podían tener aprendices.

<sup>174</sup> Al utilizar el locativo después del oficio y no tras el apellido, entendemos que se refiere a que ejerce en Treviño y no que es originario de aquel lugar.

ingresos paralelos o cuando no se pertenecía a una familia o círculo social determinado. En cualquiera de los casos queda como elemento llamativo la vinculación entre ambos oficios, lo que podría indicar una cierta representación mental de trabajos o fines sanitarios comunes.

Respecto al tercer nominado en las actas municipales, David de Oñate, ha de señalarse que siempre es nombrado como cirujano, lo que en aquellos momentos y en los posteriores hasta mediados del siglo XIX está bien separado del concepto de médico. David de Oñate no era físico, y por tanto resulta erróneo el trato de médico con el que le etiquetan muchos autores partiendo de la equiparación actual en la titulación académica. Tal como hemos señalado, en la Edad Media y en la modernidad, cirujanos y barberos comparten un mismo espacio con fronteras muy difusas, autónomos en su oficio pero subordinados al dictamen de los físicos, quienes mantenían una actitud despreciativa hacia aquellos artesanos del vil cuchillo y de la sangre derramada. No obstante lo que acabamos de señalar, en el caso Vitoriano se da la circunstancia de que vamos a hallar un médico y un cirujano que son hermanos, lo que a su vez no deja de emparentar ambas profesiones y minimizar las divergencias de origen social y prestigio ocupacional. ¿Quiere decir esto que la generalidad señalada de divorcio entre medicina y cirugía no lo fue tanto?, pensamos que no suficientemente, ya que este ejemplo vitoriano tiene otra peculiaridad, la de que eran judíos conversos con una tradición sanitaria propia, cuyo truncamiento tras su expulsión en 1492 impedirá que este posible maridaje pudiera convertirse en norma, imponiéndose la división que señalábamos. “*Dabyd de Oñate, cirujano*” compartía la peculiaridad de ser judío converso,<sup>175</sup> al igual que el otro cirujano conocido en la Vitoria del siglo XV, Joannes Sanchez de Bilbao, hermano del médico Pedro Sanchez de Bilbao. A diferencia de David no nos consta contratos del municipio con éstos últimos por lo que se les supone ejerciendo privadamente. La importancia de David radica en la evidencia documental del primer contrato del municipio con un sanitario con la

---

<sup>175</sup> Al parecer bautizado en Oñate, de donde toma el toponímico por apellido. Oñate pertenecía a la casa de los Guevara, íntimamente ligada a importantes familias judías.

finalidad de crear un vínculo contractual por el que David se obligaba a ejercer en la ciudad durante un tiempo determinado sin abandonarla, dada la escasez de los mismos y la competencia entre las distintas villas para hacerse con los servicios de aquellos.<sup>176</sup> Al no encontrar algo semejante para los barberos y dado su número respecto al de cirujanos, nos parece evidente que en este momento histórico existían notables diferencias de capacidades entre aquellos barberos y el cirujano converso David. Llamamos la atención cómo a David se le adscribe también tareas en modo alguno documentadas para él, aunque sí se haga para futuros contratos de físicos y cirujanos, tales como asistencia gratuita a los centros hospitalarios municipales; siendo fieles al documento, se le contrata para fidelizar su permanencia en la ciudad y punto. Finalmente, relacionado David con la casta de origen judío dedicada a la sanidad, ha de completarse el grupo documentado a finales del XV con la referencia a “*Antonio de Tornay físico*”, famoso por la petición de la ciudad tras la expulsión de 1492 para que se quedara, dada “*la nesçesidad en que la çibdad e su tierra e comarcas estava de físicos por la yda e absençia de los judios*”,<sup>177</sup> lo que parece incidir nuevamente en la idea de que frente a un colectivo relativamente numeroso de barberos, presumiblemente cristianos viejos, los casos de cirujanos y físicos aparecen individualmente -tomados cronológicamente-, vinculados a la aljama judía y que desaparecerían con su expulsión en 1492 (Tornay en 1493), dando lugar a un nuevo modelo de relación entre los diferentes profesionales sanitarios.

---

<sup>176</sup> A.M.V., AA.MM. Lib.1. Actas de 1428-29. Fol. 4 recto. “...paresçio presente Dabyd çirujano e dixo a los dichos alcaldes e regidores e omnes buenos que bien sabian en como el dicho conçejo se abino e ygualo con el para que bibiese en esta villa en los dos annos pasados e le obieron dar en cada un anno seysçientos maravedis et por quanto el era rogado de otras billas para que fuese a beber alla [por lo que se acuerda] que por quanto el dicho davyd era çirujano dabentaja e cumplia mucho para esta billa e que le fuesen dados en este dicho anno e en el anno primero que viene e dende adelante mientras la voluntad del conçejo fuese los dichos seysçientos maravedis en cada anno...”. Transcripción de Díaz de Durana.

<sup>177</sup> A.M.V., AA.MM. Lib. 4, 1492-1496. Fol. 477 recto.

Además de por las actas municipales, logramos identificar un nuevo barbero a través del listado de la “*Confradya de Santa Maria del Cabello que el Sr. Fernand Pz. De Ayala e la señora D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Sarmiento su mujer han hecho en servicio de Dios en la Ciudad de Vitoria, en la plaza*”<sup>178</sup> del año 1433. En ella aparece, según transcripción de Núñez de Cepeda “Pedro Gonzalo Alfajeme”, sin separar con coma el oficio, aunque Díaz de Durana no duda en interpretarlo como tal (Op. Cit. Pág. 74). Vivía en la calle “junto del mercado”, es decir en el extrarradio sur de la ciudad, cerca del hospital al que pertenece la cofradía y que ésta ayuda a sostener no sólo con limosnas, sino con su propio trabajo rotándose los cofrades por semanas para la supervisión del centro (semanero). Llama la atención sin duda la utilización de la expresión hispanoárabe de alfajeme, que ya habíamos citado respecto a las Partidas de Alfonso X, cuando ya hemos visto que se usa sincrónicamente la de barbero. Desconocemos si ello indica algún tipo de distinción en el oficio o de competencia, o si evoca un posible origen judío de este barbero, dado el sincretismo de la medicina hebrea con la musulmana en Al-Andalus.

Fuera de Vitoria, la aparición de noticias nominales sobre barberos y cirujanos durante el siglo XV es prácticamente inexistente. Sólo a través del archivo de la Real Chancillería de Valladolid<sup>179</sup> logramos hallar dos noticias en relación a sendos pleitos: en 1494 aparece Fernando de Billorado, barbero de Salvatierra acusado de injurias a un vecino,<sup>180</sup> y en 1499 Diego de Arratia, barbero de Murga, y su esposa reclamando la herencia de ésta.<sup>181</sup>

Como vemos, en el caso de Vitoria el número de barberos documentados no es despreciable, teniendo además en cuenta que aparecen en un entorno de fechas cercano y por tanto que podían estar

<sup>178</sup> Utilizamos el listado transcrito por Núñez de Cepeda, Op. Cit. Págs. 92-100. El original se halla en el A.T.H.A. Fondo Hospital Santiago.

<sup>179</sup> Creado en 1371, venía a funcionar como un tribunal de segunda instancia.

<sup>180</sup> A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Registros.Registro de Reales Ejecutorias. L. 70/39 (SM).

<sup>181</sup> A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos Civiles. Escribanía Zarandona y Wals. Pleitos Olvidados. C. 1413/1 – L. 296.

ejerciendo todos a la vez. Si encima valoramos que la documentación conservada es parcial y que la búsqueda, aún con la exhaustividad de nuestros recursos y conocimiento, siempre es incompleta, puede aventurarse que el número aún hubo de ser mayor. De ahí que no nos sorprendiera el hallazgo más importante de este periodo, a pesar de lo escueto del mismo: el de la confirmación documental de que se hallaban agrupados en algún tipo de asociación (gremio o cofradía) con ordenanzas propias en 1490. Conocíamos la existencia de Ordenanzas de la Cofradía de San Cosme y San Damián y San Valentín de Barberos y Cirujanos de la ciudad de Zaragoza de 1455, de Estatutos de una primitiva Cofradía de médicos, boticarios y cirujanos en Huesca en 1480, así como la documentación en Pamplona de la Cofradía de San Cosme y San Damián de médicos, apotecarios, cirujanos y barberos en 1496, pero no teníamos noticia de ninguna en la Corona castellana, de ahí que resaltemos la importancia de este pequeño apunte de la existencia de unas Ordenanzas de barberos en la ciudad de Vitoria en 1490.<sup>182</sup> Dicha noticia se recoge en las actas municipales de noviembre de ese año por las cuales el ayuntamiento solicita a los mayores de los barberos que traigan sus ordenanzas al mismo, a fin de determinar si se ajustaban a derecho, decidiéndose eliminar los artículos 11 y 13 de las mismas,<sup>183</sup> lo que

---

<sup>182</sup> Por otra parte, Armando Mateo señala que las primeras reglamentaciones referidas a los gremios vitorianos se remontan al siglo XVI, citando como las primeras conocidas la de la Hermandad de Sastres y Calceteros de 1539, seguida por la Cofradía de San José que agrupaba a carpinteros, tallistas y oficios afines de 1581. El mismo autor señala la posibilidad de que estos ejemplos no sean sino la confirmación de otras ya existentes previamente y que, en determinados momentos, debieron ser ratificadas por la jurisdicción en cumplimiento de leyes como la de 1556, que establecía la revisión por el Consejo del Reino de este tipo de ordenanzas. Mateo Pérez, Armando. “La vida de los artesanos y el mundo del trabajo”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) “La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea” Editorial Txertoa. 1995. Págs. 334 y 335. Lo que parece confirmarse con el documento de los barberos, esto es, la existencia de reglamentaciones previas al XVI, y que no siempre se ajustaban a la ley.

<sup>183</sup> A.M.V., AA.MM. 1487-1492, Lib. 3, fol. 388v: “*A este ajuntamiento acordaron e mandaron que sean llamados los mayores de los barberos e trayan las hordenanças que tyenen fechas sobre su ofiçio porque la çibdad los quiere ver por quanto se quexan muchos de lo que dellos fazen lo qual mandaron trayan para el*”



indicaría claramente la existencia de una asociación, bien una Cofradía o bien de tipo gremial, al menos con varios miembros organizados jerárquicamente,<sup>184</sup> reglada y organizada en clases. Desgraciadamente no nos ha llegado el contenido de las mismas,<sup>185</sup> así como tampoco sus nombres ni su número, y mucho menos su filiación religiosa, lo que resultaría de gran interés para determinar la influencia, en su número, de la posterior expulsión de los judíos, ya que en fechas posteriores el número de barberos identificados es mínimo, lo que podría estar en relación a dicha expulsión. Otra cuestión a debatir de esta organización de barberos es la de su independencia o no de otros oficios sanitarios. Como hemos citado, las cofradías de la Corona aragonesa y del reino de Navarra, bajo la advocación de los mártires San Cosme y San Damián<sup>186</sup> incluían a

---

*viernes primero*” y fol. 389r : “*A este ajuntamiento mandaron e acordaron que los barberos non usen por via de confirmación de la çibdad de los capitulos de las dichas hordenanças honzeno e treceno por quanto parece non ser justos*”. Agradecemos la transcripción a Ernesto García Fernández.

<sup>184</sup> No sabemos interpretar claramente el término de “*mayorales*”. Su expresión plural parece indicar una vasta organización de barberos agrupados en células bajo un mayoral, los cuales tal vez estuvieran bajo el mando de un sobremayoral (siguiendo el esquema de las vecindades vitorianas). Dado que esto parece bastante impensable, consideramos que tal vez el término mayoral se aplique sobre el maestro que a su vez tiene a sus órdenes a uno o más oficiales y aprendices, perteneciendo todos ellos a la organización barberil.

<sup>185</sup> González Mínguez y Bazán Díaz, Op. Cit., al documentar varios contratos del ayuntamiento con médicos en los que se establecen una serie de cláusulas referidas al salario, a las ausencias, la prohibición de dejar Vitoria por otro partido, o que debían ser moderados en lo que cobraban a los enfermos, consideran la posibilidad de que fueran similares a las Ordenanzas de los barberos. Sin embargo, nuestra opinión es que al solicitar el ayuntamiento que traigan sus Ordenanzas, implícitamente puede considerarse que eran ajenas al concejo, siendo más bien una normativa propia por la que se regía el gremio o cofradía de barberos desde tiempo antes, y que ahora era necesario ajustar a derecho por algún tipo de incompatibilidad que se había manifestado.

<sup>186</sup> Según la tradición, Cosme y Damián fueron dos hermanos gemelos nacidos en Arabia que estudiaron ciencias en Siria y llegaron a distinguirse como médicos. En el año 303 fueron martirizados por su condición de reconocidos cristianos. Cuenta la leyenda que realizaron el primer trasplante colocando una pierna a un hombre que la había perdido en un accidente. La operación fue un éxito aunque el receptor era blanco y la pierna que se le trasplantó era de un negro, característica que marca la

diversos oficios sanitarios, mientras que en el documento vitoriano sólo se habla de barberos. La cuestión no iría a más de no ser porque según Fray Juan de Victoria, al menos cuando él escribe a finales del XVI, existía una Cofradía que englobaba a dichos profesionales: “*La de San Damián es de los médicos, cirujanos, barberos y boticarios, está en un pilar de San Miguel, no tiene renta*”,<sup>187</sup> con lo cual la pregunta se hace evidente, ¿hay conexión entre ambas asociaciones, fueron la misma? Nuestro parecer es que la presencia judía ocupando la escasa presencia de cirujanos y médicos en 1490, cuando tenemos noticias de las ordenanzas de los barberos, hace difícil creer en una cofradía que los uniese dado lo restrictivo y xenófobo del ordenamiento jurídico para con los conversos y judíos en aquellos años previos a su expulsión; por tanto, nos inclinamos a pensar en que la cofradía de San Damián hubo de nacer después, con la llegada de cirujanos y físicos cristianos, aunque probablemente tuviera como base la organización de los barberos. Lógicamente, también es posible que ambas asociaciones continuaran existiendo paralelamente, la de los barberos como gremio, y éste formando parte de la cofradía, junto a cirujanos, médicos y boticarios. En cualquiera de los casos, es evidente que la existencia de esta cofradía indica un punto de encuentro entre estos cuatro oficios, lo que podría aclarar el futuro hincapié del ayuntamiento en regular las relaciones entre ellos para evitar acuerdos corporativos que incrementaran el coste de sus servicios. Igualmente interesante sería conocer el devenir de esta cofradía cuando estos oficios entren en pugna entre sí para definir su espacio competencial a lo largo del siglo XVII.

---

iconografía posterior de los dos hermanos, y que los convirtió en patrones y protectores de enfermos, médicos, boticarios, ortopedistas, cirujanos o barberos y, actualmente, intercesores en la donación y trasplante de órganos y tejidos.

<sup>187</sup> Vidaurrázaga e Inchausti, José Luis. “Nobiliario Alavés...”, capítulo 12. De las cofradías que en Vitoria hay y en las ermitas de su contorno. Págs. 225 y ss. Bazán y Martín afirman que “*otra Cofradía de esta misma advocación existía en la iglesia de San Pedro*”, en Bazán Díaz, Iñaki. Martín Miguel, M<sup>a</sup> Ángeles. “Aproximación al fenómeno socio-religioso en Vitoria durante el siglo XVI: la cofradía de los disciplinantes de la Vera Cruz”. Espacio, Tiempo y Forma, Serie IV. H<sup>a</sup> Moderna, t.6, 1993. Pág. 232.

## Capítulo III. El siglo XVI.

### Peste y Renacimiento.

El siglo XVI nace en Álava con la misma euforia que en el resto de Castilla ante las buenas perspectivas económicas y demográficas que se habían iniciado en la segunda mitad del XV, y que parecían confirmarse con las expectativas dadas tras la unificación castellano-aragonesa y el descubrimiento colombino. Y efectivamente, la posterior colonización americana unida al crecimiento comercial marítimo con el norte europeo dará un brío espectacular al recién unificado -política y religiosamente- reino de España. En esa coyuntura Álava, pero especialmente la estratégicamente situada Vitoria, será un enclave comercial de primer orden donde cambiarán de manos muchos de los productos “locales” del artesanado, el vino o la sal junto a los grandes y emblemáticos productos del hierro y la lana. En tal situación no es de extrañar el decisivo apoyo que la provincia siguió prestando a la corona en el camino emprendido con los Reyes Católicos; de hecho, salvando el posicionamiento del conde de Salvatierra al frente de los comuneros alaveses, a lo largo del siglo de Carlos I y Felipe II la sintonía de intereses entre las clases dirigentes de la provincia y los del emperador y su hijo se tradujeron en una presencia alavesa en prácticamente todas las empresas de la

Corona, especialmente en las referidas a la defensa fronteriza con Francia.

Antes de finalizar el siglo, la evidencia de un cambio en la tendencia demográfica anticipaba la crisis generalizada del siglo XVII. El aumento progresivo de la población alavesa que había hecho frente a las dos primeras epidemias de peste del XVI comenzaría a resentirse en la epidemia de 1564-68 para acentuarse con la gran epidemia que despedía el siglo, ya inmerso claramente en un nuevo ciclo recesivo generalizado. Estas graves epidemias pestilíferas, además de la sangría humana que debieron suponer, conjugaron un mundo de creencias y supersticiones que hubieron de casar con los profundos movimientos religiosos debidos a la Reforma luterana y la Contrarreforma católica, además de poner en evidencia las enormes limitaciones sanitarias, especialmente las médicas aferradas a la doctrina galénica que aún predominaba a pesar de la cada vez mayor autoridad de sus críticos. El renacimiento del mundo clásico llegó también a las artes de la salud que poco a poco lograron romper algunas ataduras de la yatroteología medieval sentando las bases del posterior racionalismo; así, aún manteniendo la fidelidad a la interpretación medieval de la obra de Galeno, se le reinterpreta y corrige a la par que se redescubre directamente a Hipócrates, el valor básico que atribuía a la observación y a la duda, recuperándose también sus “constituciones metereológicas” que, bien con interpretaciones astronómicas o medioambientales, anticiparan las concepciones de salud pública que comenzarán a tomar cuerpo en la centuria siguiente. Como señala López Piñero<sup>1</sup> aunque el desarrollo de la salud pública beba de las ideas y las prácticas del mercantilismo del siglo XVII y buena parte del XVIII, deben señalarse raíces renacentistas de clara orientación premercantilista como el proceso de formación del Estado moderno y su interés en el control de la titulación y ejercicio de las profesiones y ocupaciones sanitarias, la reducción hospitalaria y la separación del enfermo y el pobre mediante

---

<sup>1</sup> López Piñero, José María. “Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista”. Revista Española de Salud Pública, vol. 80, núm. 5, set-oct. 2006. Madrid.

hospicios y hospitales,<sup>2</sup> o el naciente interés por aspectos cuantitativos y cualitativos de la población. A ello habría de sumarse el revulsivo de la peste en los planteamientos de la higiene colectiva que hasta entonces se habrían centrado en la higiene individual orientada a las clases privilegiadas. En este último sentido hacemos resaltar los comentarios señalados por este autor sobre la ordenación de las llamadas *sex res non naturales* durante el siglo XVI (aire y ambiente, comida y bebida, movimiento y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y afectos del ánimo) por su inevitable comparación con las necesidades humanas de las que la enfermería actual ha hecho prácticamente la columna vertebral de su ser y que, como vemos, ya constituían una preocupación en el Renacimiento, si bien sólo para una pequeña parte de la población.

Respecto a la enfermería, habrá de señalarse cómo las epidemias de peste por un lado y la generalización de las armas de fuego en un siglo belicoso como el XVI por otro, encumbrarán a los oficios del cuchillo y las tijeras sobre los teóricos contempladores de orina. Los cirujanos, socialmente mejor situados, habitualmente con formación académica (bachiller) y, a veces, con formación expresa sobre su arte, serán reclamados en todos los ejércitos y, especialmente, en las flotas armadas y comerciales tanto continentales como transatlánticas. El reconocido valor de sus habilidades llevó el estudio de la anatomía a la medicina universitaria y permitió a los cirujanos reclamar escuelas propias donde formarse adecuadamente, abandonando así el empirismo tradicional y dando un decisivo paso hacia su profesionalización y equiparación académica con la medicina. El camino será aún largo, pero la separación profesional entre cirujanos y barberos ha comenzado. Insistimos en la imagen de la famosa clase de anatomía de Vesalio (1514-1564) como representación de este cambio: escena en la que, abandonando el sitial de catedrático y bajando a la mesa de disección, él mismo anatomiza el cadáver prescindiendo del barbero, quien tradicionalmente lo hacía como

---

<sup>2</sup> Elemento básico en los nuevos planteamientos sobre la pobreza como problema que llevarán a varias reglamentaciones por parte de Carlos I y Felipe II siguiendo las ideas de Luís Vives o de Giginta.

manifestación de la separación social, que no profesional, que había existido hasta entonces entre cirujanos y barberos.<sup>3</sup> En Vitoria aún habrá de pasar una centuria antes de poder evidenciar algo semejante, por lo que continuaremos señalando a barberos y cirujanos como parte de la faceta instrumental de nuestro pasado enfermero.

También la enfermería de la asistencia básica se refresca con la brisa renacentista si bien, su camino es en algunos aspectos inverso al de la instrumental. Mientras que la cirugía avanza más en la Europa protestante y sus logros vendrán a nuestro entorno por capilaridad, la enfermería inmediata avanza en la Europa católica a la par de su involución en los países reformistas. La Contrarreforma tridentina hizo hincapié en la reforma de la asistencia a los necesitados, asumiendo buena parte de los conceptos de Vives en este sentido, y si bien no apreciaremos los cambios hasta el siglo siguiente tendrán su inicio a finales de éste. Tres de esas importantes modificaciones podrán verse en Vitoria, por una parte la reducción o concentración hospitalaria, por otra la separación hospitalaria y hospicial<sup>4</sup> y, por último, la aparición fugaz en la ciudad de Hermanos de San Juan de Dios, una de las órdenes religiosas propiciadas por Trento y de clara vocación enfermera que aportarán al “uso y costumbre” hospitalario

---

<sup>3</sup> Habrá de señalarse que Andrés Vesalio era médico, no cirujano, por lo que su revolución docente, alejándose del modelo teórico escolástico, es representativo de una generalización de cambios en todas las profesiones sanitarias que habrán de definir sus competencias en las centurias siguientes, y no sólo entre barberos y cirujanos.

<sup>4</sup> En realidad resulta comprometido hablar de un verdadero cambio; así, en Vitoria ya el hospital de Santa María funcionaba básicamente como asilo y el de Santa María del Cabello como hospital (en principio de peregrinos, si bien como veremos, terminará aceptando enfermos que será ya su objeto de trabajo). Lo que vino a suceder es que la unificación de los mismos implicaba también una unificación de usuarios que, en principio, la resolución de las Cortes de 1578 al crear las “Casas de Misericordia” trataba de evitar, por lo que finalmente se produjo una unificación de rentas de los hospitales vitorianos pero el de Santa María se convirtió en hospicio (es decir continuando más o menos con su función previa) y el de Sta. M<sup>a</sup> del Cabello siguió de hospital. Tampoco ha de olvidarse que la mayoría de los pequeños hospitales rurales terminarán por ser también una respuesta a las situaciones de pobreza y desamparo locales dentro de los mecanismos tradicionales de solidaridad vecinal.

critérios de observación, racionalidad y empirismo. Añadimos una cuarta por simple coincidencia temporal, pero que no obstante puede enmarcarse en la reforma sanitaria del periodo; nos referimos a la reconstrucción del hospital de Santa María del Cabello tras su destrucción en un incendio en 1507 y su ubicación transitoria en una casa junto al portal de barreras, lo que permitió crear un centro de nueva planta concebido específicamente para la finalidad hospitalaria y adaptándose a la corriente constructiva renacentista para estas instituciones.

Habrà de hacerse también referencia a la pervivencia del Camino a Santiago, de cuya importancia en este siglo de crisis y exacerbación religiosa deja buena nota el recorrido hospitalario del Licenciado Martín Gil en 1556, tal y como habíamos señalado en el capítulo anterior. A esa proliferación hospitalaria puede aplicarse más de una lectura; nosotros proponemos dos: por un lado que fueron un apoyo insustituible para el mantenimiento de la ruta jacobea, por lo que si muchos de ellos deben su creación a la existencia del Camino y de los peregrinos, no cabe duda que con posterioridad es el propio Camino y sus usuarios quienes deben su perduración a la existencia de aquellos centros hospitalarios. Y por otro lado, dedicados en general al acogimiento de los transeúntes pobres, peregrinos o no, limitando su uso al pernocte de una noche o dos, salvo inclemencia meteorológica o enfermedad, jugaron un papel decisivo en la movilidad física de la pobreza y en la cobertura de sus necesidades básicas, contribuyendo innegablemente en su control social, limitando respuestas de estos colectivos marginales que pudieran convertirse en potenciales destabilizadores del Estado. Desgraciadamente carecemos para este siglo de datos concretos sobre su actividad, por lo que en buena parte expresamos estas ideas como trasposición de los datos que manejamos a principios del XVIII, pero un ensayo hermenéutico del porqué de su existencia no puede eludirlos del debate sobre la pobreza como problema. De hecho, las disposiciones de las constituciones sinodales del XVII haciendo hincapié en los falsos pobres, mendigos y maleantes a quienes van destinadas las medidas correctoras de un posible abuso, por ejemplo con la restricción temporal al uso de estos centros hospitalarios, las interpretamos en el mismo sentido.

### **III.1. La enfermería en las epidemias de Peste en Vitoria.**

Aunque existen informaciones interesantes de algunos pueblos alaveses sobre la incidencia en los mismos de alguna de las epidemias que azotaron nuestro solar durante el siglo XVI, especialmente de la finisecular, la posibilidad de abarcar toda la provincia con cierta profundidad está muy lejos de poder conseguirse, dadas las grandes lagunas documentales para amplias zonas rurales del territorio. Revisada sucintamente la bibliografía de los casos documentados, los datos en relación a nuestra profesión son prácticamente inexistentes, como cabría esperar del reconocimiento que nuestra labor tiene entre los historiadores, merced al desconocimiento general del valor de nuestro oficio y de nuestra limitada voluntad para darlo a conocer. Decididos a aportar algo más de luz sobre la cuestión, muestreamos alguna documentación a partir de la bibliografía consultada, llegando a la conclusión de que salvando la de Vitoria, de la que hemos extraído un relato secuencial con cierto sentido cronológico, la del resto poco nos iba a aportar.<sup>5</sup> De ahí que, ante la imposibilidad de abarcar toda la provincia con un cierto equilibrio interzonal, y a que, de pretenderlo, en cualquier caso hubiese parecido un relato vitoriano con leves apuntes de alguna otra entidad local, hemos preferido centrar este apartado en los sucesos recogidos en la documentación de la ya entonces ciudad de Vitoria. Ha de matizarse también, y lo recalcaremos más adelante, que al hablar de Vitoria, en principio, se incorporan las aldeas de su alfoz, es decir las que se hallaban bajo su jurisdicción y a las que ocasionalmente se refiere la documentación municipal; sin embargo, resultará manifiestamente llamativo el interés que los dirigentes del concejo y sus escribanos prestan a las noticias según incumban sólo a las aldeas o si afectan también a la ciudad. De esta manera, el impacto de la peste sobre los pueblos de su jurisdicción, cuando Vitoria se mantiene aún libre de la epidemia,

---

<sup>5</sup> Recalcamos que esta conclusión ha sido obtenida tras una revisión superficial de la documentación del periodo de algunos pueblos, y probablemente puedan hallarse más datos de los que, a priori, nos ha parecido. Limitaciones de tiempo material, presupuestarios y de objetivos han contribuido también a esta selección.



queda minimizada a los esfuerzos de la ciudad por mantener sus puertas bien cerradas al posible contagio del exterior, pero apenas relatan lo que sucede en sus aldeas; mientras que al verse afectada la ciudad intramuros, las actas se convierten casi en un diario de lo que acontece entre sus murallas, silenciando aún más lo que pudiera suceder en sus aldeas, pareciendo a través de la documentación que sólo la ciudad intramuros está sufriendo los avatares de la tragedia.

A lo largo del siglo XVI Vitoria sufrió la embestida de la peste en las epidemias de 1504-05, 1519 y 1599 (brotes epidémicos entre 1596-1602), Se considera que pudo librarse de la de 1564-68 -que fue devastadora en otras zonas de Álava<sup>6</sup>-; sin embargo, Núñez de Cepeda refiere que *“en mayo de 1565 hubo de tomar el Ayuntamiento la resolución de cerrar temporalmente este Hospital [de San Pedro] por haberse desarrollado en la Ciudad una peste y haber muerto repentinamente dos asilados en él”*.<sup>7</sup> Bombín, Porres y Reguera aluden a una escasa documentación para esta peste en Álava, pudiendo resistir Vitoria durante los primeros embates gracias al rígido aislamiento de la ciudad tras sus murallas hasta el punto de que *“muchos vecinos llegaron a morir de hambre, viéndose obligado así el ayuntamiento a aceptar la entrada de aquellos que se acercaban a la ciudad con provisiones”*.<sup>8</sup> Finalmente, un acta de las Juntas Generales de Álava de 1565 parece confirmar que Vitoria se vio

---

<sup>6</sup> *“...entre 1557 y 1583 se observa ya un notable descenso [de la población] que en Álava se precipita por la peste de 1564-1568”*. Bombín Pérez, A. “La época del conocimiento y de la ciencia. Siglos XVI y XVII”, en Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983. Pág. 138. También en Enciso Viana, Emilio. “Laguardia en el siglo XVI”. Diputación Foral de Álava, Consejo de Cultura. Vitoria, 1959. Leemos: *“La peste más grave fue la de 1564 en que murieron unas trescientas personas”*, pág. 114.

<sup>7</sup> Núñez de Cepeda y Ortega, M. “Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estíbaliz”. Imprenta del Monasterio de El Escorial, 1931.

<sup>8</sup> Bombín Pérez, A. Porres Marijuan, Rosario. Reguera Acedo, Iñaki. “Medicina en Álava durante la edad Moderna”, en “Historia de la medicina en Álava”, Ramos Calvo, P.M. Dir. Vitoria, 1997. Vemos como también aquí se alude a la Vitoria intramuros, marginando la situación vivida en las aldeas de su jurisdicción.

afectada por la epidemia, aunque desconozcamos sus consecuencias.<sup>9</sup> Por último, ya en el XVII, lograría también eludir la epidemia de 1647-48.

Para 1496 se estima a Vitoria una población de unas 5.000 personas<sup>10</sup> que se mantendría aún un siglo después, tras las pestes de 1504-05, 1519 y de 1564-68,<sup>11</sup> y durante el siglo XVII tras la peste de 1596-1602, y todo ello en buena medida gracias al aporte migratorio del mundo rural hacia la ciudad, lo que da idea de la enorme repercusión demográfica que supuso para Vitoria las epidemias de peste durante el siglo XVI, además de económicas, sociales, culturales y mentales.<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> Actas de las Juntas Generales de Álava, 1502-1800. Edición en Cd-Rom de la Diputación Foral de Álava. Acta del 18/11/1565 Clave 565008 Sig L5/220/R-220R. La transcripción es la de sus autores: “...que la bisita de las hescrituras del archibo de prouinçia que están en la sacristia de monasterio de San Françisco de la çivdad de Bitoria, ...se suspendia, ... por la falta de salud que en la dicha çivdad dizen ay”.

<sup>10</sup> Imizcoz, J.M. Manzanos, P. “Historia de Vitoria”. Editorial Txertoa. San Sebastián, 1997.

<sup>11</sup> Según el Acopiamento de 1537, Vitoria y sus aldeas contarían con 1762 vecinos (Díaz de Durana en “...a la Provincia...”, pág. 127), es decir entre 7048 y 7929 habitantes, que traduciría el fuerte crecimiento documentado en general en Álava entre 1527 y 1557 (Bombín, “La época del conocimiento...”, pág. 138.). Decreciendo bruscamente tras las epidemias de 1564-68 de las que supuestamente Vitoria se libró. El padrón de vecinos de 1578 le otorga a Vitoria una población de 4300 habitantes (en “Vitoria- Gasteiz. POBLACIÓN: Evolución y movimientos migratorios”, vv.aa. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. 1994). Fray Juan de Victoria en su “Nobiliario alavés” a fines del XVI, escribía: “después que Vitoria la nueva vino a tanta disminución de vecinos, Caballeros, Hidalgos, Nobleza, Tratantes, Oficiales y otra mucha gente, ha ido creciendo muy despacio y tan poco que no llega a tener, el año 1584, mil vecinos, habiéndose salido de ella mucha nobleza y acabado muchos apellidos de linajes. Y podemos decir que casi todos los que hay son de poco acá”, y Charo Porres en su artículo “1599: el año que trajo la peste a Vitoria” (Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz nº 69. Vitoria, 1996) cita para 1599 que “Vitoria no alcanzaba por entonces los 5.000 habitantes”.

<sup>12</sup> Una evolución demográfica sobre el territorio alavés, en la Edad moderna, puede verse en Bombín Pérez, A. “Las Juntas Generales de Álava en la Edad Moderna”, capítulo “Los hombres: evolución y entorno”. Del mismo autor también en la referida “La época del conocimiento y de la ciencia. Siglos XVI y XVII”.

De todas las epidemias sufridas en Álava durante el siglo XVI, la más documentada es la que afectó a Vitoria y sus aldeas fundamentalmente el año 1599, aunque los brotes se iniciaron en 1598, cuando se detectan los primeros casos de peste en pueblos de la jurisdicción de Vitoria que, en sucesivos brotes, mantendrá la ciudad en vilo hasta finales de 1601. La gravedad de la situación queda bien representada en la mortalidad atribuida a esos brotes epidémicos, ya que durante el año 1599 se baraja que murieron aproximadamente 2.000 personas,<sup>13</sup> de los aproximadamente 5.000 habitantes calculados para Vitoria, si bien parece que la mayor mortalidad se dio en las aldeas de su alfoz, con lo que hablaríamos de una población ligeramente superior. Como en las epidemias anteriores, la documentación que hace referencia a estos críticos momentos donde la enfermedad y la muerte se hacen cotidianos hasta dejar su impronta en la mentalidad de aquellas gentes, se convierten en una de las pocas fuentes para conocer nominalmente la presencia de los profesionales sanitarios que las afrontaron, así como de los recursos técnicos y terapéuticos de la época. Aunque habrá de matizarse que el conocimiento de estas epidemias se sustenta en la documentación generada y conservada, por lo que los acontecimientos ajenos a los grandes núcleos se hallan prácticamente silenciados. Un caso evidente es el acontecido en las aldeas de la jurisdicción de Vitoria en los brotes de finales del XVI, en los que la información se multiplica en 1599 cuando la ciudad es afectada intramuros, mientras que casi es inexistente durante 1598 y 1600 en que “sólo” se vieron invadidas las aldeas, generándose una parca documentación circunstancial en el ayuntamiento vitoriano de quien dependían. Luego ha de matizarse que la percepción que tenemos de las repercusiones de aquellas epidemias está, en gran medida, condicionada por el filtro que supone

---

<sup>13</sup> El cálculo lo realizó un coetáneo, el bachiller Martín Pérez de Viñaspre, cura de Lanciego. Enciso Viana, E. “un noticiario del siglo XVI” transcribe así la cita: *“aunq por la contratacion q avia con vitoria no se escapo la dicha ciudad, aunq tenia gran cuidado en guardar, que tambien entro la peste en ella y duro mucho, aunq como todos los heridos los sacaban a la casa que para esso tenian deputada, respecto de lo que duro, no murio mucha gente en Vict. Que según se dixo no pasaron de dos mill personas”*.

depender de la documentación generada por Vitoria en función de lo que a ella le repercutía.

### III. 1. 1. La enfermería inmediata.

Sobre los profesionales sanitarios que hubieron de afrontar las epidemias pestilíferas durante aquél siglo tenemos noticias muy incompletas y dispersas, tanto para los barberos y cirujanos como para los que hemos señalado que ejercían de hospitaleros en los distintos centros de peregrinos y asilares (normalmente en forma de matrimonio, por lo menos en los de patronato municipal, y habitualmente sin hijos por aquellas fechas). Especialmente son escuetas las informaciones sobre estos últimos, de los que apenas llegamos a saber algo más que el nombre del marido, pareciendo incluso desaparecer en los listados generales que permiten a los historiadores aproximar una estadística demográfica de nuestro territorio. Así por ejemplo Ernesto García,<sup>14</sup> basándose en un censo fiscal de 1537, cita a 15 profesionales de la salud en Vitoria, lo que constituiría un 3,6% de los relacionados en dicho censo: 4 boticarios, 3 médicos, 6 barberos, 1 hospitalero y 1 saludador;<sup>15</sup> sin embargo, sabemos que los 5 hospitales existentes en la ciudad contaban con la figura del hospitalero o matrimonio hospitalero, que se encargaba del cuidado inmediato, aunque únicamente nos ha llegado noticia nominal de los tres hospitales de patronato municipal: Magdalena (San Lázaro), Santa María y Santiago (Santa María del Cabello).

---

<sup>14</sup> García Fernández, Ernesto. “Gobernar la ciudad en la Edad Media: oligarquías y élites urbanas en el País Vasco”. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 2004.

<sup>15</sup> Los saludadores tenían la “facultad” de “sanar” con su saliva y aliento, por lo que hicieron del saludo con fines curativos un oficio muy lucrativo, siendo contratados sus servicios tanto por particulares como por municipios. Hay diversas creencias sobre los mismos, una extendida era que la capacidad curativa de un saludador la heredaba su séptimo hijo. El diccionario de la Real Academia Española lo define taxativamente como “*embaucador que se dedica a curar o precaver la rabia u otros males, con el aliento, la saliva y ciertas deprecaciones y fórmulas*”.

En el hospital Santiago, durante el siglo XVI, ejercieron bajo el nombre de Síndicos u Hospitaleros un matrimonio sin hijos del que solamente contamos con el nombre del marido:<sup>16</sup>

Martín López, 1497-¿1507?

Juan de Elorriaga, 1508-1516.

Fernando de Marquina, 1516-1535 y 1539-1546. Desconocemos si lo fue también entre 1535 y 1539.

Hernando de Artaza, 1546-1551.

Pedro Ortiz de Artaza, 1551-1557.

Pablo de Golernio, 1557-1558.

Juan de Lubiano, 1558.

Juan de Acosta, 1558-1561.

Diego de Acosta, 1561-1562.

Francisco de Gámiz, 1563-1573.

Jerónimo de Lalastra, 1573-1585.

Jorge de Oñate, 1585.

Antonio de Gomecha, 1585-1588.

Pedro Vélez de Larrea, 1588-1589.

Juan de Zabala, 1590-1591 y 1592-1593

Miguel de la Rosa, Hermano Hospitalario de Juan de Dios, 1592 y 1593-1595.

Hermano Juan, Hermano Hospitalario de Juan de Dios, 1593-1595, junto al anterior.

Francisco Hernández de Salamanca, 1595-1598. Fue además Administrador.

Sebastián Díaz de Sevilla, 1598-1600.

En el hospital de Santa María, bajo el nombre de Síndico o Alcalde, Núñez de Cepeda cita a:

Juan de Zumelzu, 1526-1537.

Juan López de Amárita, 1537-1564.

---

<sup>16</sup> Fuente Núñez de Cepeda, Op. Cit. En el capítulo siguiente presentamos un estudio a partir de los registros sacramentales del A.D.V. donde sacamos a la luz varios nombres de esposas hospitaleras.

### Juan de Murguia, 1564-¿1590?

Finalmente, en el hospital de San Lázaro o Casa de la Magdalena, denominándose Síndico al marido y Cofradesa o Mayordoma a su esposa, encontramos a:

Juan Sánchez de Echávarri y su mujer María Ruiz de Ortiz, 1488-1511.

Pedro Martínez de Arratia junto a la viuda del anterior hasta 1522 y luego con su esposa Martina de Galarreta, 1511-1532.

Juan López de Ozaeta y sus esposas Gracia de Zumaeta y Teresa de Luco, 1532-1562.

Gregorio de Lazcano y su mujer Isabel de Landa, 1562-1576.

Además de estos hospitaleros que ejercieron en los centros de patronato municipal, tenemos noticia de la existencia de un hospitalero, Martín de Escoriaza, que ejercía en los años 1537-38, sin que podamos precisar su ubicación.<sup>17</sup> Destaca de este último que no pagó nada en los censos de alcabalas de esos años, situación que parece atribuirse a quienes gozaban de alguna prerrogativa especial, como ser asalariados municipales, lo que dificulta aún más su ubicación.

La actuación de estos hospitaleros durante las epidemias de peste, aunque debió de ser importante, no ha dejado constancia en los libros de actas, lo que podría entenderse como una muestra del escaso valor conferido a su labor. Sin embargo, viendo también la escasa mención de otros profesionales sanitarios de mayor consideración y analizando qué trata de destacar el escribano en sus actas, observamos que, principalmente, anota los trabajos extraordinarios que realizan los profesionales sanitarios bien cuando no son contratados municipales o bien cuando, siéndolo, son tareas sobreañadidas a las estipuladas en su

---

<sup>17</sup> García Fernández, Ernesto. “Una fotografía social de la población urbana vitoriana: el ‘préstamo’ de 1489 y los censos de alcabalas de 1537 y 1538”. En “Bilbao, Vitoria y San Sebastián: espacios para mercaderes, clérigos y gobernantes en el Medioevo y la Modernidad”. VV.AA. Servicio editorial de la Universidad del País Vasco. Bilbao, 2005.

contrato (básicamente atención gratuita a los pobres en los tres centros hospitalarios de patronato municipal); es decir, levanta acta de trabajos que han de ser remunerados por el Concejo porque no están incluidos en las obligaciones suscritas con aquellos sanitarios. Por tanto, veremos por ejemplo, cómo algunos barberos de los que conocemos su existencia en estos dramáticos momentos no son mencionados ni una sola vez en las actas, lo que no quiere decir que no trabajaran en aquellos desdichados días, simplemente ha de entenderse que no fueron contratados por el ayuntamiento o que sus labores estaban dentro de las pactadas en el contrato anual con el concejo. Fundamentalmente lo veremos en los brotes epidémicos finiseculares, donde de los dos cirujanos contratados por la ciudad para asistir a sus hospitales, prácticamente sólo se cita a uno de ellos, Francisco de Herrera, al que se manda realizar atenciones extraordinarias a las aldeas de la jurisdicción vitoriana (ajenas por tanto a su contrato) a cambio de una prima económica. Mientras que su compañero Esteban de Uriarte sigue con su labor habitual en la ciudad y en el hospital Santiago sin mención alguna en las actas hasta que la epidemia salpica su trabajo, desbordándolo, al usarse el hospital Santiago para atender también a los afectados.<sup>18</sup> Resulta también reveladora la expresión de una queja de Herrera señalando cómo la prima que le pagan por tan peligrosa labor no compensa la pérdida de clientes en la ciudad que, en su ausencia, recurren a otros profesionales que en ningún momento se mencionan en las actas, pero que evidentemente existen y trabajan. Por tanto, subrayamos que el silencio documental de aquellos matrimonios hospitaleros en modo alguno debe interpretarse como una desvalorización -o desprecio- de su labor, considerando que lo único que demuestra es que continuaron

---

<sup>18</sup> A este respecto, resulta interesante reseñar que los historiadores de este periodo coinciden en señalar que ninguno de los hospitales, “*tampoco el Hospital de Santiago [...] había recogido a un solo enfermo de peste por la prohibición expresa que se había estipulado sobre ello*” (Porres, Charo, Op. Cit. refiriéndose a la epidemia de 1598-99), lo que resulta paradójico al comprobar cómo en esas fechas el número de barberos que asistían al hospital Santiago, normalmente 1 ó 2, se multiplica, lo que sólo se explica por el incremento de la demanda a causa de la peste. Más adelante insistiremos en este tema.

realizando sus labores, acordadas en sus respectivos contratos, de manera escrupulosa -ya que de haber quejas, éstas se hubieran mencionado o castigado- a pesar de las dificultades de aquellos días.

Conocida su labor en los hospitales vitorianos, que en algún momento también se verían salpicados por las epidemias, sin embargo, desconocemos si también fueron consignados hospitaleros, o alguna otra figura que ejerciera los cuidados básicos de aquellos -lo que reafirmaría una fundamental aunque callada labor- a los centros de acogida/aislamiento de los apestados (ermitas de San Cristóbal, Santa Marina, San Juan y Santa Lucía, la casa de la dehesa de Olárizu y el Campo<sup>19</sup> de los Palacios) situados extramuros de la ciudad, y con la suficiente dispersión como para pensar que lo razonable es que existieran, ya que los asistidos requerían de una continuidad de cuidados y era preciso atender rápidamente los casos de fallecimientos -a quienes se atribuía mayor riesgo-, además de la vital función de guardián para evitar violaciones del rígido aislamiento. Reafirma esta idea el hecho de que al menos en la última epidemia se establecen centros de aislamiento por cohortes, separando los invadidos de los convalecientes para evitar reinfecciones. Por último en este sentido, señalamos que en la epidemia de 1519 algunas tareas de enterramiento las realiza un barbero, encargándose también de otras tareas relacionadas con los apestados, por lo que tal vez en esa epidemia la continuidad de cuidados estuviera a su cargo; mientras que en la finisecular se contrata a un grupo de camilleros-enterradores procedente de Lequeitio (Vizcaya), con labores que parecen más cercanas al del matrimonio hospitalero, que bien podrían sustituir a éstos en las ermitas. Efectivamente, en octubre de 1598 para cubrir las necesidades en las aldeas jurisdiccionales de Vitoria, donde se dieron casos de peste desde agosto y dado que nadie quería salir de la ciudad

---

<sup>19</sup> Micaela Portilla (op. Cit. Pág. 131.) señala cómo Lorenzo de Prestamero en el siglo XVIII lo denominaba el prado “Campo Santo”. Posteriormente, una relación de los bienes propios del ayuntamiento de Vitoria realizada en 1810, en plena ocupación francesa, por el Gobernador de Vizcaya, el General Thouvenot, identifica este lugar como “Camposanto de los Palacios”. Gaceta de Vitoria-Gasteiz nº 26, Vitoria 1994.



para involucrarse en ello,<sup>20</sup> se procedió a contratar a dos hombres y dos mujeres de Lequeitio a los que se asigna funciones de enfermería inmediata al estilo de las cubiertas por los matrimonios hospitaleros en los hospitales de la ciudad, así como funciones de enterrador,<sup>21</sup> ya que la situación de temor generalizada hacía fracasar todos los mecanismos de solidaridad vecinal incluido algo tan sacralizado como la inhumación, por lo que se hacía necesario contar con personas expuestas que cumplieran tan necesaria labor. La razón de ser de ambos sexos obedecería a la misma razón que en el caso de los hospitaleros; la escrupulosa separación de salas para hombres y mujeres y, probablemente, la división de tareas al margen de las asistenciales: higiene de ropas y salas para las mujeres y enterramientos para los

<sup>20</sup> Una vez que se salía de las murallas y se entraba en contacto con zonas apestadas, ya no se le dejaba volver a la ciudad intramuros, viéndose obligado a permanecer en las aldeas hasta la remisión del brote.

<sup>21</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 78r. 1-10-1598:

*“En este ayuntamiento fue propuesto que los dos hombres y dos mugueres que se trajeron de la Villa de Lequeitio para servir los enfermos apestados e los lugares de Lorriaga, Arcaute, Arcaya, Betoñu y los demas [que] sucedieren [...] sirven a los enfermos segun se entiende con cuidado y son personas de importancia para aquella necesidad [por lo que] acordaron y mandaron que los salarios corran a delante a los dichos hombre y mugueres por quenta de dicha ciudad en la forma que hasta aquí los an tenido asta que otra cossa esta ciudad provea”.*

A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 90 r. 4-11-1598:

*“En el ayuntamiento los dichos señores regidores hizieron relación de la enfermedad contagiosa de Peste de los lugares dela juridicion desta ciudad y que se va estendiendo. Asi en los lugares de Betoño, Arcaya, Gamarra Mayor como en otros y las diligencias que se van haziendo para el reparo [...] de la dicha enfermedad asi con el cirujano que tienen puesto como con los enterradores y mugueres que han hecho traer de la villa de lequeytio para regir y curar los enfermos y enterrar los que van muriendo y limpiar las cassas y ropa apestada y sospechosa a los que les tienen señalado sus salarios [...] En ellos todos los lugares donde a tocado y tocare la dicha enfermedad y bisto por los dichos señores y aviendo tractado y conferido sobre ello y quees justo que paguen los dichos salarios y costa. Los lugares aPestados, acordaron y mandaron que los dichos lugares de gamarra Mayor, Vetoñu y arcaya y los demas lugares dela juridicion deonde a tocado y tocare la dicha enfermedad contribuyan en la paga de los salarios deldicho Cirujano, enterradores y personas a Riba dichos desde dia que toco en ellos la dicha enfermedad y sean servido y sirven de los dichos Cirujano, Enterradores y mugueres”.*

hombres. Aunque no tengan un oficio designado en la documentación resulta evidente el paralelismo con las funciones del matrimonio hospitalero por lo que no ha de negárseles la actividad enfermera.<sup>22</sup> Finalmente, durante el brote de 1599 en la que se vio afectada la ciudad intramuros, la situación se hizo tan insostenible que hubo de abrirse las puertas del hospital de Santiago a los afectados de peste; la carga debió exceder las capacidades del matrimonio hospitalero, ya que en San Miguel de aquél año hay dos curiosas peticiones de dos enfermeras (así se expresan) que solicitan su salario por el ejercicio de sus funciones, sueldo que reconocen a una, pero no a la otra desconociéndose los motivos.<sup>23</sup> No se especifican que funciones realizarán, aludiendo genéricamente a “*regir y gobernar*” y “*tegiendo y gobernando los enfermos de contagion*”, lo que a priori no sugiere actividades auxiliadoras de los hospitaleros, sino más bien las propias de éstos. ¿Sería acaso una suplencia por enfermedad del matrimonio?

---

<sup>22</sup> Coincide en fechas con la contratación de esta cuadrilla de Lequeitio con la disposición de las Juntas Generales de Álava de aprobar una “*Limosna a la villa de Lequeitio... pues sería tan accepta y justificada, y demás les quedaría el reconocimiento perpetuo de ella*”. Actas de las Juntas Generales de Álava. 1502-1800. Edición en CD-Rom de la Diputación Foral de Álava. Acta del 5/5/1598 Clave 598008 Sig L7/346R-346R. Se mantiene la transcripción de sus autores.

<sup>23</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 147r. y 148v. 27-9-1599:

*“En este ayuntamiento ante los dichos señores fue trayda y leyda una peticion de magdalena de ocamica, enfermera por la que dize que a mas de treze meses que por mandado de los Señores regidores sea ocupado en el ospital de santiago desta ciudad y en el de olarizu a regir y gobernar las personas enfermas de contagion y lo aecho con mucha voluntad y cuidado como lo an vistolos señores regidores e pide e supplica asu merrcedes le manden librar y pagar [...] bistala dicha peticion y la relacion sobreello hizieron los señores regidores que estan presentes, dixeron que no a lugar lo que pide la dicha madalena de ocamica y que los señores regidores para otro dia de Sanmiguel la despidan” y “...una peticion de maria de latorre que por mandado delos señores regidores sea ocupado en el ospital del señor santiago desta ciudad dos meses y medio tegiendo y gobernando los enfermos de contagion que sean regogido a curar en dicho ospital y convalcientes que avido y ay [...] supplica a sus mercedes manden se le libren y paguen la dicha ocupacion y trabajo y si para adelante hubiere decontinuar en el manden señalar salario, e por los dichos señores vista leyda peticion y la relacion sobre ello hizieron los señores regidores acordaron y mandaron los dichos señores regidores libren y manden pagar a la dicha maria de latorre sesentay seis reales”.*

En cualquier caso, estamos ante el primer testimonio del término enfermera que datamos en Vitoria, documentando con posterioridad a Magdalena de Pinedo, con la peculiaridad de que aparece dentro de una relación de criados de la familia Ocio/Salazar, y no en una institución hospitalaria como las anteriores, desconociéndose tanto el alcance del término como de sus funciones.<sup>24</sup>

### III. 1. 2. La enfermería instrumental.

Otra suerte correrá la rama enfermera del cuidado instrumental, representado por los barberos y cirujanos, de cuya labor existen escasos pero representativos documentos como para sacar a la luz su papel trascendental en las mismas. Resulta difícil establecer su número y sus nombres fuera de los que aparecen mencionados en los centros caritativos municipales, lo que será una tónica general a lo largo de la historia de estos profesionales, ya que la mayoría realizaba su labor de modo privado sin apenas generar documentación. Este será el caso de los barberos que desarrollaron su labor en la epidemia de 1504-05, ya que apenas se levantó acta de aquellos sucesos por la huida y dispersión de los miembros del concejo; mientras que, como esperábamos, será la propia epidemia de 1519 la que nos permita conocer a buen número de ellos, gracias a que su labor fue recogida en las actas municipales, que, de otro modo hubieran quedado relegados al olvido. Algo parecido ocurre en 1598-99, aunque en este caso la mayor parte ya se citaban en el hospital de Santiago al utilizarse este hospital para la atención de los apestados y por la necesidad de cubrir la ausencia de uno de los titulares que atendía en las ermitas y aldeas.

De los años 1504-05, solamente se tiene constancia de la existencia del barbero que asistía al hospital Santiago, el cual todavía

---

<sup>24</sup> A.H.P.A., ES.01059.AHPALAVA/45.19//21939. Archivo familiar Ocio-Salazar. Cuentas Particulares. Salarios de pastores y criados desde el día de San Juan de junio de 1639 a mismo día de 1640. Aún más tarde, en 1700, documentaremos a Catalina Lopez de Ilarraza como enfermera dentro de un protocolo notarial de *“cuenta y partición de bienes entre los hijos de los difuntos vecinos de Amarita...”*, en A.H.P.A., ES.01059.AHPALAVA/1.6//29638.

estaba bajo patronato particular, Juan Sánchez de Elorriaga, aunque a tenor de las referidas ordenanzas de barberos de 1490 hemos de sospechar que muy probablemente existieran bastantes más barberos, si bien, como comentábamos, desconocemos la influencia que sobre aquel gremio tuvo la expulsión de los judíos de 1492, y por tanto, no podemos descartar que fuera ésta la causa de tan exiguos datos para unos acontecimientos tan cruciales como la epidemia de peste de 1504-1505. De hecho, nuestras revisiones documentales sólo pueden aportar, en esos dos años, la existencia de otro barbero que era vecino de Vitoria, y que suponemos ejercería en dicha ciudad, Juan de Azua,<sup>25</sup> quién con el tiempo volverá a aparecer vinculado al hospital de Santiago entre los años 1530 y 1535. De los años inmediatamente posteriores a la epidemia tenemos constancia de la presencia de otros dos barberos, Ochoa de Azua,<sup>26</sup> datado en 1506, y Sancho de Oñate, datado en 1508,<sup>27</sup> pero que con mucha probabilidad ejercían ya en los años de la peste. Un poco más alejado, de 1515, es la datación de Romiro de Anda que, aunque pertenecía a la Hermandad de Vitoria,

---

<sup>25</sup> Tanto de éste como de los demás, los datos se han obtenido del archivo de la Real Chancillería de Valladolid, donde se dirimían los pleitos en segunda instancia. En el caso de Juan de Azua, es a través de una demanda de su esposa, Marina de Gauna, contra su padre a quien acusa de haberle quitado ciertas telas, trigo, cebada y otros productos de su casa y a quien reclama, además, 3000 maravedíes que falta de su dote. A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos civiles. Escribanía Quevedo. Pleitos fenecidos. C-417/5, leg. 96. 01/01/1505-31/12/1507.

<sup>26</sup> A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Registros. Registros de Reales Ejecutorias. C-205/21. 10/05/1506. En dicha ejecutoria Ochoa de Azua acusa a Diego de Bedia, vecinos ambos de Vitoria, de “*desflorar y embarazar*” a su hija, María de Azua. No logramos determinar un parentesco entre Juan y Ochoa de Azua, pero es conocida la relación familiar en los sistemas gremiales, por lo que tampoco puede descartarse el vínculo entre ambos. Por otra parte, la presencia de una hija en edad fértil implicaría ya un barbero maduro, lo que incide en la probabilidad de que ya ejerciera en la epidemia de 1504-05.

<sup>27</sup> A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos civiles. Escribanía Quevedo. Pleitos fenecidos. C-766/3 Leg. 172. 01/01/1508-31/12/1516. En este caso, nuestro barbero Sancho de Oñate es demandado por poseer unas casas sobre las que hay tributo de aniversario y memoria pía.

parece que no era vecino de la ciudad,<sup>28</sup> motivo quizá por el cual no volvemos a tener noticia suya en la inminente epidemia de 1519.

La situación cambia en los 15 años siguientes, ya que para la epidemia de 1519 documentamos nuevamente la idea de un colectivo que, además, parece tener algún tipo de jerarquía. Se trata de 7 cirujanos-barberos, de los que dos de ellos son tratados con mayor distinción en las actas municipales, el bachiller Diego del Molino y el maestre Pedro de Mendiola, y otros 5 de menor consideración en los documentos municipales: Antón de Herenchun, maestre Juan de Averasturi, los hermanos Pedro y Juan de Durango, y Martín de Herenchun. La distinción entre estos barberos-cirujanos puede observarse al inicio de la epidemia, en 1518 (todavía no en Vitoria) cuando el ayuntamiento reúne a los profesionales sanitarios para decidir las medidas a adoptar y donde sólo se nombra a los dos primeros con su nombre:

*“A este ajuntamiento fueron llamados los doctores medicos e los çerujanos e voticarios de la çibdad moderadamente los dichos dotores Felipe e Gamis e mestre Pedro de Mendiola e maestre Diego e los otros çerujanos e barberos...”*<sup>29</sup>

Como vemos, a los dos primeros se les denomina cirujanos, y lo seguirán denominando así en documentos posteriores, mientras que los otros 5 quedan englobados en ese *“otros çerujanos e barberos”* más indeterminado. Y sólo parcialmente logramos entrever la distinción, ya que los criterios académico y gremial no sirven por sí solos para establecer las diferencias. Así, sólo uno de los dos cirujanos que sobresalen en las actas tiene título académico (el bachiller Diego

<sup>28</sup> Actas de las Juntas Generales de Álava. Acta del 11-5-1515 Clave del acta 515001 Sig L1/F229R-234 V: *“...Una petición que hechó por parte de Pero de Aránguiz, vecino de Lermada, en que pidió rremisyón de una condepnación ... que contra él dieron los alcaldes de hermandad de la çibdad de Vitoria sobre un bue de Rromiro de Anda, barbero...”*.

<sup>29</sup> A.M.V., AA.MM. 1518-1522, Lib. 10, fol. 573v, párrafo 3º.

del Molino),<sup>30</sup> siendo el otro nombrado por la máxima distinción gremial (el *mestre* Pedro de Mendiola), como también es nombrado uno de los 5 restantes, *maestre* Juan de Averasturi que, sin embargo, luego veremos que se le nombra como barbero a cargo de Pedro de Mendiola. Por tanto, suponiéndoles a todos “aprobados” por sus respectivos tribunales –que no nos consta-, parece que la distinción entre los dos primeros y el resto de cirujanos y barberos sería extralaboral, debida a su posición social, tal vez familiar, y no a una mayor o menor competencia en el oficio, ya que Vitoria no contará con un cirujano “*de toda ciencia y experiencia*” hasta 1736, momentos en los que ya el carácter académico tendrá un gran peso al incluir efectivamente formación específica sobre anatomía y técnicas quirúrgicas; serán denominados cirujanos académicos, anatómicos, mayores o ilustrados, y representan el corte que utilizaremos para separar la cirugía de la enfermería en nuestro área. Finalmente señalar que tampoco el ejercer o no como contratado municipal, fuera de la excepcionalidad de la peste, es debido a un mayor rango académico o gremial; así, el empleado en el hospital Santiago entre 1516 y 1529 será el citado Bachiller Diego de Molino, nombrado siempre como cirujano, mientras que posteriormente le sucederá, entre 1530 y 1535, Juan de Azua, nombrado siempre, hasta su muerte, como barbero, no volviéndose a encontrar un cirujano con título académico hasta el Bachiller Salsamendi, contratado entre 1592 y 1598.

Por otra parte, merced a los expedientes de la Real Chancillería de Valladolid, sabemos que el barbero Juan de Azua fallece el año 1535, cuando cesa su actividad en el hospital de Santiago, o como muy tarde en 1536,<sup>31</sup> por lo que también le tocaría ejercer durante esta

---

<sup>30</sup> Aunque en la cita mostrada es denominado *maestre*, con anterioridad, en la primera noticia que tenemos de él, es denominado como *bachiller*. En cualquier caso, una muestra más de la indefinición clara de los profesionales sanitarios.

<sup>31</sup> A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos civiles. Escribanía Lapuerta. Pleitos olvidados. C-597/7, leg. 235. 01/01/1533-31/12/1536. El expediente alude a un embargo tras una sentencia de 1530 en razón del inventario y liquidación de los bienes paternos y maternos. “*Catalina de Azua, vecina de Vitoria, contra Juan de Azua, barbero, difunto, con Benito de Oñate, curador de sus hijos, vecinos de Vitoria*”. Advertimos de nuevo esa posible vinculación familiar

epidemia, aunque evidentemente no contratado por el municipio. También es posible que viviese todavía el barbero Sancho de Oñate, que en 1516 sigue enfrascado en el pleito anotado.<sup>32</sup>

En el periodo entre esta epidemia y la finisecular -saltamos por tanto la de 1564-68- parece que persiste la idea de un colectivo amplio de cirujanos-barberos que, como había quedado señalado, estarían asociados en torno a la Cofradía de San Damián. A la continuidad del Bachiller Diego del Molino al menos hasta 1529, no podemos acompañarla de datos sobre la supervivencia de sus compañeros en la epidemia de 1519, ya que no vuelven a citarse en la documentación manejada; si bien sí aparecerán con posterioridad algunos de sus apellidos, barajando la posibilidad de que fueran familiares. A Molino le sucederá el mencionado Juan de Azua a cargo del hospital hasta su fallecimiento en 1535, apareciendo citado a partir del año siguiente, en un largísimo periodo ejerciendo en el centro municipal hasta 1572, Martín Hernando de Aberasturi, el cual se vería ayudado a partir de 1570 con un segundo barbero, Pedro de Maturana. De esos mismos años treinta, a partir de los censos de alcabalas de 1537 y 38 estudiados por Ernesto García (op. Cit), se extrae la labor de Pedro de Aberasturi, dos Pedro de Maturana,<sup>33</sup> Benito de Oñate,<sup>34</sup> Mateo de

---

entre los diferentes barberos en función de las asociaciones de apellidos. Señalamos también que el término “curador” alude a la custodia o tutoría, no a aspectos sanitarios.

<sup>32</sup> Se trata de un nuevo expediente con la ejecutoria del pleito con fecha del 19 de junio de 1516. A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Registros. Registros de Reales Ejecutorias. C-310/34.

<sup>33</sup> Se supone que son dos personas ya que cada uno de ellos paga los 17 maravedíes de alcabala señalados para su oficio. Aunque no pudiera descartarse otros motivos, porque su compañero Juan de Sarralde paga el doble, 34 maravedíes -¿tal vez por ser maestro y el resto oficiales?-, lo mismo que el doctor Vélez, médico. Por otra parte, tampoco sabemos con seguridad si alguno de los dos se corresponde con el Pedro de Maturana que localizamos en el hospital Santiago entre 1570 y 1572.

<sup>34</sup> De Benito de Oñate tenemos también noticias a través del Nobiliario alavés de Fray Juan de Victoria (Vidaurrázaga, op. Cit. Pág. 189.), quien señala al “*maestre Benito de Oñate, barbero*” en un pleito por la apertura de tiendas en el arrabal por algunos vecinos cuando sólo estaban autorizados a hacerlo barberos y mesoneros.

Oñate y el maestro Juan de Sarralde.<sup>35</sup> Vemos nuevamente cómo se reiteran ciertos apellidos que, aún no pudiendo relacionar fiablemente el parentesco de la mayoría, parece incidir en la idea gremial de utilizar como aprendices a hijos o familiares que el maestro toma a su cargo hasta completar su formación. En el capítulo siguiente señalaremos algunas de las líneas familiares constatadas documentalmente para barberos y hospitaleros. Por último, también en 1536 se cita en un acta de las Juntas Generales “...*Que Pero Urtiz de Heguiluz, barbero, vezino de Vitoriano, está condenado a Seissçientos maravedis*”,<sup>36</sup> y en el catálogo del archivo del Monasterio de Barriá aparece el “*maestre Joan barbero*” asistiendo en “*Axpuru*” en 1543 a un pleito de dicho concejo con el monasterio.<sup>37</sup>

Finalmente en la epidemia finisecular, dada la virulencia atribuida a la misma y especialmente a la grave situación vivida dentro de las murallas de Vitoria en el año 1599, que llevó incluso a utilizar el hospital de Santiago para recibir enfermos de peste, disponemos como fuentes tanto las actas municipales como los fondos documentales del hospital, por donde pasaron la mayor parte de quienes actuaron en aquellos trágicos días: Francisco de Herrera y Esteban de Uriarte, quienes comienzan a trabajar en el hospital de Santiago en 1572, sustituyendo a Martín Hernando de Aberasturi y a Pedro de Maturana; el Bachiller Salsamendi, datado entre 1592 y

---

Los dos Oñate no pagan alcabala, desconociéndose el motivo. En principio no los ubicamos como contratados municipales, por lo que su exención quizá se debiera a su capacidad económica: ¿eran pobres, ancianos,...

<sup>35</sup> Juan de Sarralde aparece también documentado en 1536 en un acta de las Juntas Generales de Álava. Acta del 5-5-1536 Clave 536002 Sig L3/F363R-367R: “... *el pleito que trata Juan de Sarralde, barbero, e Juan de Nanclares, el dicho Juan de <Sarralde>? Abia alegado que el diputado general non es superior de los alcaldes de hermandad, e los alcaldes de hermandad abian asystido a lo alegado por el maestre*”.

<sup>36</sup> AA.JJ.GG. Acta del 5-5-1536 Clave 536002 Sig L3/F363R-367R.

<sup>37</sup> “Catálogo del archivo del Monasterio de Santa María de Barriá”. Boletín de la Institución Sancho el Sabio, año XXI, Tomo XXI. Vitoria, 1977.



1598;<sup>38</sup> Francisco De la Cruz, los años 98 y 99; Agustín de Ocio, en las mismas fechas; Bartolomé López de Guevara en 1599; Bonifacio Audibert en 1600 y, al final de la epidemia, volviendo a recuperar la normalidad y continuidad en el hospital, a Pedro Prancudo entre 1601 y 1614. Además de éstos, a través de las actas, añadimos también la esforzada actuación durante esta epidemia –falleció en ella- del barbero vitoriano Pero Ortiz de Zarate, de quien ya teníamos datos en 1585,<sup>39</sup> así como la de los también barberos Simón de Gaceo y Joan Ramos de Arregui, y el mancebo barbero Damián Gonzalez de Dicastillo.<sup>40</sup>

De la labor realizada por estos profesionales tenemos noticias muy dispersas que van desde la crónica en la finisecular con un protagonista destacado, Francisco de Herrera, pasando por la acción comunitaria de los barberos y cirujanos en la de 1519, hasta la casi inexistente durante primera epidemia de 1504-05. Tal como ocurriera en Venecia durante la Peste Negra del trescientos donde se recogía cómo *“los cirujanos y barberos abren y queman las pústulas producidas por la peste, practican sangrías, escarifican y purgan. Los médicos ilustrados aconsejan, recetan medicinas y escriben informes. Muchos huyeron ante la peste, mientras los cirujanos se quedaban a atender a las gentes humildes”*,<sup>41</sup> durante la epidemia de 1504-05 el médico de la ciudad se encontraba en paradero desconocido ya que había huido desatendiendo el compromiso alcanzado con el

<sup>38</sup> Con anterioridad se documenta en el hospital a Juan de Novillas entre 1583 y 1590, que lo excluimos arriba por no coincidir con las fechas epidémicas, y no volver a tener referencias suyas.

<sup>39</sup> A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos Civiles. Escribanía Fernando Alonso. Pleitos Fenecidos. C-363/1, leg. 77. 01/01/1585-31/12/1587. En relación a una demanda que realiza por la compraventa de un macho.

<sup>40</sup> Como veremos, tanto Damian como Agustín de Ocio son denominados *“macebos barberos”* cuando llegan a la ciudad en julio de 1599 acompañando al cirujano Bartolome Lopez, es decir, serían sus aprendices. Posteriormente a la epidemia, mientras que carecemos de informaciones de Damián, veremos que Agustín termina ejerciendo en el hospital de Santiago como barbero.

<sup>41</sup> Cid, Felipe. *“Crónica de la Medicina”*, adaptación española de *“Die Chronik der Medizin”* dirigida por Schott, Heinz. Editorial Plaza y Janés. Barcelona, 2004.

ayuntamiento.<sup>42</sup> No fue el único, ya que se produjo una huida masiva de la población hacia las montañas y aldeas de los alrededores llevándose las escasas reservas de trigo de la ciudad.<sup>43</sup> El ayuntamiento se trasladó a aldeas vecinas (primero a Betoño y después a Gamarra) y el escribano público estaba en otra contigua (Ilárraza), lo que explicaría la escasez de documentos durante el periodo. Dentro de las murallas quedarían, únicamente, los apestados con sus familias; quienes no pudieron huir antes de cerrarse las puertas de la ciudad; y los cuidadores (hospitaleros y barberos cirujanos).<sup>44</sup> Debió ser tal la labor de estos últimos que fue *“aumentándose su prestigio hasta el punto de que llegaron a atreverse a firmar recetas...”*<sup>45</sup>

Las epidemias estudiadas fueron precedidas en el tiempo por sendas crisis de subsistencia en el mundo rural que dejaron desabastecidos a los centros urbanos y, con ello, favorecieron la inmunodepresión de su población que quedó indefensa a merced de la

---

<sup>42</sup> González Minguez, C. Bazán Díaz, I. “La medicina en la Álava medieval. Entre la metafísica y la superstición” en “Historia de la medicina en Álava”, Ramos Calvo, P.M. Dir. Vitoria, 1997.

<sup>43</sup> La huida se encontró con algunas dificultades, como la negativa de los vecinos de Arcaya a acogerlos mediante el edicto de una ordenanza que prohibía acoger a los vecinos de Vitoria bajo multa de 2000 maravedís. Esta ordenanza sería denunciada por la ciudad de Vitoria aludiendo a que carecían de jurisdicción para ello –Arcaya pertenecía al alfoz vitoriano-, lo que contrasta con la propia actuación de la ciudad en las próximas epidemias, que se cierra a cal y canto de sus aldeas –afectadas por la enfermedad- merced a sus murallas. A.R.Ch.V. Pleitos Civiles. Escribanía Zarandona y Wals. Pleitos olvidados. Caja 147/11. Leg. 34.

<sup>44</sup> Vemos en el uso de estas murallas otro juego de ventaja de la ciudad. Si la epidemia atacaba las aldeas se cerraba en banda impidiendo que entraran en Vitoria los lugareños de su jurisdicción aunque no estuvieran infectados; pero si la situación era la contraria, no dudaban los vitorianos sanos en huir a esas aldeas de su jurisdicción y dejar encerrados a los enfermos. Las aldeas, sin murallas ni puertas, se veían imposibilitadas de pagar a la ciudad con la misma moneda. Así, la ciudad de Vitoria no duda en llevar a los tribunales al concejo de Arcaya porque en la peste de 1504-05 elaboraron una ordenanza por la que prohibían acoger a vecinos de Vitoria, afectada por la peste. A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos Civiles. Escribanía Zarandona y Wals. Pleitos Olvidados. C-147/11, leg. 34.

<sup>45</sup> Núñez de Cepeda, Op. Cit.

enfermedad. La falta de higiene y el desconocimiento de la cadena epidemiológica fueron otras causas concurrentes de los cíclicos brotes epidémicos. En la ciudad, en cuanto se tenía conocimiento de la existencia de peste en algún lugar cercano o con el que se mantenía relaciones comerciales, se ponía en marcha una serie de medidas conducentes a impedir el contagio de la ciudad. La más inmediata e importante era el cierre de las puertas de la ciudad, tratando que el recinto amurallado permitiera un aislamiento protector frente al riesgo externo, o si ya existía el contagio dentro de la misma, para dejar aislados a los infectados mientras los sanos huían a las aldeas vecinas. Como queda citado, en algún caso como en 1564, el aislamiento se llevó a las últimas consecuencias imponiéndose frente al abastecimiento y llegando a morir de hambre muchos de sus vecinos, lo que sugiere el enorme pánico que había dejado en el sustrato mental de aquellas gentes la epidemia de 1519, y que también explicaría el porqué en 1598-99 muchos vitorianos eludieron el aislamiento quizá por temor a morir de hambre.

Como algunas edificaciones formaban parte de las propias murallas, o estaban adosadas a ella, podía franquearse el bloqueo, al igual que por aquellos accesos que se dejaban abiertos para el imprescindible suministro, por lo que se hacía indispensable poner vigilancia en las puertas de la ciudad a cargo de personas de toda confianza en los que se depositaba la mayor de las responsabilidades, siendo necesario también que fueran instruidos para leer los salvoconductos que indicaban la procedencia de los viajeros y si aquel lugar estaba libre de peste o no. Una de estas personas honradas sería el barbero Pedro de Durango, al que además se le señala como encargado de las cosas y enfermos relacionados con la epidemia:

*“A este ajuntamiento acordaron e mandaron que paguen a pedro de durango [...] el salario que la çibdad le mando por este anno por que tubiese cargo de las puertas de la çibdad e cosas contagiosas y enfermos ...”*<sup>46</sup>

<sup>46</sup> A.M.V., AA.MM. 1518-1522, Lib. 10, fol. 658r, párrafo 1º.

El fraude podía representar para el guarda penas de hasta dos años de destierro en las disposiciones que se redactan para proteger la ciudad ante las noticias de peste en Valencia que llegan en 1647. Ese año se escribe una *“Instrucción para los guardas”* que bien podía aplicarse para la labor que realizara Pedro de Durango:

*“... que los guardas que sepussieren en los portales pidan a quales quiera personas de cualquier estado que sean bolectas y registros de donde bienen y de que hay salud en las partes donde salen y que se les intime que sino los trajeren de hoy en adelante no seran rezevidos y seran expelidos de la çiudad y su juridicion y sino fueren de partes conocidas las quemaran todas las mercadurias que trajeren consigo y que los vezinos y moradores y habitantes desta çiudad y su juridicion saliendo de ella traigan testimonios y bolectas de donde bienen [...] y que las personas no conocidas por el tracto o por la lengua, o por el traje aun que bengan por los caminos y puertas donde ay salud se examinen con sus recados diligentissimamente por los fraudes y engaños que facilmente se pueden hazer en esto...”*<sup>47</sup>

Otra de las actuaciones del ayuntamiento era consultar con los profesionales sanitarios para determinar los pasos a seguir. Como ya hemos visto, en la epidemia de 1519 fueron llamados los cirujanos y barberos, además de médicos y boticarios:

*“A este ajuntamiento fueron llamados los doctores medicos e los çerujanos e voticarios de la çibdad moderadamente los dichos dotores felipe e gamis e mestre pedro de mendiola e maestre diego e los otros çirujanos e barberos e vien asy al bachiller martin vernat e juan descoriaça e andres de landa boticarios e asy juntos ablaron los medicos sobre el mal contagiosos que dios nos guarde e dieron sus paresceres...”*<sup>48</sup>

Entre las medidas acordadas estaba el visitar a los contagiados y prestarles los cuidados que se considerasen oportunos, para lo cual

---

<sup>47</sup> Extraído de Bombín Pérez, A. Porres Marijuan, Rosario. Reguera Acedo, Iñaki. Op. Cit.

<sup>48</sup> A.M.V., AA.MM. 1518-1522, Lib. 10, fol. 573v, párrafo 3º.

*“...acordaron e mandaron que maestre Pedro de Mendiola tenga cargo de visitar a los enfermos contagiosos si los oviere e que tome dos barberos para sangrar e nombraron a Antón de Herenchun e a maestre Juan de Averasturi para que tengan cargo de sangrar a los contagiosos...”*<sup>49</sup>

La sangría era uno de los pilares terapéuticos de la medicina galénica basada en el equilibrio de cuatro humores o fluidos básicos, y debió ser el tratamiento más empleado por nuestros barberos, así, encontramos un informe en el que Pedro de Mendiola, junto a los barberos Martín de Herenchun y los hermanos Juan y Pedro de Durango, dan cuenta de una de sus actuaciones:

*“dos ijas del dicho juan sanches de maturana estan en la cama de este mal de pestilençia con sendas manchas en las ingles e que la vna se sangro e la otra que non le salio sangre”*.<sup>50</sup>

En una situación tan catastrófica como la vivida por aquellas gentes durante las epidemias de peste, no resulta extraño que el ánimo de estos profesionales vacilara y que se documenten casos de negativa a trabajar con los apestados. Es el caso de Francisco de Herrera en el brote de 1599, a quien el ayuntamiento advierte que *“...en casso que no lo quiera hazer de beneplácito sea compelido a ello por todos los medios necesarios de manera que se consiga...”*, y, habiéndose negado fue *“preso con grillo y cadena”*.<sup>51</sup> Finalmente, como veremos en el siguiente apartado, a quien dedicamos un monográfico por su especial valor documental, visitado por los regidores en la cárcel, *“y a mucha persuasión”*, logran convencerle para que acepte el encargo a cambio de un magnífico, si bien breve, salario de tres ducados diarios.

Otro aspecto de la epidemia de peste en el que también participaron los barberos fue el de los enterramientos, ya que la situación de temor generalizada hacía fracasar todos los mecanismos de solidaridad vecinal incluido algo tan sacralizado como la inhumación, por lo que se hacía necesario contar con personas

<sup>49</sup> A.M.V., AA.MM. 1518-1522, Lib. 10, fol. 573v, párrafo 4º.

<sup>50</sup> A.M.V., AA.MM. 1518-1522, Lib. 10, fol. 576r.

<sup>51</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, Lib. 26, fol 128r.

responsables y honradas que cumplieran tan necesaria labor. Uno de los elegidos será el barbero Pedro de Durango, al que ya habíamos visto cómo el ayuntamiento le encargaba de las cosas contagiosas y enfermos, además de tener a cargo las puertas de la ciudad.

*“en este ajuntamiento acordaron e mandaron que paguen a pedro de durango quatro reales que gasto en enterrar a sancho que murio en el prado de harmentia de pestilencia... ”.*<sup>52</sup>

Habíamos citado también la fundamental labor realizada durante la última epidemia por el grupo contratado en Lequeitio, tanto en actividades enfermeras de atención básica como en las de enterramiento.

La dramática situación de aquellos momentos, el pulso diario con la muerte y la amenaza constante de la enfermedad lógicamente llevó a un quebrantamiento de las normas sociales de convivencia, que en Vitoria se correspondía con las ordenanzas de las vecindades, siendo un claro exponente las alusivas al ritual funerario. Analizando esta situación desde el punto de vista de las mentalidades, González y Bazán<sup>53</sup> no dudan en reflejar en Vitoria las descripciones de Giovanni Boccaccio en su “Decamerón” sobre la Peste Negra:

*“Era raro que acompañaran a los cuerpos hasta la iglesia más de diez o doce vecinos y éstos no eran honrados y apreciados ciudadanos, sino una especie de enterradores, salidos del bajo pueblo, que se hacían llamar ‘sepultureros’ y cobraban por sus servicios; cargaban a hombros el ataúd y se lo llevaban presurosos, no a la iglesia que el muerto había dispuesto, sino a la más cercana, detrás de cuatro o seis clérigos con pocos cirios y a veces sin ninguno; éstos no se molestaban demasiado en celebrar oficios largos y solemnes y, con ayuda de los sepultureros, arrojaban lo antes posible al difunto a la primera fosa que encontraban”.*

---

<sup>52</sup> A.M.V., AA.MM. 1518-1522, Lib. 10, fol. 658r, párrafo 1º.

<sup>53</sup> González Mínguez, César. Bazán Díaz, Iñaki. “La medicina en la Álava medieval. Entre la metafísica y la superstición”, en “Historia de la medicina en Álava”, Ramos Calvo, P.M. Dir. Vitoria, 1997. Pág. 140.

### III. 1. 3. Conclusiones.

Tomadas globalmente, las epidemias de peste del siglo XVI generaron la mayor parte de la escasísima documentación sanitaria existente en el periodo de tránsito entre la Edad Media y Moderna, lo que nos ha permitido identificar nominalmente a una gran cantidad de profesionales enfermeros que, de otra manera, hubieran quedado en el anonimato, tal como sucede con los años inmediatamente anteriores y posteriores a este periodo, en los que únicamente se documenta a aquellos profesionales que ejercían su labor en los hospitales de patronato municipal y, básicamente, sólo su nombramiento y su relevo. Igualmente hemos podido conocer parte de su actividad en estos extraordinarios sucesos y comprobar cómo sus competencias profesionales se extralimitaban a otros campos merced a la afinidad de un nexo común como es el cuidado en la vida y en la muerte, debiendo ser percibidas como fundamentales durante las epidemias, por lo que la población les otorgó un reconocimiento que les impulsó a mantener unas prácticas usurpadas, probablemente delegadas durante los momentos de crisis, pero que no se ajustaban a derecho en los periodos interepidémicos, lo que daría lugar a las acusaciones de intrusismo, que se verán a lo largo del siglo XVII pero que tienen su raíz en la actuación de estos prácticos de la cuchilla y las tijeras durante las epidemias de peste, especialmente en la finisecular, que supieron proporcionar a la población esperanzas de supervivencia a través de la presencia continua, el contacto físico y la intervención instrumental -independientemente del resultado final-, elementos ausentes en la medicina que todavía se aferraba irracionalmente a los principios teóricos del galenismo.

De entre los profesionales sanitarios que atendieron a los contagiados en la epidemia a estudio, destacaron las ramas enfermeras del cuidado inmediato y, sobre todo, instrumental frente a las médicas, que carecían entonces del conocimiento y la capacidad necesaria para aportar algún beneficio. La forma en que la ciudad gestionó los recursos humanos sanitarios para hacer frente a la amenaza no están claros, pero por la proporción de datos recogidos en las actas municipales parece concluirse que el gran peso de la asistencia recayó

sobre los asalariados municipales que hubieron de afrontar los brotes como parte del contrato asistencial que tenían con el ayuntamiento a cambio de una cantidad fija anual, si bien, recibieron una compensación, a primera vista cuantiosa, por el trabajo extraordinario que suponía la atención a los numerosos contagiados por la enfermedad. El trabajo asistencial podríamos dividirlo geográficamente en extramuros e intramuros:

Extramuros: fuera del recinto amurallado de la ciudad se recogía en varios centros (ermitas, borde de Olárizu, casa de los Palacios, etc.) a los casos confirmados de peste y probablemente a enfermos dudosos; y separados en otros recintos a los casos que mejoraban o convalecían. Era el trabajo más duro y de mayor riesgo para nuestros profesionales ya que, al menos en la epidemia de 1598/99, se obligaba al asalariado a permanecer en dichos centros con los apestados impidiéndole regresar a la ciudad hasta que se daba por finalizado el brote, incluida una cuarentena final profiláctica, lo que en la práctica suponía una atención continuada de 24 horas durante los meses que durara el brote, alejado de la familia, sin poder atender a su clientela de la ciudad con el riesgo de perderla y con el miedo permanente al contagio y a la muerte. Unas penosas condiciones difícilmente compensables sólo con dinero. En estos centros la asistencia gira en torno a los enfermeros y enfermeras que realizaban cuidados básicos a los contagiados y al entorno (higiene del medio y las ropas - probablemente no de los pacientes-, alimentación, temperatura, movilización, oración -no hay un solo testimonio de actividad sacerdotal directa con los apestados-, duelo y enterramiento), y a los barberos y cirujanos que realizaban cuidados instrumentales: aplicación de medicamentos (ungüentos, cataplasmas, diuréticos, lavativas, etc.) pues hay un gasto considerable de botica, pero sobre todo la aplicación de sangrías, de la que hay testimonio directo y que es el pilar terapéutico básico de la medicina del momento. Aunque la diferencia del aporte documental entre las distintas epidemias es enorme y, en consecuencia, parecen más llamativas las actuaciones de los más documentados, entre los profesionales de la asistencia inmediata destacan los hombres y mujeres contratados en Lequeitio durante la última epidemia, lo que da testimonio de la dificultad para



encontrar dentro de la ciudad y su jurisdicción a vecinos capaces de enfrentarse a la peste; mientras que entre los cirujanos y barberos, representantes de la línea instrumental enfermera, destaca sobre manera la actuación de maese Francisco de Herrera, cirujano romancista, durante los brotes epidémicos del fin de siglo.

Intramuros: dentro de la muralla la actividad fundamental era realizar un diagnóstico precoz y diferencial entre las personas que iban enfermando, de tal manera que lo antes posible pudieran ser evacuadas a los centros extramuros y así evitar un incremento de los contagios dentro del recinto. No sabemos la sensibilidad ni especificidad de estos diagnósticos, aunque la máxima de más vale prevenir que curar facilitase la inclusión como apestados de falsos positivos. Esta tarea sería también realizada por asalariados municipales, probablemente por los dos médicos que tenía la ciudad y también por cirujanos, como vemos a Herrera durante el último brote. Cabe pensar que otros cirujanos asalariados, como Uriarte, apenas mencionados en las actas, también realizarían esta labor además de atender los hospitales administrados por el ayuntamiento. Respecto a estos hospitales, llama la atención que sea durante el periodo en que han de ser utilizados como centros de atención a los apestados (al menos el de Santiago) cuando ocurran los fallecimientos de profesionales sanitarios observados (De la Cruz, Ortiz de Zárate y Vidania)<sup>54</sup> y que trabajaban intramuros, lo que puede deberse a un doble fenómeno: por una parte el mayor número de casos dentro de la muralla durante ese brote, el de 1599, y por otra, su menor práctica en el trabajo diario con los apestados que se ven obligados a atender como pacientes del hospital. Dentro del cuidado inmediato, nos

<sup>54</sup> Como curiosidad, Enciso Viana señala para Laguardia el fallecimiento del médico y un barbero en la epidemia de 1564. Desconocemos el nombre de este último y de aquellos años sólo documentamos en Laguardia y su comarca a Juan Pardo que es contratado como barbero en 1575 (Enciso Viana, Emilio. “Laguardia en el siglo XVI”. Diputación Foral de Álava, Consejo de Cultura. Vitoria, 1959. pág. 114) y a Pedro López de Iturrita, datado en 1579 (A.R.CH.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos Civiles. Escribanía Zarandona y Wals. Pleitos Olvidados. C-1482/3, leg. 307).

llamaba la atención la presencia de enfermeras en el hospital Santiago, lo que podría deberse a una incapacidad del matrimonio hospitalero del mismo. Finalmente, otra actividad de salud pública fundamental dentro de la muralla, fue la salvaguarda de los accesos a la ciudad que, en los brotes de la última epidemia, fueron realizados por vecinos de las diferentes vecindades, mientras que en la de 1519 tuvieron una participación directa barberos de la ciudad.<sup>55</sup>

Finalmente, la actuación de estos profesionales no podemos evaluarla a través de resultados en función de la morbimortalidad, ya que desconocían el mecanismo etiopatológico de la enfermedad y su cadena epidemiológica, por lo que sus prácticas basadas en un empirismo aciéntífico sólo podrían aminorar la sintomatología o tener un carácter paliativo. Sin embargo, a través del cuidado percibido, las actas municipales sí nos transmiten una alta valoración de sus capacidades y una disposición que, como poco, podríamos calificarla de sacrificada. Así, la forma en que el ayuntamiento fuerza a Herrera a continuar con tan ardua labor, al inicio del tercer brote finisecular, sólo puede entenderse desde el miedo atroz de la población a quedar

---

<sup>55</sup> AA.JJ.GG. Acta del 7/5/1597 Clave 597011 sig L7/329V-330R.

*“...se acordó que si algunos biniessen de otras partes fuera de la dicha prouinçia, ... han de traer testimonio d’escruiano que diga de qué lugar viene y cómo a estado allí por lo menos treinta días y que dé fee que ay salud y no ningún rrastro de la dicha enfermedad, y que se an de guardar de no rreçebir frailes d’ela horden de San Françisco, por quanto se saue que de Castro an salido algunos y andan en algunas partes, y otras más, que en esta pruinçia no an de dexar entrar a nengún pobre que no sea vezino yt conoçido desta tierra y que se sepa que no a salido della; más que tanpoco an de rreçeuir a ningún pobre françés ni de los que bienen en rromería a Santiago; y asimesmo no an de rreçevir ni dexar descargar ninguna fruta de naranjas y limones ni mercadurias ni merçerías que bengan de Flandes ni França ni a personas de allí ni a portuguesses que bengan de allí, ni tanpoco pescados frescos ni escabeches, sin que traigan testimonio de que bienen destos puertos de acá, como es de Lequetio, Bermeo, Motrico y Alçola.*

*...Y otrosí que no rreçiuau ni dexen entrar en esta probinçia ningún cantero ni ofiçial ni dexarles trabaxar en ninguna parte de la probinçia, sino echarlos fuera della. E otrosi que nengún vezino e natural desta probinçia salga ni baya las sobredichas partes e lugares ni a las ferias de Hurdunia, Medina de Pumar, Quexana ni otras ningunas partes...”*

desatendida y a no contar con sus servicios. De manera genérica puede considerarse como imprescindible la labor realizada por estos barberos, lo que se vería correspondido por los ciudadanos de Vitoria otorgándoles su confianza cuando perdían el precario equilibrio de su salud. Este incremento de su prestigio a raíz de su actuación durante las pestes del siglo XVI queda documentado tras los brotes epidémicos que registró la ciudad entre 1596 y 1602. Los barberos y cirujanos estaban siendo llamados en muchas ocasiones con preferencia al médico, e incluso recetaban medicamentos.<sup>56</sup> Esta situación despertó grandes disputas entre los distintos profesionales que se alargarán en el tiempo ocupando buena parte del siglo siguiente.

### **III. 2. Maese Francisco de Herrera, un barbero-cirujano en la peste de 1599 en Vitoria.**

De entre los profesionales que participaron en la epidemia finisecular sobresale la actuación de maese Francisco de Herrera, barbero-cirujano<sup>57</sup> de la ciudad de Vitoria, cuyos servicios y dedicación se ven salpicados de alabanzas y acusaciones de mala praxis, castigo y recompensas que dejaron su testimonio en los libros de actas municipales, permitiéndonos reproducir con su persona no sólo los cruciales acontecimientos del momento, sino también los quehaceres profesionales de la enfermería en aquellos difíciles tiempos. Su acción resulta tan llamativa que hemos considerado oportuno resaltar su figura en un apartado propio, aunque no deja de

---

<sup>56</sup> Núñez de Cepeda, Op. Cit.

<sup>57</sup> Herrera es siempre denominado como cirujano hasta septiembre de 1599, en que tras ser acusado de cohecho desaparece de la escena durante dos años, apareciendo luego bajo la denominación de barbero, desconociéndose si fue resultado de algún tipo de castigo (tal vez se le retiró su condición de aprobado por el Real Protomedicato), o quizá fuera debido al tipo de contrato que acordara con el municipio. Al margen de ello, siempre es denominado con el título artesano de Maese o Maestro en la documentación, a diferencia de su coetáneo Salsamendi, también cirujano y que ostenta el título académico de bachiller, por lo que podríamos ubicar a Herrera como cirujano romancista.

ser una continuación del previo dedicado, de manera general, a las epidemias pestilíferas.

Documentalmente las primeras referencias a Francisco de Herrera son de 1572, fecha en la que junto a Esteban de Uriarte comienza a prestar servicio en el hospital de Santiago o de la Plaza, sustituyendo a Martín Hernando de Aberasturi y a Pedro de Maturana -de quien Herrera era hijo político- que lo habían prestado hasta ese año.<sup>58</sup> La asistencia al hospital implicaba estar asalariado por el ayuntamiento -que tenía el patronato del mismo- y hacer asistencia gratuita a los pobres, lo que no impedía el ejercicio liberal siempre y cuando no se descuidaran las obligaciones contraídas con el Concejo. No sabemos su salario en los años previos a la peste, pero probablemente sería de 10 ó 15.000 maravedíes anuales, que es lo que se pagaba en el hospital Santiago a otros cirujanos en ese periodo.<sup>59</sup> Herrera es siempre denominado en la documentación municipal como maese o maestro, sin ningún otro calificativo de rango académico, por lo que puede suponerse que se trataba de un cirujano romancista cuya formación, tanto en el oficio de la “*ferramentarum incisio*” como en lo académico hubo de basarse en la tradición empírica de corte gremial; es decir, debió entrar como aprendiz en casa de un maestro, tal vez su propio suegro, para seguir a su cargo como oficial hasta alcanzar el grado de maestro, lo que le permitía independizarse y coger a su cargo nuevos aprendices. Probablemente la consideración de maestro implicaría el estar aprobado por el Real Protomedicato, aunque no tenemos constancia en ningún documento de la coetilla de

---

<sup>58</sup> Núñez de Cepeda y Ortega, M. “Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estíbaliz”. Imprenta del Monasterio de El Escorial, 1931.

<sup>59</sup> En realidad existe bastante disparidad en los salarios, aunque probablemente influían aspectos que desconocemos como el tiempo servido o actividades extraordinarias. Así mismo, a lo largo del XVI-XVII los salarios pasaron de librarse por el ayuntamiento a ser pagados por el propio hospital, lo que hubo de influir necesariamente ya que el hospital únicamente pagaría las actuaciones en el mismo y no en otros requerimientos municipales. Tampoco conocemos el peso de este salario en los ingresos totales de estos profesionales, al carecer de datos sobre su actividad particular, ya que las cifras que luego se pagarán durante las epidemias en los que se exigía dedicación absoluta, están mediados por una necesidad acuciante que sin duda distorsionaría al alza sus ingresos.

“aprobado”, que generalmente se añadía al oficio como lustre del mismo. Sus conocimientos serían los aprendidos de su maestro más los que añadiera su propia experiencia práctica que, a tenor de lo esgrimido posteriormente por el ayuntamiento, se tenían en gran estima.

Dado que en 1572 ejerce por su cuenta ha de entenderse que ya entonces era maestro y, en consecuencia, -suponiéndole en Vitoria, fundamentalmente por el parentesco con Pedro de Maturana-, probablemente vivió de manera más o menos activa, bien como aprendiz o como oficial, los brotes epidémicos entre 1564 y 1568 en los que tomaría conocimiento del mal de peste. Estos brotes debieron tener escasa incidencia dentro de las murallas de la ciudad gracias al férreo control de sus entradas aún a expensas de morir por falta de abastecimiento,<sup>60</sup> pero dado que en toda epidemia que azotó Vitoria la ciudad estableció lazaretos extramuros donde recogían a los afectados de la villa como de las aldeas de su jurisdicción y donde residían sus cuidadores, por poca incidencia que se produjera, sin lugar a dudas los profesionales sanitarios la vivieron plenamente.

### III. 2. 1. Primer brote. Del 7 de agosto al 13 de octubre de 1598.

Herrera volvería a enfrentarse a la peste, esta vez con la responsabilidad de su maestría, en los devastadores brotes que azotarían a la ciudad de Vitoria y a las aldeas de su Jurisdicción fundamentalmente los años 1598 y 99, dando un trágico inicio a un de por sí fatídico siglo XVII. Las primeras noticias de esta nueva peste, llamada atlántica por el espacio geográfico que afectó, desde el mar del Norte a Marruecos, llegan a Vitoria en el verano de 1596 aunque tardará dos años hasta llamar a las puertas de la ciudad. Como en

---

<sup>60</sup> Bombín, Porres y Reguera aluden a una escasa documentación para esta peste en Álava, pudiendo resistir Vitoria durante los primeros embates gracias al rígido aislamiento de la ciudad tras sus murallas hasta el punto de que *“muchos vecinos llegaron a morir de hambre, viéndose obligado así el ayuntamiento a aceptar la entrada de aquellos que se acercaban a la ciudad con provisiones”*.

epidemias anteriores, ésta fue precedida en el tiempo por crisis de subsistencia en el mundo rural que dejaron desabastecida a Vitoria.

Como la ciudad logró contener aquél brote en sus murallas, que actuaron como aislamiento protector, su actividad estuvo destinada a las aldeas, cuyos habitantes, afectados de peste –u otro malestar dudoso-, eran aislados en la ermita de Santa Marina hasta su muerte o mejoría. En caso de recuperar salud eran reconducidos a la ermita de Santa Lucía,<sup>61</sup> en un claro ejemplo de aislamiento de cohortes, hasta la desaparición del brote en la zona.

Por un documento posterior, sabemos que Francisco de Herrera asistió en la epidemia desde el mismo inicio de la misma, el 7 de agosto de 1598, con un salario de 24 reales diarios hasta el 20 de septiembre<sup>62</sup> en que comenzaría a cobrar unos excelentes 3 ducados diarios, lo que puede dar idea de la intensa labor realizada por Herrera en un momento que representaría el momento álgido de la epidemia, y probablemente también de la escasa ayuda que tuvo en el desempeño de sus funciones. Hemos de recordar que la atención en las zonas contagiadas llevaba implícito la prohibición de ir a zonas que estuvieran libres de peste, como el caso de su hogar, en la Vitoria intramuros, lo que unido al riesgo de su actividad lleva a matizar mucho la correspondencia del salario con el sacrificio realizado. El brote iría después remitiendo hacia mediados de octubre tal como se interpreta en el fragmento transcrito a continuación, en el que vuelven a pagarle a veinticuatro reales al día:

---

<sup>61</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 84r. 13-10-1598:

*“En este ayuntamiento fue tratado y platicado por los dichos señores que la muger de Joan de açua y sus hijas y criados y Jui de Çumarraga su suegro ha muchos dias que estan detenidos en la Hermita de Santa Marina a causa de la enfermedad contagiosa que toco en casa de dicho Juan de açua y que a fin que la dicha su muger salio herida de la dicha enfermedad a muchos dias que curo y esta buena y todos ellos estan buenos y sin ninguna ynficion y convienese a otra casa donde mudados de los vestidos y ropa que tienen puedan estar algun tiempo asta que aya seguridad dellos. acordaron y mandaron que mudándose de todos los vestidos y ropa que tienen y de todo lo demas de que se pueda tener SosPechase pasen y esten en la Hermita de Santa Lucia asta tanto que otra acoga”.*

<sup>62</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 134 r. 19-7-1599.

*“En este ayuntamiento fue tratado y platicado por los dichos señores que por averse estendido la enfermedad contagiosa de Peste en los lugares de arcaute, arcaya, ascarça y Betoñu y ser mucho el trabajo y ocupación que en la cura dello tenia á maese francisco de Herera, cirujano, se le crecio y aumento el salario a tres ducados cada dia y que por la misericordia de dios la enfermedad se va a Placando y no ay tantos enfermos ni el dicho maese francisco de Herera tiene tanta ocupación acordaron y mandaron sus m’rds [mercedes] que desde oy a dicho dia en adelante no recorra ni tenga de salario dicho maese francisco mas de aveyntey quatro Reales cada dia ques el salario que se le devialo a tiempo que fue a curar de la dicha enfermedad contagiosa”.*<sup>63</sup>

A partir de esa fecha y tras leer los informes de vecinos enviados a investigar el estado de la epidemia en los lugares y provincias próximas, se decide levantar las guardas de las zonas afectadas excepto en las ermitas de Santa Lucía y Santa Marina el 23 de octubre. Por aquellas fechas sería también cuando llegan los ‘enfermeros’ de Lequeitio a hacerse cargo de la atención en las ermitas y a ocuparse de los enterramientos, lo que deja en el aire la cuestión de quién o cómo se atendió a los afectados y fallecidos hasta su contratación, ya que la documentación no nos aclara lo sucedido ni el porqué se decide contratarles.

A pesar de la disminución de casos al finalizar octubre, los documentos señalan la preocupación del concejo por la proximidad de la ermita de Santa Lucía a la ciudad, y ante el miedo de un rebrote desde ese reservorio, se manda acondicionar la casa del ganado de la dehesa de Olárizu para que sirva de lazareto, función que ya había desempeñado en el pasado.<sup>64</sup> La esperanza va a durar poco, ya que el 2 de noviembre se afirma que *“...en los lugares de Vitoria y arcaya va aumentandose la enfermedad contagiosa de Peste...”*.

De la actividad de Herrera durante este primer brote del verano de 1598 no tenemos datos directos, pero si hemos visto que durante

<sup>63</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 84r y 84v. 13-10-1598.

<sup>64</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 88 r. 23-10-1598.

ese periodo el salario municipal que cobraba antes de la epidemia (en torno a un real diario)<sup>65</sup> pasa a ser de 24 reales diarios a partir del 7 de agosto en que comienza a asistir a los primeros afectados en las aldeas vecinas, aumentándose el 20 de septiembre a 3 ducados diarios, un sueldo desorbitado,<sup>66</sup> lo que da testimonio de un trabajo reconocido y meritorio. No obstante, no debemos olvidar que las condiciones para el desarrollo de tal actividad eran penosas, ya que, además del manifiesto riesgo de contraer la enfermedad y morir, Herrera estaba obligado a vivir fuera de la ciudad, recluido con los apestados sin poder mantener relación alguna con su familia ni con ningún lugar guardado de la peste y, especialmente, sin poder atender a su clientela particular que, evidentemente, en caso de necesidad recurrirían a otro profesional. Cuestiones éstas que el propio Herrera hará ver al Concejo durante otro de los brotes al reclamarles su salario. Posteriormente, el 13 de octubre, no habiendo nuevos casos de

---

<sup>65</sup> Partiendo de la suposición de un salario de 10.000 ó 15.000 maravedís al año.

<sup>66</sup> Resulta difícil valorar en su justa medida el salario dado a Francisco de Herrera, ya que no podemos compararlo con otros otorgados en las mismas condiciones de presión, aunque a todas luces parece excesivo, lo que podría indicar una imperiosa necesidad de la ciudad que obligaba al ayuntamiento a ofrecer tal suma a cambio de sus servicios. Los salarios de médicos y barberos cirujanos estaban regulados por facultades reales, aunque no siempre se siguieron escrupulosamente ni resulta fiable aseverar que ese era realmente el dinero que recibían. Para los años de la peste de 1598-99, Núñez de Cepeda recoge los siguientes salarios a los barberos cirujanos: Francisco de la Cruz y Bartolomé López de Guevara, 150 ducados al año. Al francés Bonifacio Audibert, 200 ducados al año, aproximadamente igual que el salario del médico en aquellos años –sin tener en cuenta el posible alza durante la peste-, mientras que en los años posteriores a la epidemia, a Pedro Prancudo se le asigna solamente 4.000 maravedís (10,66 ducados) y en los inmediatamente anteriores al Bachiller Salsamendi 10.000 maravedís (26,66 ducados), salarios demasiado bajos que tal vez tengan relación con el tiempo trabajado; es decir, no serían anuales. En cualquier caso, no debemos olvidar que a estos salarios municipales se añadían los de la actividad particular, por lo que probablemente se consideraron siempre un complemento y no como única fuente de ingresos. Para hacernos una idea del poder adquisitivo de esos salarios, en 1571 se señalaba en una lista del Monasterio de El Escorial como precio de un puerco vivo, 4 ducados, y de un buey de tres años vivo, 15 ducados. En resumidas cuentas, 3 ducados al día (1.095 al año) era un salario desorbitado, solamente explicable por una acuciante necesidad y por una previsión de gasto a corto plazo (del 20 de septiembre al 13 de octubre).



contagio desde hace días, vuelve a cobrar 24 reales diarios (algo más de 2 ducados),<sup>67</sup> lo que sigue siendo un sueldo muy elevado, por lo que ha de pensarse que continúa desempeñando algún tipo de actividad extraordinaria y fundamental. Esta actividad probablemente se realizará en la ermita de Santa Lucía, donde Herrera quedaría en cuarentena junto a los apestados que lograron sobrevivir a la enfermedad y que eran trasladados desde la ermita de Santa Marina; es decir, continuaría aislado de su familia y sin poder atender a su clientela en Vitoria. Este salario le será reducido en breve, ya que en enero, en medio del próximo brote, solicitará un aumento y éste será sólo de un ducado y medio (16,5 reales), luego ya habría vuelto con anterioridad a Vitoria y a la normalidad de su sueldo. De todos estos salarios, Francisco de Herrera sólo debe de cobrar los 23 días que le pagan a 3 ducados, ya que es el único periodo que no reclama casi un año después, el 19 de julio de 1599, donde el ayuntamiento le reconoce y *“mandan pagar tres mil e quinientos y diez y nueve rreales”*, retraso que podría ser debido a que las arcas municipales estaban vacías a consecuencia de los gastos ocasionados por la epidemia, o a que en este caso no sólo le paga el ayuntamiento de Vitoria sino que también *“los lugares aPestados, acordaron y mandaron que los dichos lugares de gamarra Mayor, Vetoñu y arcaya y los demas lugares dela juridicion deonde a tocado y tocare la dicha enfermedad contribuyan en la paga de los salarios desdicho Cirujano, enterradores y personas a Riba dichos...”*,<sup>68</sup> o también a que el salario de estos profesionales contratados por el ayuntamiento se libraba en fechas señaladas y no cada vez que realizaban un servicio; sólo que en esta ocasión la dedicación completa impedía la obtención de otros ingresos que permitiera la espera.

Durante este periodo en que Herrera se encuentra en las ermitas y privado de poder asistir en la ciudad a sus parroquianos y a los pobres acogidos en los hospitales de patronato municipal, aparece en el hospital Santiago el cirujano Francisco De la Cruz, probablemente

<sup>67</sup> La conversión se realiza con los valores previos a la paridad de 1642, es decir: 1 ducado = 375 maravedíes y un real = 34 maravedíes.

<sup>68</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 90r. 4-11-1598.

contratado por el ayuntamiento para cubrir la ausencia del primero. Del otro cirujano contratado al tiempo que a Herrera, maese Esteban de Uriarte, nada sabemos de su relación con la peste hasta junio de 1599, fecha en la que su mujer solicita una compensación económica a su labor:

*“Petición de la mujer de maese esteban de urriarte, cirujano, vecino de esta ciudad, premien el intenso trabajo que realiza atendiendo a los enfermos de contagion, la mayor parte de ellos gente pobre necesitada, hay muchos dias que cura sin premio y con peligro de su salud y vida [...] se le conceden cien reales”*.<sup>69</sup>

Lo que nos muestra una relación bien diferente de la mantenida con Herrera. Si añadimos una posterior queja de Herrera en la que muestra su temor a perder clientela por no poder atenderla al encontrarse aislado y que estos clientes como *“no lo allaran en su casa an de rezevir en el salario aotros Cirujanos”*, hemos de pensar que la atención a los contagiados durante estas epidemias corría a cargo solamente de los profesionales contratados por el ayuntamiento, indistintamente del poder adquisitivo de los afectados, ya que todos eran aislados por igual en los lazaretos creados para ello, pudiendo el resto de profesionales sanitarios continuar con sus prácticas habituales en la ciudad, despreocupados del riesgo de la atención directa con los contagiados. Y de entre los asalariados municipales parece que, durante este primer brote, sólo Herrera, quizá junto a sus criados – como veremos- y los contratados de Lequeitio, tienen una acción expresa con los apestados.

III. 2. 2. Segundo brote. Del 2 de noviembre de 1598 al 16 de marzo de 1599.

Los nuevos casos presentados en noviembre continúan dándose en las aldeas próximas, acusando el ayuntamiento a que este rebrote se debía al incumplimiento de las ordenanzas que limitaban la movilidad

---

<sup>69</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 90r. 4-11-1598.

de los residentes en las mismas,<sup>70</sup> motivo por el que vuelven a notificar las órdenes dadas *“para que lo cumplan y no puedan pretender ignorancia”* a la vez que convierten -sobre el papel- la *“sopena de doscientos açotes”* de octubre a la *“so pena de la vida”* del 2 de noviembre, fecha en la que situamos el inicio de un segundo brote, siguiendo estas muestras de gravedad y preocupación que nos trasladan las actas municipales, como el salto cualitativo de los castigos ante la infracción de las ordenanzas, aunque está claro que el primer brote no desapareció totalmente en octubre sino que quedó en algún reservorio que vuelve a encontrar condiciones adecuadas para su propagación. Si hacemos caso a las fechas en que Herrera reclama sus honorarios, éste no volvió a recibir salario por atender a los contagiados hasta el 23 de diciembre, lo que indicaría que este rebrote no tuvo gran incidencia hasta esa fecha. De hecho, las actas sólo recogerán pequeños incidentes hasta mediados de enero, alguno de especial mención: el 4 de noviembre, dos días después de notificar nuevamente las órdenes de aislamiento y volver a poner guardas en algunas aldeas<sup>71</sup> se produce en Vitoria el primer caso sospechoso de muerte por peste *“en cassa de Maria de Çarate, viuda vecina desta*

<sup>70</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 89 r. 2-11-1598:

*“...aunque esta dada horden que en las casas donde a tocado la dicha enfermedad, la gente dellas este recogida y no se comunice con la demas gente y que todos ellos se tengan recato los unos con los otros y no salgan de los lugares acomunicar con otras personas de los lugares convecinos ni con los viandantes y se les prevea de los bastimentos medezinas y lo demas que ubieren menester. No quieren guardar ni guardan la dicha horden antes se tractan y comunican y salen de los dichos lugares a tractar y comunicar con los vecinos comarcanos y viandantes de que de fuerza a de resultar mucho daño y seande venir aynficiones los demas lugares y lo mismo podria suceder en esta ciudad.”* y *“En este ayuntamiento aviendo tratado y conferido los dichos señores que en el lugar de gamarra se padeze el mesmo ynconbiniente y daño con los vecinos y avitantes después que a tocado la dicha enfermedad contagiosa en el dicho lugar porque no an guardado ni guardan las Hordenes que se le a dado y da en su recogimiento y recato, acordaron y mandaron se despache otro mandamiento [...] para que no puedan pretender ignorancia”.*

<sup>71</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 90r. 4-11-1598

*“...pongan las guardas que fueren necesarias a los dichos lugares de gamarra Vetoñu y arcaya. Para que no salgan a comunicar con los de los otros lugares ni con las personas que van de paso”.*

*ciudad murio una mujer vieja y por sospechar fuese decontagion, por que murió con mucha brevedad, se cerro el aposento donde se allo con su ropa y vestidos donde aestado*". Aunque no se dan más casos que confirmen la sospecha de contagio intramuros de la ciudad, este suceso va acompañado de un testimonio que muestra claramente la dificultad del concejo por hacer cumplir las ordenanzas profilácticas, ya que por temeridad o ignorancia la dueña de la casa entierra y tira a un pozo las ropas de la fallecida,<sup>72</sup> además de agudizar el temor entre los habitantes de la ciudad amurallada "*que dios no quiera ni permita se fuese estendiendo mas y tocase en esta ciudad*". Quizá impelidos por este miedo, el ayuntamiento tiene noticia de un cirujano francés, maese Guillen, que ejerce en la universitaria Oñate, villa en la que la epidemia se ensañó especialmente,<sup>73</sup> y al que adjudican un especial conocimiento de la enfermedad y su cura,<sup>74</sup> por lo que conciertan una

---

<sup>72</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 89v y 90r. 4-11-1598:

*"En este ayuntamiento fue propuesto que los dias pasado en cassa de Maria de Çarate, viuda vecina desta ciudad murio una mujer vieja y por sospechar fuese decontagion, por que murió con mucha brevedad, se cerro el aposento donde se allo con su ropa y vestidos donde aestado. Hasta que la dicha Maria de Çarate temerariamente y de noche haecho sacar la dicha ropa y vestidos y enterrarla tras de la iglesia de santa Maria desta ciudad.parte de ella y parte aecho echar en un pozo que esta fuera de la puerta de a Riaga y por que a sido grande atrevimiento y causa escandalo en la dicha ciudad.demas deldaño quepodria resultar de aver tocado la dicha ropa y es digna de castigo con rigor a biendo tratado y conferido sobrello. Los dichos Señores acordaron y mandaron se reziva información de todo ello para se castigue semejante atrevimiento y deshorden y para ello se llamen los testigos que supieren dello y la criada de la dicha Maria de Çarate yencargaron a los Señores Regidores hagan desenterrar y recoger la dicha ropa para sequeme con el menor ruydo y alboroto que se pudiese"*.

<sup>73</sup> Enciso Viana, Emilio. "Un noticiario del siglo XVI" en que recoge las anotaciones del Bachiller Pérez de Viñaspre, cura de Lanciego en 1599, transcribiéndolas: "*Luego entró la enfermedad en Oñate, donde después de haber muerto mucha gente en aquella v<sup>a</sup>. y enpeçaron a conbalecer y entrar los q avían salido huyendo de la enfermedad, de ay pocos días enpeçaron a morir como al principio, que se cuenta murieron de todas pasadas dos mill personas*".

<sup>74</sup> Desconocemos la procedencia del conocimiento de maese Guillén, pero ha de destacarse la existencia en Oñate de su afamada Universidad, donde no sería de extrañar que ya se tuviera algún ejemplar de la obra de Luis Mercado, protomédico de Felipe II, que a encargo del monarca publicó en 1598 con el título "*De natura et conditionibus, praservatione et curatione pestis*", impresa también en castellano al

cita en el monasterio de Barria con dicho cirujano el siguiente lunes.<sup>75</sup> No se tiene constancia de que tal reunión se celebrase en esa fecha, ya que sólo se hace referencia a la misma dos meses después, el 18 de enero, en Ozaeta,<sup>76</sup> tal vez por el recrudecimiento de la epidemia en Oñate u otra causa que impidiese la cita. En cualquier caso destacamos dos elementos, por un lado la ausencia de datos sobre los contenidos de la reunión o una aplicación práctica de los mismos como muestra de ese intercambio de información que pudiera transformarse en la aplicación de nuevos métodos; y por otro, que la persona designada por el ayuntamiento, desde noviembre, fue el cirujano Francisco De la Cruz, en lugar de Herrera o Uriarte que

---

año siguiente bajo el título de *“Libro en que se trata con claridad de la naturaleza, causas, providencia, y verdadero orden y modo de curar la enfermedad vulgar, y peste que en estos años se ha divulgado por toda España”*.

<sup>75</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 90v. 5-11-1598:

*“En este ayuntamien aviendo tratado y conferido los dichos señores que conforme a lo que otras veces sea propuesto de palabra que la enfermedad contagiosa de Peste se va estendiendo por los lugares de la juridicion de esta ciudad y a lo que dios no quiera ni permita se fuese estendiendo mas y tocase en esta ciudad, herabien procurar todos los medios posibles para la preservación y cura y que la villa de Oñate tenia un cirujano franzes de quien hara vien tomar un discurso de la noticia que tenia de la dicha enfermedad y relación de la horden tenia en la cura della, se avia scripto saliese azuncto al monasteriao de Varría quatro leguas desta ciudad donde estara el lunes primero que viene, acordaron y mandaron que el dicho Miguel de Luyando regidor vaya dicho dia lunes con el Licenciado Vidañia Medico y con Francisco de Lacruz Cirujano al dicho monasterio de Varría a verse con el dicho cirujano franzes y traten y comuniquen con el lo que siente de la dicha enfermedad y tomen relacion de la Horden que tenia en la cura y sea por cuenta de esta ciudad”*.

<sup>76</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 108v. 18-1-1599:

*“...que por horden y mandato [...] fueron el licenciado bidania medico y francisco de La cruz cirujano desta ciudad al lugar de ozaeta y sus termino donde conforme a lo acordado por esta ciudad y abiso que se dio a la villa de oñate salieron el doctor mendiçabal y otros vecinos particulares della, con maese Guillén cirujano que asiste a la cura de la enfermedad contagiosa en la dicha villa, con los quales comunicaron la enfemedad que anda en los lugares desta juridicion contagiosa y los principios medios y accidentes della y la horden en que tenia en la cura, y se ynformaron de la manera que curaba dicho cirujano franzes y trataron y discurrieron lo que deer calidad [...] enfermedad se entendia y los medios del reparo...”*

llevaban mucho más tiempo a cargo de las tareas municipales, lo que quizás se explique porque éstos se encontraban aislados en las ermitas, cuestión muy posible en febrero pero no tanto en noviembre, ya que Herrera no reclama dinero para ese mes. En cualquier caso, desde esa reunión De la Cruz aparecerá más vinculado a la atención de los apestados.

A mediados de enero parece haber un repunte de casos y Francisco de Herrera, que se encuentra asistiendo en la acondicionada casa de Olárizu, probablemente desde el 23 de diciembre, y que todavía no ha cobrado lo adeudado hasta ese momento, solicitará un aumento de salario de un modo más tajante, ya que no puede servir ni servirá –dice- con el sueldo actual, lo que puede ser el inicio del enfrentamiento posterior entre Herrera y el ayuntamiento:

*“...quen los lugares desta juridicion se va estendiendo el mal contagioso y van enfermando con aumento de la dicha Contagion y á maese Francisco de Herra Cirujano se quexa que tiene mucho trabajo en ello y que con el salario que le esta señalado no puede servir ni servira, acordaron y mandaron se le de de salario cada dia para que asista a la cura de todos los enfermos ducado y medio el qual salario corra de oy dicho dia”.*<sup>77</sup>

El nuevo salario será “sólo” de un ducado y medio (16’5 reales),<sup>78</sup> la mitad de lo que cobró en el momento álgido del primer brote, lo que podría indicar una menor carga de trabajo que entonces, aunque las condiciones son igualmente penosas: aislamiento forzoso, exposición al contagio, ausencia de horarios, etc. El propio Herrera nos da testimonio de su malestar a mediados de marzo, al finalizar el brote:

*“...leyda un petición de maestre francisco de herrera cirujano, por la qual dize que [...] por la misericordia de dios avia salud en todos los lugares de la juridicon donde toco la enfermedad contagiosa*

---

<sup>77</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 104r. 13-1-1599.

<sup>78</sup> Cuando Herrera reclame los salarios el 19 de julio del 99, pedirá 1275 reales por 85 días, lo que hace 15 reales diarios y no 16’5 que es nuestro cálculo en la conversión del ducado y medio.

*de Peste. Por lo qual avia mas de cinquenta dias que no tenia a quien curar en el hospital de olarizu ni en otras partes y que asi suplica [...] le den licencia para poder venir a su casa en donde [...] la clausura que sus mercedes ordenasen. Porque con tan larga ausencia de su casa recibe mucho daño demas de que aviendo dado entrada en esta ciudad a los lugares donde ha avido Contagion, que todos ellos o los mas son sus parroquianos y esta asalariado en ellos y de fuerza no lo allaran en su casa an de rezevir en el salario aotros Cirujanos y por los dichos señores vista la dicha petición y la relacion que sobre todo ello hizieron los señores regidores, acordaron y mandaron que el dicho maese francisco de herrea, cirujano se mude del vestido que tiene y se recoja y este en la hermita de Santa Marina, extramuros desta ciudad [...] y que desde hoy dicho día no le corra salario ninguno delque lesta señalado por la cura de los enfermos de la dicha Contagion”.*<sup>79</sup>

En julio, cuando reclame los salarios impagados, el propio Herrera nos da testimonio de que “*se ocupo en [...] curar los enfermos de contagion dende beinte y tres de diciembre de mill e quinientos nobenta y ocho asta diez y seis de marzo de mille quinientos y nobentay nueve, que son ochentaycinco dias, y mas estubo rrecluido desde el dicho dia asta diez y siete de abril siguiente en la ermita de santa marina y despues estubo rrecluso en su casa asta principio de mayo*”;<sup>80</sup> es decir, tras 85 días de aislamiento en contacto directo con la epidemia, trabajando a dedicación completa sin poder volver a su casa ni ocuparse de su clientela, ha de permanecer un mes más en cuarentena y otros 15 días en su domicilio -por fin- pero igualmente recluido, y, a diferencia del primer brote, sin que “*le corra salario ninguno del que lesta señalado por la cura de los enfermos de la dicha Contagion*”, lo que se confirma al reclamar Herrera sólo los 85 días primeros. Resulta evidente que el contrato con el ayuntamiento, que le asegura un complemento salarial a su actividad particular, no es tan beneficioso en tiempos epidémicos, ya que se ve obligado a poner en evidente riesgo su vida a cambio de un incremento salarial que no

<sup>79</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 112v. 16-3-1599.

<sup>80</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 134r. 19-7-1599.

parece compensar ni el esfuerzo ni la pérdida económica de no atender a sus pacientes particulares, los cuales serán atendidos por otros cirujanos que permanecen, al parecer, ajenos a la asistencia de los afectados de peste. Al igual que durante el primer brote sólo Herrera aparece a pie de cañón, salvando la mención a De la Cruz en su entrevista con maese Guillen de Oñate y a su presencia junto a Herrera en una revista por las aldeas confirmando el cese del brote. No aparecen otros cirujanos o barberos, tampoco los enfermeros de Lequeitio, aunque éstos ha de presumirse que continuaban al sí aparecer en el siguiente brote. De Uriarte queda la alusión de su mujer en junio, pero probablemente se ciña al tercer brote, donde sí tenemos constancia de su acción al verse implicado el interior de la ciudad.

Este segundo brote parece haber finalizado a primeros de marzo, aunque mantenemos la fecha del 16 en función del salario a Herrera y que podríamos señalarlo como la desactivación de los pertinentes códigos de alarma. El día 8 de marzo el Regidor junto a Herrera y De la Cruz visitan las aldeas confirmando *“que los lugares de Gamarra, Vetoñu, Lorriaga, Arcaute, Arcaya, escarza y Larraça, Mendiola, gardelegui, Arechavaleta, de la juridicon desta dicha ciudad donde hubo enfermedad, por la misericordia de dios ay salud y estan muy libres de la dicha enfermedad y sean limpiado todas las cassa donde hubo la dicha enfermedad y quemado toda la ropa contagiosa...”*<sup>81</sup>

La Vitoria amurallada parece continuar indemne, sólo un caso queda reflejado el 8 de febrero<sup>82</sup> haciendo sacar rápidamente a las personas en contacto con la fallecida a Olárizu, lo que parece contener nuevos casos intramuros; sin embargo, al igual que con el primer

---

<sup>81</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 111v. 8-3-1599.

<sup>82</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 102r. 8-2-1599:

*“...que Tomas Diazde Mendivil caretero vezino desta ciudad que vive en la calle de Santo Domingo Dedentro se le amuerto en su cassa una hija de Peste y por excusar la comunicaci3n y que no resulte mas daño an echo salir desu cassa y desta ciudad al dicho Thomas Diaz de Mendivil, y su muguer e hijas con sus padres que todas son ocho personas y las an echo recoger en la hermita de santa maria de olarizu donde esta a los quales forzosamente se les a de proveer de comer para su sustento porque no ay persona que se lo de en el tiempo que estuvieren recogidos en la dicha hermita...”*



brote, la epidemia no ha finalizado su ciclo y a finales de mayo rebrotará con fuerza, y esta vez en plena ciudad.

### III. 2. 3. Tercer brote. Del 31 de mayo a noviembre de 1599.

*“En la çiudad de Victoria a Primero dia del mes de junio de Mil y quinientos y noventa y nueve años [...] en este Ayuntamiento los dichos señores Regidores propusieron que en el varrio de la calle nueva se avia descubierto aver tocado el mal contagioso de Peste en tres cassas y para remediar el daño tan grande y que esta çiudad no se estendiese la dicha enfermedad abian echo sacar de las dichas cassas asta seys personas que se hallaron heridas y los avian llevado al hospital que esta çiudad tiene hecho en la deesa de olarizu y a demas dello avian sacado ottras veynte personas sospechosas de las dichas cassas y de ottras que avian comunicado con ellas y puesto las en las hermitas de olarizu y san cristoval, y porque convenia que se proveyese persona cirujano que los curase, porque no mueran sin reparo”*.<sup>83</sup>

Así pues, los últimos días de mayo daba inicio un nuevo brote, esta vez intramuros de la ciudad y con una incidencia llamativa. Y nuevamente, tras recordar sus méritos en los pasados brotes, se echaba mano de Francisco de Herrera para tan ardua labor, pero algo parecía haber cambiado en la disposición de éste, o en su relación con la autoridad municipal, ya que el propio acta, tras reconocer su valía, sugiere la posibilidad de que nuestro cirujano “no lo quiera hazer de beneplácito”, lo que no deja lugar a dudas de que Herrera no ha quedado satisfecho al finalizar el anterior brote; aunque desconocemos si su malestar fue por las condiciones económicas o por el esfuerzo laboral:

*“...y que maestre franº de herera, cirujano vecino de esta çiudad a asistido a la cura de todas las personas que an enfermado i contagiosa de Peste en esta çiudad y lugares de su juridicion, dende el mes de agosto, asta el de março proximo passado, y esta practico y*

<sup>83</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 126r. 1-6-1599.

*experimentado en la cura de dicha enfermedad contagiosa, acordaron y mandaron que el dicho maestro fran<sup>o</sup> de herrera cirujano vaya luego al dicho hospital de olarizu donde estan los dichos enfermos y los cure y visite, y lo mesmo haga a los demas enfermos que sucedieren enfermar de la dicha enfermedad, y en casso que no lo quiera hazer de beneplácito sea compelido a ello por todos los medios necesarios de manera que se consiga el hefecto [...] y se proceda a una necesidad tãmprezissa”.*<sup>84</sup>

En efecto, comunicada a Herrera la disposición municipal, éste se niega a aceptarla por lo que es encerrado en la cárcel “*con grillo y cadena*”, al parecer sin la autorización del alcalde.<sup>85</sup> Desde la cárcel Francisco de Herrera escribe al ayuntamiento un dramático alegato donde expresa su malestar:

*“...me fue mandado por el Proc Genral desta çibdad Matias de Salinas y por Pedro de Estella y Joan Ortiz de Zarate Luyando, Regidores de la dcha çibdad saliese a curar los apestados que estan en olarizu y en respuesta dello digo que apelo de tal mandato porque es ansi que he asistido en la cura de los apestados pasados ha tres meses y mas por mandato de los dchos señores, y porque se acabo la peste ha que estoy en Victoria comunicandome con todas las gentes sin recelo alguno, agora de nuevo no es justo mandarme ir a un peligro tan grande como es la vida, y pido y requiero que no me lleven alla por los peligros dichos y si fuerza me hicieren protesto para ante Su majestad y peligro de persona y hacienda y otros daños que de la dicha fuerza se recrecieren [...] y para ello firma Francisco de Herrera”.*<sup>86</sup>

Visitado nuevamente por los regidores, “*y a mucha persuasión*”, logran convencerle para que acepte el encargo a cambio de tres ducados diarios:

---

<sup>84</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 126r. 1-6-1599.

<sup>85</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, Lib. 26, fol. 128r:

*“...maestre fran<sup>o</sup> de herrera, preso en la carzel de esta çiudad de Vitoria sin mandato del alcalde y estando en ella preso con grillo y cadena...”.*

<sup>86</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, Lib. 26, fol. 128r.

*“Y los dichos señores abiendo tratado y conferido sobre ello dixeron que es cosa muy conbeniente la asistencia del dicho maese franº de herrera en todo lo suso rreferido y la tenga en la hermita de san repobal [¿Cristóbal?] para todas ocasiones y acordaron y mandaron se le den y paguen los dichos tres ducados de salario cada dia y le corra dende ayer martes primero deste presente mes de junio en adelante [...] y asta que otra cosa provea y mande”.*<sup>87</sup>

Herrera vuelve al trabajo con un buen salario, pero también con la amenaza de la cárcel y la humillación de los grilletos y cadenas. Cabe la duda de cual ejerció mayor persuasión, pues si los tres ducados, los mismos que ganó durante los momentos más intensos del primer brote, son un excelente sueldo no es menor la virulencia de este brote, por lo que no puede reducirse al aspecto económico su aceptación. En esta ocasión Herrera acudirá a la Ermita de San Cristóbal, apareciendo en Olárizu un barbero desconocido hasta el momento en la documentación municipal, Pero Ortiz de Zárate con un salario de 2 ducados diarios,<sup>88</sup> mientras que desconocemos el puesto de Uriarte y De la Cruz, aunque probablemente se hallen atendiendo el hospital Santiago. En cualquier caso la petición de la mujer de Esteban de Uriarte de una compensación porque *“hay muchos dias que cura sin premio y con peligro de su salud y vida”* y el fallecimiento a causa de la peste de De la Cruz parecen confirmar su actividad asistencial en primera línea.

Dos son los aspectos fundamentales de las actas municipales siguientes que muestran claramente la gravedad de la situación. Por una parte la virulencia de la enfermedad que en breve periodo de tiempo acabará con la vida de Francisco De la Cruz y un hijo suyo de 14 años, del barbero Pero Ortiz de Zárate,<sup>89</sup> y del licenciado Vidania,

<sup>87</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, Lib. 26, fol. 129r.

<sup>88</sup> No obstante, ya ejercía en Vitoria tal como habíamos señalado, al documentarse como barbero en un pleito sobre la compraventa de un macho en 1585.

<sup>89</sup> El fallecimiento de Pero Ortiz nos aporta datos sobre el grado de bienestar/pobreza de un barbero de la época. En este caso su *“mucha pobreza”* le lleva a su viuda a pedir limosna, incluso el *“balor del bestido y cama de rropa que llevo”* y que habría de quemarse como la de los demás apestados. Sin embargo, por

uno de los dos médicos de la ciudad. Y por otra la necesidad de conseguir más personal sanitario cualificado para ayudar a un Francisco de Herrera desbordado, que es auxiliado por sus criados (probablemente sus aprendices) y el barbero Simón de Gaceo.<sup>90</sup> Llama la atención este último, ya que no es asalariado de la ciudad, como tampoco lo era el fallecido Pero Ortiz, al que se le abonan “*trece o catorce dias que se ocupo*”, lo que interpretamos como fruto de la peculiaridad de ese brote: se había producido intramuros y con una gran incidencia lo que obligaría al ayuntamiento a movilizar cuanto estuviera en su mano, además de los tres cirujanos que hasta ese

---

la cantidad que otorgan a la viuda no parece que se abonara la vestimenta, como tampoco se hacía al resto de contagiados:

A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 132r. 6-7-1599:

*“En este ayuntamiento fue traída y leída una petición de maria de çarate, viuda muger de fue de p hortiz de çarate, barbero difunto vecino que fue desta ciudad por la quel dize que por madato de los señores regidores fue el dicho su marido a asistir al ospital de olaricu [...] de los enfermos de contagion y estando asistiendo en el dicho ospital murio [...] Lo qual suplica a sus [¿mercedes?] que teniendo consideracion a su mucha pobreza y necesidad, lemanden faborecer con alguna limosna, ademas del salario que se quedo debiendo al dicho su marido, de trece o catorce dias que se ocupo. Y del balor del bestido y cama de rropa que llevo, que balian trescientos reales antes mas que menos y por los dichos señores vista la dicha petición [...] los rregidores por la qual parece fueron señalados al dicho pero hortiz dos ducados de salario cada dia, acordaron y mandaron que los dichos señores rregidores libren y manden pagar a la dicha maria de çarate biuda y herederos del dicho pero hortiz su marido por lo que [...] deaber desu salario”.*

También se tiene constancia de una petición de la viuda de Francisco De la Cruz, pero en este caso no aparece reflejado su contenido: A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 145v. 24-9-1599: “*Fue tryda y leyda un petition de Mariperez de Machor, Viuda de francisco de lacruz, cirujano que fue desta ciudad*”.

<sup>90</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 130r. 23-6-1599:

*“En este ayuntamiento bisto por los señores la necesidad que ay de cirujanos y barberos, por estar ocupados algunos dellos en la cura de los apestados y que Simon degaceo y los criados de maese francisco, se ocupan en algunas curas desta ciudad y su juridicion acordaron y mandaron que por el trabajo que en ello an puesto y an de poner seles de al dicho simon degaceo cien rreales y a los criados de maestre francisco a cada seis”.* Simón de Gaceo aparecerá en 1604 en un listado de cirujanos y barberos de la ciudad, no es nombrado aquí como tal, pero dada la desproporción de su salario con los criados de Herrera cabe pensar que ya lo fuera. Los criados de Herrera consideramos que han de entenderse como aprendices.

momento había contratado, Herrera, Uriarte y De la Cruz. El fallecimiento de este último el 23 de junio desata una búsqueda de nuevos cirujanos por toda la geografía española, enviando vecinos a *“Madrid [...] y lo mesmo a çaragoça y otras partes”* o toda vez *“que se ha entendido que en la villa de sansebastian ay cirujanos que podrian acudir a esto. Los dichos señores acordaron que se encomiende a algun hombre de negocios bezino desta ciudad que tenga correspondencia en la dicha billa de sansebastian que escriba a algun amigo procure concertar un cirujano benga a esta ciudad para el hefeto arriba dicho, concertando con el el menor salario que se pudiere , y porque ay mucha necesidad del”*. La necesidad parece pues grande, aunque no los recursos económicos, de hecho es por esas fechas cuando Herrera nos da noticia de que aún no ha cobrado los salarios acordados por asistir a los apestados desde el inicio de los brotes, hace casi un año, en agosto de 1598. El ayuntamiento manda pagarle *“tres mil e quinientes y diez y nuebe rreales”* por los periodos que hemos ido viendo que ha permanecido asistiendo durante los dos brotes anteriores. El pago de lo adeudado no es para menos ya que, tras la muerte de Ortiz, en el hospital de Olárizu *“no tienen tan buen rrecaudo de cirujano como conbenia rrespecto de que ay muchos enfermos y no poder acudir maese Francisco cirujano por estar solo [en la ermita de San Cristóbal] y que era necesario darle ayuda...”*<sup>91</sup> sobre todo porque

*“en el ospital de olaricu y en la hermita de san cristobal no ay lugar donde se puedan rrecoger los que adelante enfermaren y ba ocurriendo la enfermedad especialmente en los barrios de santo domingo, y ha començado a tocar en la tercera bezindad de la cuchilleria, donde ay mucha gente pobre”*,<sup>92</sup> de tal manera que buscan un nuevo local que estuviera cerca de Olárizu y San Cristóbal decidiéndose por *“la casa que llaman delos palacios en el campo de san Cristóbal”*.<sup>93</sup> A pesar de este nuevo espacio o quizá porque

<sup>91</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 133v. 23-6-1599.

<sup>92</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 134v. 25-7-1599.

<sup>93</sup> Había quedado señalada la alusión por Prestamero en el XVIII, y luego en una relación de los bienes municipales durante la ocupación francesa en 1810, que

todavía no se había acondicionado, “ante lo atestado que estan los otros ospitales se ordena ingreso en el de Santiago los enfermos que pareciere a los señores rregiodres conforme a la necesidad que se ofreciere”.<sup>94</sup> Resulta evidente que la situación se hace insostenible y, además, a mayor dispersión de los centros menor eficiencia de los recursos humanos.

Afortunadamente la búsqueda de más profesionales tiene éxito, y a finales de julio los dos vecinos enviados en su contratación “traen un cirujano perito y de experiencia [...] llamado bartome lopez, natural de murcia<sup>95</sup> y llego antedeayer sabado. [...] tambien an benido con el dicho bartolome lopez dos macebos barberos llamados damian gonzalez de dicastillo y agustin de ocio, que se embiaron a

---

identifican este lugar como “Camposanto de los Palacios”, pudiendo ser debida esa acepción de camposanto al uso durante esta epidemia de peste y a los enterramientos que hubieron de realizarse.

<sup>94</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 137r. 28-7-1599. En esta acta, así como en otra de agosto en que mandan a Herrera a curar al hospital Santiago por enfermedad de Bartolomé López, queda claro que el Santiago recibió apestados, confirmado además en un acta del 27 de marzo de 1600: “...por los muchos que sea muerto en el hospital de santiago de la plaça desta ciudad en donde avian sido hospedados los heridos de la enfermedad de contagion...”, cuestión esta negada por Bombín, Porres y Reguera (op. Cit. Pág. 201) en la que señalan que “El Hospital de Santiago, situado en el interior de la ciudad, no había recogido a un solo enfermo de peste, por la prohibición expresa que se había estipulado para ello, aunque sí se hizo cargo (junto con el Ayuntamiento) de los gastos originados por el contagio”. La inclusión del hospital de Santiago en el interior de la ciudad es un tanto atrevida, ya que ocupaba una posición periférica al sur del pie de la ladera medieval, junto a la plaza vieja donde se realizaban las ferias y mercados –suspendidos durante la epidemia-, y por lo tanto relativamente separada de la zona residencial intramuros, aunque no así del arrabal del portal de barreras.

<sup>95</sup> Aunque fuera natural de Murcia, lo traen de Madrid: A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 179v. 13-5-1600. “En este ayuntamiento vista una peticion de miguel de luyando vecino de la dicha ciudad [demandando] cien rreales que dize pago a bartolome lopez cirujano como parecia por su carta de pago que presento se los pago en quince de julio del año pasado para que acudiese venir desta ciudad desde la ciudad de madrid...”. Llama la atención que Núñez de Cepeda, tan meticoloso en su trabajo, añade a Bartolomé López el toponímico de Guevara y no aluda a la curiosidad del apellido, muy de la tierra como para no comentar su origen murciano. Tampoco el apellido de Agustín, Ocio, es ajeno a nuestro territorio.

*pedir por la gran necesidad que ay en esta diudad de coffiarles que agan el ministerio de barberos*".<sup>96</sup> Núñez de Cepeda, archivero del hospital Santiago, lo señalará como Bartolomé López de Guevara y le adjudica un salario de 150 ducados al año ubicándolo en el hospital de Santiago junto a uno de sus mancebos, Agustín de Ocio.<sup>97</sup> Al otro de los mancebos, Damián, "*Se le manda a sangrar al ospital de olarizu, en compañía de maese francisco de herrera y curar y sangrar a los enfermos*".<sup>98</sup>

La alegría dura poco, antes de un mes Bartolomé López cae enfermo y ha de acudir Francisco de Herrera a curar en el hospital de Santiago<sup>99</sup>. A los pocos días es Vidania, uno de los dos médicos de la ciudad, quien enferma, falleciendo a los 18 días, con lo que la situación vuelve a quedar muy comprometida pocos días antes de San Miguel, fecha clave en la organización municipal ya que era el

<sup>96</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 135v y 136r. 28-7-1599.

<sup>97</sup> Núñez de Cepeda lo ubica en el hospital desde 1598, lo que no es posible.

<sup>98</sup> La sangría era uno de los pilares terapéuticos de la medicina galénica, basada en el equilibrio de cuatro humores o fluidos básicos, y debió ser el tratamiento más empleado por nuestros barberos. Su uso, bien directamente o bien mediante sanguijuelas, se extendió hasta el siglo XX, atribuyéndosele beneficios casi ilimitados. La peste, especialmente la bubónica, se prestaba a la sangría puesto que las manifestaciones cutáneas producidas eran diagnosticadas por la medicina galénica siempre como desequilibrios por exceso, y en consecuencia susceptibles de mejorar eliminando fluido.

<sup>99</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 139r. 23-8-1599:

*"Que bartolome lopez cirujano que curaba de contagion en esta ciudad y en el ospital del señor santiago ha enfermado y lo esta enel dicho ospital y no ay quien cure en el ni en la ciudad [...] manden que maese francisco cirujano benga a la ciudad y al dicho ospital cada dia a curar los enfermos..."*. No sabemos con certeza el final de López, pero Núñez de Cepeda lo sitúa sólo el año 1599 en el hospital, por lo que es muy posible que falleciera. De quien sí asegura que fallece a consecuencia de la peste es del mancebo Agustín de Ocio a quien también sólo cita hasta 1599; sin embargo todavía está vivo en mayo de 1600 y trabajando en la ciudad: *"En este ayuntamiento vista una peticion de agustin de ocio barbero morador en esta ciudad por la quel dize que el avia servido a esta ciudad en su hospital curando los enfermos decontagion de pestedesde dos dias del mes de agosto asta fin de septiembre el año proximo pasado..."*. A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 181r. 19-5-1600. ¿Confundiría Núñez de Cepeda el fallecimiento de López con el de Ocio?

momento de cambio en muchos puestos del concejo, como mayordomos, escribano, etc., además de ser el momento de librar el sueldo de algunos asalariados o de formalizar y renovar contratos. Probablemente por ello nos encontramos en este momento con dos peticiones curiosas de salario, se trata de dos enfermeras que formulan solicitudes similares de dinero en relación a las funciones ejercidas, la una “...*magdalena de ocamica, enfermera [...] en el ospital de santiago desta ciudad y en el de olarizu a regir y governar las personas enfermas de contagion*”, y la otra “...*maria de latorre [...] en el ospital del señor santiago desta ciudad dos meses y medio tegiendo y governando los enfermos de contagion*”,<sup>100</sup> aunque sólo se aceptará la petición de la segunda, rechazando la primera a la cual, además, mandan que “*los señores regidores para otro dia de Sanmiguel la despidan*”. En cualquier caso lo más llamativo de estas peticiones es la presencia de estas mujeres en el Santiago, pues en dicho hospital, a diferencia de en las ermitas y casas de acogida de contagiados, ya existía un matrimonio hospitalero que realizaba esas funciones. Conocemos sólo el nombre del marido, Sebastián Díaz de Sevilla, que según Núñez de Cepeda fue síndico u hospitalero entre

---

<sup>100</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 147r. y 148v. 27-9-1599:

“*En este ayuntamiento ante los dichos señores fue trayda y leyda una peticion de magdalena de ocamica, enfermera por la que dize que a mas de treze meses que por mandado de los reñores regidores sea acupado en el ospital de santiago desta ciudad y en el de olarizu a regir y governar las personas enfermas de contagion y lo aecho con mucha voluntad y cuidado como lo an vistolos señores regidores e pide e supplica asu merrcedes le manden librar y pagar [...] bistala dicha peticion y la relacion sobreello hizieron los señores regidores que estan presentes, dixeron que no a lugar lo que pide la dicha madalena de ocamica y que los señores regidores para otro dia de Sanmiguel la despidan*” y “...*una peticion de maria de latorre que por mandado delos señores regidores sea ocupado en el ospital del señor santiago desta ciudad dos meses y medio tegiendo y governando los enfermos de contagion que sean regogido a curar en dicho ospital yconvlecientes que avido y ay [...] suplica a sus mercedes manden se le libren y paguen la dicha ocupacion y trabajo y si para adelante hubiere decontinuar en el manden señalar salario, e por los dichos señores vista leyda peticion y la relacion sobre ello hizieron los señores regidores acordaron y mandaron los dichos señores regidores libren y manden pagar a la dicha maria de latorre sesentay seis reales*”. Confirma también el acogimiento de apestados en el hospital santiago.



1598 y 1600. Las funciones de este matrimonio las hemos definido como asistencia de enfermería básica o inmediata, en las que se incluía la higiene del medio, la comida y el gobierno diario del hospital supervisado por el mayordomo municipal. En consecuencia, la presencia de estas enfermeras ha de entenderse como muestra de gravedad en la situación del centro o como impedimento de los hospitaleros para cumplir su función.

El mismo día de San Miguel será crucial para Herrera, ya que ese día se habría de decidir su renovación como cirujano de la ciudad; sin embargo, dos días antes se recoge noticia de malas prácticas por parte de Herrera y de los enfermeros/enterradores -suponemos que todavía los de Lequeitio-, lo que se decide investigar cara a decidir la continuación en el puesto o a castigarlo. No obstante, la necesidad de que no abandonen su asistencia a los enfermos por “*no aver otros [que] supliesen sus faltas y ausenzias*” y el aislamiento en el que desarrollaban su labor con los que nadie quería entrar en contacto “*por el peligro grande que corria con su comunicacion*”, permite de momento que continúen con su misión -que nadie quiere- sin aclarar con ellos las acusaciones de rapiña hasta “*que quando dios quise y sea servido de dar salud en ella [la ciudad]*”, aunque, eso sí, sin cobrar salario alguno:

*“En este ayuntamiento su merced diego cristoval defoxan, alcalde hordinario propuso e dixo que a su notizia ha venido por cossa publica y notoria que maestre francisco de herrera, cirujano y joan de Muxica y martin de Mendiola y ana de estevan que avian [...] asistido y asistian [...] en la cura y entierro de los enfermos y muertos de los ospitales y cassa en que se avian recojido los enfermos de mal contagioso de Peste que avia avido y ay en esta ciudad y lugares de su tierra y juridion. No avian procedido ni procedian con limpiza y fidelidad que devian i de la confianza que dellos se avia hecho y sehazia y asi avia avido muchas quexas dellos asi de Rapiña que avian echo en las cassas de los enfermos y muertos donde avian entrado y en otras muchas y de los echos y de coechos y exegiendo dineros que avian llevado de curas y derechos y premios de entierros asi a los vezinos desta ciudad como a los lugares de su juridicon*

*llevando como llevavan grandes exegidos salarios de la dicha ciudad [...] por sus ocupaciones y execicio de los dichos menisterios y [...] se lo avian dado y pagado pressos de la misseria nezessidad [...] y [...] como alcalde y justicia hordinaria desta ciudad y sutierra y juridicon avia tenido yntencion y deseo de conocer de lo susodicho y proceder contra los culpados a debida [...] reformation y castigo y no lo avia podido hazer por estar los susodichos ocupados en los dichos menisterios y no aver otros supliesen sus faltas y ausenzias y por el peligro grande que corria con su comunicacion. Y porque es justo conveniente necesario que no aya en ello omission descuido ni olvido se devia encomendar a la justa [...] elecion que hiziese de los oficios [...] y regimiento desta ciudad el dia de san miguel primero que biene. Para que quando dios quise y sea servido de dar salud en ella y lugares de su juridicion tengan particular cuidado de saber ynquirir y aberiguar la berdad de lo que avia passado cerca de lo susodicho y de hazer justicia [...] castigando a los delinquentes y desagrayando a los querellosos [...] tanto que nose hiziere y executase no se devian pagar ni pagasen a los dichos maestre francisco de herrera cirujano ni los dichos joan de muxica y martin de Mendiola y ana estevan, enterradores... ”.*<sup>101</sup>

Como se aprecia, la acusación es grave, no sólo se les acusa de obtener beneficios ilegalmente con abuso del poder y autoridad con la que les había investido el municipio, sino además aprovechando la trágica situación por la que atravesaban los vecinos. Desgraciadamente carecemos de noticias sobre el esclarecimiento de tan despreciable actividad y la veracidad o no de las acusaciones sobre la persona de Francisco de Herrera en particular, ya que los acuerdos municipales de los tres meses siguientes se encuentran desaparecidos, no retomándose hasta el inicio de 1600. A la espera de poder hallar otras fuentes que den luz sobre este punto, hemos de conformarnos con interpretaciones a partir de datos indirectos, los cuales nos hacen

---

<sup>101</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 150r. 27-9-1599. Llamamos la atención sobre que el grupo de Lequeitio eran dos hombres y dos mujeres; en consecuencia, estos o bien eran otros, o bien habían perdido a una de sus miembros, quizá fallecida a causa de la peste.

presentir que al menos tuvo como consecuencia el cese de Herrera como asalariado municipal, ya que por una parte el cronista Núñez de Cepeda lo ubica contratado en el hospital Santiago justo hasta este año de 1599 -en el que había servido desde 1572-, lo que parece confirmar el divorcio entre Herrera y el ayuntamiento, que es quien incluye la asistencia a los hospitales de patronato municipal (Santiago y Santa María) como parte de la actividad de sus asalariados, pero, además, no volveremos a tener noticias de Francisco de Herrera hasta 1601, durante el último de los brotes de peste, en las que aparece de manera tangencial, lejos de la posición de abanderado del ayuntamiento que había tenido hasta este momento y que será ocupado por un nuevo cirujano, Pedro Prancudo,<sup>102</sup> que aparece en la documentación a partir de 1601, mientras que ocupando el año 1600, y sólo ese año, se documenta en el hospital Santiago a Bonifacio Audibert, quien pudo llegar supliendo a un eventual castigado Herrera. El salario de Audibert es además muy alto, 200 ducados -50 más de lo que pagaban a De la Cruz o a López y el doble de lo que cobrará Prancudo-, lo que podría estar en relación con una necesidad apremiante de cirujano, pero no ya por la peste, sino por otra causa. En consecuencia, es muy probable que Herrera fuera castigado por estas acusaciones, tal vez con la no renovación del contrato con el ayuntamiento, tal vez con un destierro temporal o, tal vez, culpable o no, fue el propio Herrera por despecho quien, ante las sospechas de rapiña vertidas contra él, decide romper sus relaciones, ya tensas, con el ayuntamiento y no renovar el contrato con el municipio.

Del mismo modo en que desconocemos las andanzas de Herrera durante esos tres últimos meses de tan trágico año, tampoco tenemos noticias directas respecto a la evolución de este tercer brote epidémico. Para Charo Porres “*la peste remite hacia el mes de noviembre de 1599*”,<sup>103</sup> aunque es posible que la incidencia fuera ya

---

<sup>102</sup> Mantenemos la grafía de Prancudo frente a la de Francudo que señala Núñez de Cepeda, por ser la que nos encontramos en los documentos consultados, aunque también aparece como Pancudo y Pancrudo.

<sup>103</sup> Porres, Charo. “1599: el año que trajo la peste a Vitoria”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz nº 69. Ed. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria. 1996.

escasa desde finales de septiembre a tenor de la petición de Agustín de Ocio:

*“En este ayuntamiento vista una peticion de agustin de ocio barbero morador e nesta ciudad por la quel dize que el avia servido a esta ciudad en su hospital curando los enfermos decontagion de peste desde dos dias del mes de agosto asta fin de septiembre el año proximo pasado...”*<sup>104</sup>

Aunque no se dieran nuevos casos desde finales de año está claro que el miedo a un posible repunte, como había sucedido en los brotes anteriores, no desaparece del subconsciente, así todavía en abril del año siguiente tenían separada ropa de apestados que ahora proceden a limpiar para entregarla a quien *“pareciere dueño de suya”*, aunque pretenden limitar su excesiva manipulación decretando *“que no aya almonedas de ninguna rropa”*.<sup>105</sup>

No obstante, la mayor prueba del calado en la mentalidad popular del pánico a la peste puede verse todavía en agosto cuando el fervor devoto a la protección de San Roque como protector de la peste, lleva al concejo a ordenar y obligar a los vecinos a guardar dicha festividad el 16 de agosto so pena de una considerable multa,<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 181r. 19-5-1600.

Es ya nombrado como barbero y no como mancebo cirujano, quizá por la muerte de su maestro Bartolomé López con quien vino y a quién servía.

<sup>105</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 178r. 12-4-1600 y 180v. 17-5-1600:

*“En este ayuntamiento visto que la rropa que estava apestada en el portal de Urbina desta ciudad de personas que lo estubieron en los ospitales desta ciudad y olariçu y de casas sentidas y que por mandado de sus mecedes se ha limpiado la dicha ropa y por ques justo que cada uno aya los suyo, acordaron e mandaron que la rropa que pareciere dueño de suya se la den y que lo demas que no pareciere dueño se rreparta entre los pobres neçesitados de los hospitales desta ciudad”* y *“En este ayuntamiento se propuso el mal congagioso de peste que ha avido en esta ciudad del que gloria a dios esta libre y por que el mayor daño que se tiene es procedido de las rropas y bestidos que se manosean, acordaron y mandaron que no aya almonedas de ninguna rropa asta entanto que otra cossa por sus meçedes se procure y mande”*.

<sup>106</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 191v. 14-8-1600:

*“En este ayuntamiento losdichos señores aviendo tratado la loable costumbre y deboçion que esta ciudad tieneen que se celebre y guarde la fiesta de san rroque*

pues temen que si un solo vecino falta a su devoción la epidemia volverá a azotar la ciudad. Y no es para menos, ya que si bien el brote ha cedido intramuros, todavía pasea su manto negro por otras aldeas y pueblos de la provincia con los que la ciudad mantiene estrechos contactos.

Junto al peligro de los intercambios comerciales indispensables para el abastecimiento de la ciudad, existía otro riesgo que el concejo advierte como de mucho peligro, y es que los cirujanos de Vitoria salían a las aldeas a curar retornando luego a sus casas y pudiendo convertirse en un vector de contagio determinante, por lo que deciden atajar esas prácticas a base de cuantiosas multas.<sup>107</sup> Tal orden debió de dejar desatendidas a las poblaciones vecinas, por lo que el ayuntamiento toma la decisión de mandar a un solo cirujano barbero a atenderlas.<sup>108</sup> Éste será Joan Ramos, siendo la primera noticia que tenemos de él y no pudiendo aseverar si ya ejercía con anterioridad en la ciudad o si por el contrario llega tras el posible cese de Herrera.

---

*que sera en diez y seis de este mes de agosto y ahora sera mas necesario que se haga con mas solenidad por el mal de peste de la que dios libre a esta ciudad, acordaron que se pregone que los vecinos y moradores desta ciudad guarden la dicha fiesta que es neçesario sopena de cada mill maravedies a cada uno que lo contrario hiziere”*

<sup>107</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 196r. 1-9-1600:

*“En este ayuntamiento aviendose tratado que los cirujanos desta ciudad salian a curar los apestados que avia en los lugares desta ciudad y luego se rrecogian a ella a sus casas todo lo qual hera en grande daño desta ciudad por el mucho peligro que avia, acordaron y mandaron que se notifique a los dichos cirujanos no salgan desta ciudad en sus pies ni en ajenos a curar los dichos apestados fuera della sin licencia y mandado del [...] sr juez so pena de cinquenta mill maravedies [...] y lo mesmo se notifique a los boticarios que no den rreceta ni la despachen sin licencia de los señores licenciados...”*

<sup>108</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 198v. 25-9-1600:

*“En este ayuntamiento los dichos señores acordaron y mandaron que Joan rramos cirujano e barbero vaya a los lugares apestados y cure de la enfermedad de peste que en ellos corre a laqual se tome certificacion de las personas a quien curare y la traiga y presente en este ayuntamiento para que se vea y entienda”*.

III. 2. 4. Cuarto brote. Del 30 de agosto de 1601 al 30 de diciembre de 1601

Es muy dudosa la datación del inicio de este cuarto y último brote de peste en la ciudad, la fecha del 30 de agosto ha sido escogida por ser la que corresponde al primer acta que alude a un nuevo brote, si bien da a entender que ya lleva algún tiempo y que *“la enfermedad ba en aumento”*,<sup>109</sup> y por que en un acta de septiembre hay *“...una peticion de pedro pancudo cirujano desta ciudad por la qual dize que dende treinta de agosto proximo pasado sirbe a esta ciudad por horden della de cirujano de la enfermedad contagiosa de peste con salario de veine y quatro rreales cada dia por que cura en esta ciudad y en los ospitales de olarizu y santalucia a los conbalectientes en la hermita de san cristoval...”*, si bien, aparece *“Juan rramos de arregui barbero [...] en el ospital de olarizu y san Cristoval y santa maria [...] desde el veintteydos de mayo pasado asta agora”*,<sup>110</sup> aunque este último ya sabemos que asistía a los apestados de las aldeas donde se mantuvo la epidemia desde septiembre de 1600, por lo que sus fechas pueden corresponder a asistencias externas y, tal vez, no al nuevo brote intramuros.

Tampoco el final del brote está claro. El acta más expresiva del fin de la epidemia es del 30 de diciembre de 1601 en la que se asegura que está *“Asentada mucha salud [...] que esta ciudad tiene de enfermedad contagiosa y que se ha quemado la rropa que se ha de quemar y limpiado la rropa y casas que se ha de limpiar y no es neçesario juan de salas que es la persona que [...] se ha ocupado, mandaron que se despida y no le corra salario nenguno desde*

---

<sup>109</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 284r. 30-8-1601.

*“En este ayuntamiento los dichos señores justicia y rregimiento abiendo tratadoy conferido sobre la enfermedad contagiosa que a tocado en esta ciudad y que ba continuando y enfermando nuchas personas a las quales es necesario probeerlas de sustento, especial a las [...] enfermas al ospital de olaiçu y algunas que asta que se declare la enfermedad en ellas se detienen en ésta [y] a las que asta agora án enfermado se les provea por los señores rregiodres y procurador general lo que an conbenido para su susento. La enfermedad ba en aumento”*.

<sup>110</sup> Ambas en, A.M.V., AA.MM. 1602-1608, Lib. 27, fol. 289r. 27-9-1601.

*mañana primero de enero deste año*”,<sup>111</sup> en la que vemos cómo se procede a la limpieza de ropas y casas, aspectos éstos que en otros brotes anteriores se realizaban después de mantener a los convalecientes en cuarentena y no darse ningún nuevo caso en mucho tiempo atrás. Por ello, quizá sea más representativa la fecha del 27 de septiembre en la que, como hemos visto, se libran los salarios especiales por atención a los apestados de Pedro Prancudo y Juan Ramos, si bien, a Herrera no le pagarán hasta final de año, en la misma fecha que a Prancudo le dan su sueldo anual como cirujano municipal. También en septiembre, a primeros, se asegura “...*que los enfermos decontagion que ay curandose en el ospitalde olariçu, la mayor parte dellos ban conbaleciendo y fuera de peligro, según [...] el cirujano*”, pero continúa el texto recomendando sacar a estos convalecientes a otra casa “*donde puedan acabarse de curar, porque con la furia de la enfermedad de los que ban heridos al dicho ospital pudieran tornar [enfermos]*”,<sup>112</sup> luego el brote aún atacaba con furia en lugares de la jurisdicción vitoriana. Además, en octubre el ayuntamiento vitoriano “*tienen noticia de la ciudad de Miranda tiene un cirujano medico para curar la peste que padece quees muy acertado conforme la esperiencia lo ha mostrado*”, así que, al igual que sucedió con el de Oñate, acuerdan una reunión entre el cirujano médico de Miranda y los cirujanos vitorianos “*para que confiera el modo con que curan los dichos cirujanos y medicos desta ciudad...*”,<sup>113</sup> por lo que puede presumirse que el brote o al menos el peligro sigue presente. Al igual que entonces nada sabemos sobre los contenidos de esta reunión, o si se celebró, como tampoco si ello tuvo alguna consecuencia sobre la atención a los apestados. Finalmente, ya en noviembre permiten la devolución de la ropa “*apestada o sospechora de contagios*” a sus dueños, en un nuevo testimonio del

<sup>111</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 306v. 30-12-1601.

<sup>112</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 285v. 4-9-1601. Los que mejoraban serían trasladados a la ermita de San Juan: “*Acordaron y mandaron [...] la disposicion que abia en la hermita y casa de santo Juan, estramuros desta ciudad para que los dichos enfermos conbalecientes se pasen a curar...*”

<sup>113</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 289r. 22-10-1601.

valor que entre aquellas gentes tenía la vestimenta,<sup>114</sup> lo que sugiere una disminución en la percepción del riesgo evidente. En consecuencia, sólo podemos afirmar que el brote parece remitir en septiembre aunque no se dará por finalizado hasta final de año.

Respecto a los profesionales que asistieron durante el brote, Herrera aparecerá únicamente a final de año cuando le libren sus honorarios, lo que no ha de entenderse como una remisión -al menos completa- de su culpa, suponiéndole castigado, ya que si bien se deja constancia de su actuación durante el brote, su puesto al frente de las cosas contagiosas, probablemente a raíz del desencuentro con el ayuntamiento, las asume el cirujano Pedro Prancudo, “*natural balenciano*” que “*esta ciudad tenia cirujano asalariado*”,<sup>115</sup> y que Núñez de Cepeda lo sitúa asistiendo en el hospital Santiago, junto a Esteban de Uriarte, desde 1601 hasta 1614. Aunque no tenemos fecha del inicio de su actividad en Vitoria, esta hubo de ser a primeros del año 1601,<sup>116</sup> en cualquier caso anterior al 30 de agosto en que se hizo cargo del brote de peste. Su salario fue de 1000 reales al año dividido en tres pagos de 333 reales y 11 maravedíes.<sup>117</sup> Entre el 30 de agosto y

---

<sup>114</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 301v. 5-11-1601.

“...que cualquier vezino y morador desta ciudad de qualquier condicion que sea que tubiere rropa apestada o sospechora de contagios la manifieste a los señores regidores y procurador general para que se limpie y despues se buelva a sus dueños y ansi mesmoa quien supieere quien tiene dicha rropa lo venga a manifestar so pena de doscientos azotes al tenedor al encubridor de los susodicho y al que no lo manifestare”. Recordar también la petición de la viuda del barbero Pero Ortiz de Zárate.

<sup>115</sup> A.M.V., AA.MM. 1602-1608, Lib. 27, fol. 284v. 4-9-1601.

<sup>116</sup> Desde la denuncia contra herrera a finales de 1599 hasta la presencia de Prancudo en 1601 aparece nombrado en el hospital Santiago, sólo durante el año 1600, Bonifacio Audibert, al que Núñez de Cepeda le da origen francés y le atribuye un generoso salario de 200 ducados.

<sup>117</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 306r. 22-12-1601.

“Que los señores regidores de sant miguel de seiscientos y uno libren a p depancrudo, Çirujano que tiene esta ciudad asalariado en mill rreales cada un año trescientos y treinta y tres rreales y honçe maravedies del terçio primero del año que se tomo asiento con el por esta ciudad y se libren...”. Núñez de Cepeda sólo le asigna 4.000 maravedíes, aunque éste pueda ser únicamente la parte que le paga el hospital, ya que a partir de 1590 el hospital Santiago contribuye con una quinta parte



el 27 de septiembre cobra además 24 reales diarios por atender a los apestados, salario igual al que se pagaba a Herrera en los tiempos “bajos” de los brotes anteriores, lo que podría indicar una menor virulencia en este último resurgir de la epidemia o a que no pudo o supo negociar un salario más alto. A pié de la epidemia, junto a Prancudo, sólo se cita al barbero Juan Ramos de Arregui y a Herrera, no apareciendo en las actas ni Esteban de Uriarte ni Simón de Gaceo entre los que nos consta que ejercían en ese periodo. Las escuetas alusiones a Francisco de Herrera lo muestran trabajando en la ciudad con los apestados y en los hospitales (sobrentendemos de patronato municipal, Santiago y Santa María), curando y realizando el triage discriminador de contagiados y no contagiados por la peste entre aquellos vecinos que enfermaban, lo que a priori podría entenderse como una labor de confianza y de reconocimiento al conocimiento que había adquirido sobre la enfermedad para discriminarla:

*“...los señores Regidores libren a maese francisco de herrera cirujano treientos rreales por lo que ha curado de peste en esta ciudad a los que no imbian a los hospitales y por el trabajo que tomo en visitar a los que enfermavan y ver si hera enfermedad contagiosa o otra no contagiosa a conforme a la rrelacion echa por los señores Regidores y procurador general...”<sup>118</sup>*

Sin embargo, dos elementos lo ponen en duda: por una parte el salario que, aún desconociendo de cuantos días es, parece inferior al de Prancudo, ya que igualándolo se correspondería con doce días y medio de trabajo, que parece un periodo muy corto aún dando como finalizado el brote en septiembre y, por otra parte, la puntualización que hace el texto sobre que sólo cura a los que no envían a los hospitales (entendiéndose a las ermitas que hacen de lazaretos, no a

---

del sueldo de los asalariados municipales que, entre otros lugares, trabajaban en el hospital. La división en tres tercios de los pagos ya se documenta en 1493 en el contrato con Paulo Martínez de Vitoria, (A.M.V., AA.MM. 1492-1496, Lib. 4, fol. 506v y 507r. 10-6-1493): “*Yten quel tal salario se le de por los tercios del anno*”, estos tercios podrían no ser exactos, ya que en 1420 se sugiere que podrían ser “*una en el octavario de Navidad, otra, la Pascua de Resurrección, otra de San Juan Bautista*” (Núñez de Cepeda, Op. Cit.).

<sup>118</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 306r. 22-12-1601.

los hospitales de la ciudad), lo que parece reservarles a aquellos vecinos con sintomatología menor o dudosa, ya que si un caso estuviera confirmado sacarían al enfermo extramuros.

La otra alusión en las actas que se refiere a Herrera parece incidir en la misma línea de pérdida de estatus:

*“Que los mayordomos de los dichos hospitales paguen a maese franciscode herrera barvero y cirujano mill maravedies que tiene de salario por barvero y cirujano de los dichos hospitales los quales son del salario del año pasado de mill y seiscientos y un años”*.<sup>119</sup>

Se refiere sin duda a los hospitales de Santiago y de Santa María, ya que la figura del mayordomo es la del representante del concejo en el hospital,<sup>120</sup> como patrono del mismo, y que realizaba funciones de gestión económica. La asistencia a los hospitales municipales era una obligación estipulada en los contratos de los asalariados por la ciudad, y hasta 1590 sólo pagaba el ayuntamiento, después el hospital Santiago contribuiría con una quinta parte del salario para terminar contratando y pagando directamente el hospital de forma autónoma, aunque siguió estando administrado por el municipio. El salario que aquí se cita correspondería con un pago que hacen los hospitales administrados por el ayuntamiento por la asistencia al mismo a lo largo de 1601 de Francisco de Herrera, lo que debería suponer a su vez que se hallaba asalariado por el municipio, sin embargo no aparece el pago del mismo como el referido a Prancudo, por lo que ha de suponerse que es un pago por una asistencia puntual en unos momentos de necesidad, probablemente durante las ausencias de Prancudo en las ermitas y que no implica un retorno a su posición de 1599. El montante del pago, mil maravedies, aún presuponiendo que fuera una quinta parte de otra suma, resulta escaso a tenor de lo que cobra Prancudo o de lo que el propio Herrera cobrara hasta 1599, lo que apunta en la misma dirección. Igualmente

---

<sup>119</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 306r. 22-12-1601.

<sup>120</sup> Según Núñez de Cepeda, el cargo de Mayordomo “*recayó casi siempre el nombramiento en dos Diputados, alguna vez en uno de los dos Regidores y también lo fueron aún menos frecuentemente el Alcalde Ordinario y el Procurador General*”. (Op. Cit.)

se le denomina barbero y cirujano, lo que también podría interpretarse como una disminución de prestigio ya que anteriormente sólo se le había denominado cirujano.

Las actas posteriores que aluden a acciones de barberos y cirujanos le silencian completamente, siendo una denuncia por “*la decompostura y atrevimiento ynjurioso que hierommo de sarralde cirujano vezino desta ciudad a tenido con el doctor Villarruel medico asalariado por esta ciudad por el qual esta preso en esta carcel real*”, el documento más significativo, ya que al final del mismo se pide que “*...se notifique el dicho auto a maese estevan de uriarte y diego de arrate y cristoval deVillanueva y ju<sup>o</sup> de palacios y simon de gaçeo y pedro de galbarro ciujanos y barveros desta ciudad...*”,<sup>121</sup> donde, como vemos, no aparece Francisco de Herrera, si bien tampoco Pedro Prancudo, aunque éste sí está documentado en el hospital Santiago mientras que de Herrera no hay rastro alguno. Si bien es posible que muriera, pues lleva al menos 32 años ejerciendo como maese, por lo que podría superar los 50 años, no tenemos constancia de ello -lo que no sería inusual-,<sup>122</sup> pero pensar que nuestro cirujano tuvo que dejar el oficio o marchar a otro lugar a ejercerlo sería un triste final para alguien que, independientemente de una posible actividad delictiva puntual, se entregó de la manera más completa posible en la lucha contra la epidemia de peste, realizando con riesgo evidente de su vida aquellas funciones que nadie quería, en unas condiciones socio laborales penosas, sufriendo un inevitable desgaste emocional, desatendiendo su propia familia y sus negocios particulares en pos de un bien común para el que había sido contratado con una compensación económica engañosa y sin ningún otro beneficio

<sup>121</sup> A.M.V., AA.MM. 1602-1608, Lib. 27, fol. 423v. 31-5-1604.

<sup>122</sup> Apoyaría la supervivencia de Francisco de Herrera el que se identifiquen entre 1588 y 1614 nada menos que 14 bautizos con un padre llamado Francisco Herrera: con Angela Arcaute (también Arcauti y Arcauty) hay bautizos entre 1588 y 1598, con Mari Lopez de Oñate sólo el año 1601 y con María Gamboa (también Gonboa y Ganboa) entre 1602 y 1614, una consecución temporal muy perfecta que parece apoyar la idea de un solo Francisco de Herrera que case al menos en tres ocasiones y tenga una descendencia tan numerosa. Pero no puede descartarse que fuera otro Francisco Herrera, o varios o, incluso, algún descendiente de aquél.

motivador que le animara a continuar mediante un adecuado reconocimiento a su labor.

Para Vitoria este sería el último brote epidémico de peste documentado, si bien la provincia sufriría aún su azote durante el siglo XVII. Oficialmente en el Reino la epidemia de peste aquí estudiada finalizó en abril de 1602. En las actas municipales se recogió de la siguiente manera:

*“En este ayuntamiento se trato como por la misericordia de dios el rreino esta sano y libre de enfermedad de peste [...] acordaron que se quiten la dichas guardas y de oy en adelante no las aya ni se guarden dichas puertas pues no ay de que”*. A lo que sigue la enumeración de las nueve puertas guardadas y de los vecinos encargados de su custodia.<sup>123</sup>

### **III. 3. La reforma hospitalaria de Felipe II.**

Aunque la concreción del título pareciera llevarnos a hablar en exclusividad de la reducción hospitalaria a finales del XVI, lo cierto es que no podemos pasar por alto que ese acontecimiento no es sino una evidencia visible de los profundos cambios que tuvieron lugar en aquel siglo -no podemos olvidar su interconexión con la renovación religiosa impelida desde Trento de la que, en muchos aspectos, la reforma hospitalaria no es sino una parte-; de ahí que, tomando como punto de partida el hecho más conocido de la reforma hospitalaria, tratemos de extender una panorámica sobre ese proceso de cambio renacentista partiendo de varios hechos relevantes documentados en nuestro territorio, esencialmente en Vitoria, durante el XVI. Así pues, deseamos englobar en este apartado los elementos resaltados en la introducción del presente capítulo, en la que hacíamos referencia a la reconstrucción del hospital de Sta. M<sup>a</sup>. del Cabello, la reducción hospitalaria, la separación de enfermos y pobres, y la llegada de la Orden de San Juan de Dios, tomándolos en orden cronológico como

---

<sup>123</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 313v. 19-4-1602.

acontecimientos directrices locales del proceso de cambio que tuvo lugar durante el Renacimiento.

### III. 3. 1. Reconstrucción del hospital de Sta. M<sup>a</sup>. del Cabello.

Habíamos aludido con anterioridad a que no es un hecho que tenga una vinculación directa con el proceso de cambio que señalamos, pero que sin lugar a dudas resulta un exponente claro de la introducción en nuestro entorno de los nuevos aires renacentistas que llegaban de Europa, por lo que de manera indirecta la incluimos como parte del proceso.

Recapitulando brevemente,<sup>124</sup> el primigenio centro hospitalario se había consumido pasto de las llamas en un incendio fortuito en las navidades de 1507. Los inmediatos intentos de reconstrucción se vieron frenados por las estrecheces económicas del ayuntamiento y las malas relaciones con el conde de Salvatierra, heredero de la casa de Ayala y patrón del hospital, quien se opuso a las pretensiones municipales para ceder su patronato a la ciudad y a utilizar las rentas del hospital para su reconstrucción. De ahí que se decidiera trasladar el hospital de manera provisional a una casa junto al portal de barreras mientras no se diera con una solución al problema. Parece que hubo varios intentos serios de construir un nuevo hospital a tenor del contenido de varias actas municipales, e incluso adscribir las rentas de *“otros tres que hay por las calles de la ciudad al Hospital nuevo”*,<sup>125</sup>

<sup>124</sup> La información más coetánea es la de Fray Juan de Victoria (Vidaurrázaga e Inchausti, José Luis. “Nobiliario Alavés de Fray Juan de Victoria. Siglo XVI”. Editorial la Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1975), si bien la más completa y extensa se la debemos a Núñez de Cepeda (Núñez de Cepeda y Ortega, Marcelo. “Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estíbaliz”. Imprenta del Monasterio de El Escorial, 1931), completándose con alguna aportación de Martín Latorre (Martín Latorre, Peli. “ Hospitales, peregrinos y... otras cosas”. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1996.).

<sup>125</sup> Desconocemos a que tres se refiere, aunque nos inclinamos a pensar en los tres que finalmente unirán sus rentas en 1590 y que se vinculaban con la administración municipal (Magdalena, Santa María y Sta. M<sup>a</sup> del Cabello). La duda surge porque el patrono del último de ellos ya había expresado su negativa a ceder prerrogativas a favor de la ciudad, por lo que puede pensarse que se refirieran a una triada diferente.

sin dejar por ello de intentar la intercesión real para lograr el patronato del de Sta. M<sup>o</sup> del Cabello -de lo que se tiene constancia desde 1521-. Algunas obras que debieron comenzar con ese fin hubieron de paralizarse con el inicio de la guerra de las Comunidades, conflicto que abrió las puertas al traspaso del patronazgo del hospital a manos del ayuntamiento, ya que el cabecilla de la casa de Ayala y patrón del centro, entonces conde de Salvatierra, se había posicionado con los Comuneros dirigiendo la sublevación en Álava, lo que tras su derrota llevó pareja la pérdida de todas sus posesiones. La oportunidad no pasó desapercibida para la ciudad que, sin embargo, no logró su objetivo ya que el perdón general decretado por Carlos I para cerrar el conflicto las devolvió a sus herederos, si bien ya no gozarían del mismo poder. Probablemente esta pérdida de prestigio ayudó a que se reanudaran las conversaciones directamente entre el nuevo patrono y la ciudad de Vitoria, lográndose finalmente la cesión del patronato en abril de 1535 a cambio de 1600 ducados de oro, habiéndose de precisar también la facultad real, ya que se trataba de bienes señoriales y, además, porque el entonces heredero del patronazgo, Atanasio de Ayala, era menor de edad.

A partir del año siguiente, el hospital, hasta entonces bajo la advocación de Santa María del Cabello, comienza a ser denominado de Santiago Apóstol con motivo de la agregación de éste al Archihospital de Santiago de Roma. Y aunque no desaparecen otras nominaciones como las de hospital de la plaza o del mercado, quedará oficialmente ya hasta nuestros días con el nombre de hospital de Santiago Apóstol, motivo por el que a partir de este momento nosotros también lo denominemos así. El nuevo edificio, construido en un momento pujante de la economía vitoriana va a realizarse siguiendo modelos contemporáneos que plasman las nuevas orientaciones artísticas de un incipiente Renacimiento, pero sobre todo, aportando

---

Tal vez la alusión concreta de ser los que se encuentran en las calles deje fuera al de la Magdalena, refiriéndose por tanto a los de Santa María, San Pedro y el recién creado de San José (1514). Sin embargo, ello nos lleva a la cuestión debatida con posterioridad de cómo hacerse con las rentas de los centros privados, lo que no conseguirán en 1590 a pesar de las directrices papales y reales, por lo que es poco probable que contaran con los de San Pedro y San José 70 años antes.

aquellas innovaciones arquitectónicas acordes a la finalidad del centro; es decir, por primera vez se iba a construir un hospital pensando en que ése iba a ser su fin y por tanto, acomodando su fábrica a las necesidades esperables entonces para estos edificios. Los modelos a gran escala eran los hospitales reales de Santiago y de Toledo, si bien, para el caso vitoriano sólo nos consta el envío del maestro de cantería Juan de Herbeta a ojear los edificios de Burgos y Valladolid.<sup>126</sup> Finalmente, en 1539, por votación restringida entre los seglares y eclesiásticos llamados a Concejo, se decide aprobar la traza presentada por el fraile de la Orden de los Predicadores Fray Martín de Santiago. Arquitecto que había trabajado como ayudante en el convento de San Esteban de Salamanca, a las órdenes del arquitecto alavés Juan de Álava, natural de Larrinoa en la hermandad de Cigoitia,<sup>127</sup> encargándose de su finalización al abandonar la obra nuestro paisano. Por tanto, cuando llega a Vitoria, Fray Martín puede considerarse un arquitecto novel pero entrenado en una obra de gran calado donde se apunta ya el paso de un gótico tardío a nuevos aires renacentistas. Desconocemos todo acerca de su labor en la construcción del hospital de Santiago, que se considera finalizado en 1556 tras varias vicisitudes económicas, fecha en la que ya se habían iniciado las obras del convento de San Telmo en San Sebastián (1544) también a cargo de Fray Martín de Santiago. Nuestro interés radica en llamar la atención que, si bien desconocemos la traza de nuestro hospital, sí contamos con algunas breves descripciones que lo señalan como de planta rectangular con patio central y dependencias en ambas alas,<sup>128</sup> modelo que vemos en las obras previa y posterior de Fray

<sup>126</sup> A.M.V. AA.MM. Acta del 7 de junio de 1538.

<sup>127</sup> Enciclopedia Auñamendi, consulta digital en <<http://www.euskomedia.org>>.

<sup>128</sup> Las dos descripciones más extensas son del siglo XVIII, la primera -de 1739- a partir de la Provisión Real de Felipe V para conocer el estado de los hospitales alaveses. A.H.N. Agrupación de fondos de los consejos suprimidos. Consejo y Cámara de Castilla. Consejo de Castilla. Varios del Consejo de Castilla. Consejo de Castilla. 1ª y 2ª Serie. Leg. 12629/EXP.SN. Hay copia de la contestación de la Hermandad de Vitoria en el A.M.V. Decretos. Lib. 55, 1739-1742; la segunda, la perteneciente a Landázuri, en "Historia civil, eclesiástica, política y legislativa de Victoria, sus privilegios, exenciones, franquezas y libertades". Madrid, 1780. Reedición de la Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1976. Pág.108.

Martín, en la parte claustral, ya que estos dos edificios cuentan con una gran iglesia aneja, mientras que nuestro hospital contó con una capilla como parte del edificio, probablemente ocupando todo el ala norte haciendo esquina con el acceso al convento de San Francisco. Si comparamos la estructura de ambos claustros, vemos por ejemplo, la coincidencia de motivos arquitectónicos en ambos edificios, todavía con pilastrones de descarga típicamente góticos o con arcos carpanel en el segundo piso propios también de un gótico tardío. Por tanto, la traza y el estilo que aporta Fray Martín no varían mucho de Salamanca a San Sebastián, luego ¿no es de esperar que entre ambas realizaciones, también el hospital de Santiago contara con aquella magnífica presencia? De ser así estaríamos frente a una pérdida añadida, ya que, dentro de la historia de la arquitectura vasca, se señala al edificio de San Telmo, junto al más decididamente renacentista de la Universidad de Oñate, coetánea de nuestro hospital, como los ejemplos introductores del Renacimiento arquitectónico en nuestro entorno.<sup>129</sup> Luego estaríamos hablando de que su derribo en 1820 supondría una pérdida comparable a la desaparición de los conventos de Santo Domingo y San Francisco a primeros del siglo XX, tras un siglo de deterioro mantenido desde sus desamortizaciones.

¿Qué motivó su derribo? La versión oficial del concejo habla sólo de la escasa capacidad del hospital y de su deterioro; si bien, no hemos de olvidar que el año en que se derriba representa un punto de inflexión en el desarrollo urbanístico de la ciudad, superada la depresión económica y demográfica de la Guerra de Independencia, que anuncia el nacimiento de una ciudad nueva abierta al sur a partir del nexo de Olaguibel a finales del XVIII mediante los arquillos y la actual Plaza de España. De clara vocación aristocrática y burguesa sólo había dos inconvenientes a su expansión y a la atracción de los ricohombres vitorianos: el hospital para pobres y el arrabal del sur.<sup>130</sup>

---

<sup>129</sup> Fornells Angelats, Montserrat. “Rodrigo Mercado de Zuazola, un mecenas del Renacimiento guipuzcoano”. *Ondare* nº 17, 1998. Págs. 167-175.

<sup>130</sup> Cuenta Ladislao de Velasco cómo las reticencias de la burguesía para instalar sus negocios en los bajos de la nueva plaza, por su proximidad al arrabal, convirtió durante años aquellas lonjas en meras cuadras y caballerizas. En Velasco y



En el primero mandaba el ayuntamiento, y por higiene y salud de sus enfermos se trasladó al lugar de Olla ciega; mientras que en el segundo caso, burguesía y nobleza esperaron a la revalorización del terreno por el ferrocarril a mediados del XIX.

No obstante esta interpretación, sí es cierto que salvo las importantes reformas del XVIII, a lo largo de todo el siglo XVII son frecuentes las alusiones al deterioro del edificio, en la que pudo tener una nefasta consecuencia el uso de los bajos del hospital, desde su apertura, como almacén municipal.<sup>131</sup>

### III. 3. 2. Reducción o concentración hospitalaria.

El segundo tema que proponemos es el de la Concentración hospitalaria de Felipe II que, en nuestro caso se llevaría a cabo en 1590 unificando las rentas de los tres centros hospitalarios administrados por el ayuntamiento: La Magdalena, Santa María y Santiago, adscribiéndolas a este último que, en principio era el único de debía pervivir.

A lo largo del siglo XV y XVI el aumento del número de instituciones hospitalarias hacía insostenible la persistencia del sistema medieval, ya que los hospitales más antiguos habían ido depreciando sus rentas, manteniéndose a duras penas o claramente empobrecidos cuando no arruinados, algunos de los más modernos se fundaban con rentas muy escuetas y, en cualquier caso, la mayor parte de los centros fundados por particulares dejaban al frente de sus hospitales, como patronos o administradores, a parientes segundones con el fin de dotarles de unas rentas encubiertas que les permitieran un medio de vida, a cambio del hipotético mantenimiento del hospital y de los objetivos caritativos para los que fue fundado. Con el paso del

---

Fernández de la Cuesta, Ladislao de. “Memorias del Vitoria de antaño”. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar. Vitoria, 1889.

<sup>131</sup> Probablemente jugó en su contra la continuidad del hospital de Santa María que, al liberar espacio en el edificio, llevó al concejo a amortizarlo como almacén. Por ejemplo de carbón (A.M.V., AA.MM. Acta del 15 de octubre de 1631) o de aceite de ballena (A.M.V., AA.MM. Acta del 21 de enero de 1643, fol. 404v.).

tiempo y las generaciones, los fines caritativos se reducían y la mayoría de los beneficios de las rentas hospitalarias iban a estos beneficiados en lugar de hacerlo al hospital, cuando no quedaba en total olvido el motivo de su fundación. Fray Juan de Victoria, en fechas próximas a la unificación hospitalaria, describe sin tapujos la situación de algunos centros de la ciudad de Vitoria: *“por tener hecha la probanza que en algunos o alguno de los particulares hospitales no hay pobres, casi antes están alquilados y sirven de mesón y de encubrir malas personas, ni se cumple con la voluntad de los fundadores...”*<sup>132</sup> Es obvio que se refiere a los hospitales de San Pedro y San José, ambos de patronato privado,<sup>133</sup> precisamente los que no se logrará concentrar en Vitoria. Aunque tampoco los de patronato municipal se libraban de queja, así en 1485 *“En este ayuntamiento se acuerdo e mando por los dichos sennores que por quanto la casa del ospital de Santa Maria y las rentas della handan a mal recabdo e non se destribuyen para los pobres segund fue la voluntad del testador”*.<sup>134</sup>

La situación de menoscabo en el servicio hospitalario del reino ya había sido denunciada en tiempos de los Reyes Católicos<sup>135</sup> y en

---

<sup>132</sup> Vidaurrázaga e Inchausti, José Luis. “Nobiliario Alavés de Fray Juan de Victoria. Siglo XVI”. Editorial la Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1975. Pág. 263.

<sup>133</sup> El hospital de San Pedro recibía ese nombre por su ubicación frente al ábside de dicha parroquia, y había sido fundado por Garci Martínez de Estella en 1396, continuando en manos de dicha familia a finales del XVI. El de San José era el de fundación más reciente, de 1514, por parte de Pedro Ochoa de Lepazarán y su esposa María Martínez de Urrejola. Su fundador recibía el apodo de *“belcha”*, desconociéndose el motivo, ¿tal vez de ascendencia judía o morisca?; al igual que el anterior se hallaba en la calle Herrería, en la tercera vecindad, y a finales del XVI ejercía de patrona la hija del fundador, María Ochoa de Lepazarán, viuda de Pedro Pérez de Gaona (según A.R.Ch.V. ES.47186.ARCHV/1.7.2/Registro de ejecutorias. Caja 0377.0084) o Pedro de Gaona según Vidaurrázaga transcribiendo a Fray Juan de Victoria (Op. Cit. Pág. 263).

<sup>134</sup> A.M.V., AA.MM. 1479-1487. Acta del 30 de marzo de 1485. Lib. 2. Fol. 172 v.

<sup>135</sup> *“...muy expreso por parte de Fernando el Católico...”*, según López Piñero, José María en “Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista”. Revista Española de Salud Pública, vol. 80, núm. 5, sept-oct. 2006. Madrid. Tal vez por ello la concentración hospitalaria se dió muy tempranamente en la Corona aragonesa, la primera en 1512 en Valencia.

varios sínodos, pero habría de ser el revulsivo de la Reforma Luterana la que impulsará un mayor control sobre estos centros, dentro de las medidas de reacción que supuso la Contrarreforma católica. El Concilio de Trento sería tajante con el fraude hospitalario, cuya reforma era presentada *“como una empresa de las iglesias particulares que debían reexaminar su situación hospitalaria, eliminar los fraudes que se habían introducido en los hospitales y en las cofradías que los sustentaban hasta el punto de hacerse todos ellos sospechosos de engaño y encubrimiento de un servicio asistencial que de hecho no prestaban y reorganizar la asistencia a los pobres y enfermos”*.<sup>136</sup> Finalmente, Felipe II con la bula del papa Pío V, tras varios intentos frustrados, será quien afronte el reto de concentrar las rentas hospitalarias en todos los lugares de la Corona a uno o dos centros para que dieran un servicio real a los necesitados. La reforma que, en un inicio, había sido apoyada por los procuradores a Cortes de las ciudades, se encontró con la oposición de éstos al ver que la administración de los mismos se pretendía otorgar a la Iglesia en lugar de a los Concejos. No debemos olvidar el ejercicio de control social que suponían estos centros y por tanto el interés de ambos por hacerse cargo de su gestión.

En el caso vitoriano no nos consta enfrentamiento entre las autoridades municipal y eclesiástica, suponemos en primer lugar por ser conocido el patronazgo del ayuntamiento sobre tres de los cinco centros hospitalarios que entonces contaba la ciudad, número nada excesivo en comparación con otras ciudades castellanas.<sup>137</sup> Las gestiones para concentrar los hospitales ya se habían iniciado en 1521, cuando el hospital de Santiago se encontraba trasladado a la casa del Portal de Barreras y no se conseguía su reconstrucción, pero no se logró avanzar nada, como tampoco en el intento general de Felipe II

<sup>136</sup> García Oro, José. Portela Silva, María José. “Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato”. Cuadernos de Historia Moderna, 2000, 25, monográfico. Págs. 87-124. Pág. 99.

<sup>137</sup> Ibidem. Aún siendo ciudades de mayor envergadura la desproporción es evidente. En Salamanca existían 19 hospitales, en Medina del Campo más de una docena, en Valladolid una cuarentena y en Sevilla 74.

de 1568,<sup>138</sup> habiendo de esperar hasta 1587 para que se iniciara el intento definitivo. Evidentemente la finalidad era concentrar los cinco centros vitorianos, lo que no ofrecía dificultad para los tres de patronato municipal; sin embargo, los intereses de los dos hospitales privados, es decir, los de sus patronos, no parecían ir por los mismos derroteros. Según relata un testigo destacado, Fray Juan de Victoria, *“resisten terriblemente esta reducción doña Ana de Estella y su marido Martín de Salinas y sus deudos. Y mucho más la mujer de Pedro de Gauna, difunto patrón del hospital de Belcha, que no hay remedio hasta hoy de hacerlos exhibir las fundaciones de sus hospitales...”*,<sup>139</sup> por lo que ante la resistencia ofrecida por estos centros se zanja la concentración rebajando el objetivo a los tres municipales. Probablemente jugó un papel determinante la endogamia vitoriana, que reunía en pocas familias los poderes político y económico, tanto civil como religioso, tal como refiere Fray Juan de Victoria (Op. Cit.): *“Cesó Vitoria de insistir en reducir los hospitales, no sé si por como dicen hazme la barba y hácete el copete, que los ricos y parientes todos son a una aunque los pobres padezcan mil miserias”*.

Por tanto, a diferencia de aquellos autores que han expuesto la reducción hospitalaria en Vitoria como un acontecimiento positivo y cerrado sin apenas controversia, nosotros vemos el proceso reformador como un fracaso, y no sólo por no haber sido capaz de englobar a los centros privados, y con ello eliminar las malas prácticas señaladas; sino también por la posterior anulación práctica de tal reducción. Nos referimos al caso del hospital de Santa María, centro tradicionalmente volcado en una función asilar, tanto de ancianos y desvalidos como de expósitos, ya que en él *“no ay obligaçion de recoger a pobres peregrinos y enfermos, mas de solamente dar*

---

<sup>138</sup> Desde diciembre del año anterior, se despacharon numerosas provisiones reales con la finalidad de recabar información de los centros hospitalarios a fin de iniciar su proceso de reducción, que parecía inminente. No obstante las fechas, destacamos la visita del licenciado Martín Gil de 1556 con un meticuloso recorrido por los hospitales alaveses que nos hace preguntarnos si no podría estar dentro de algún intento previo de información y reducción hospitalaria.

<sup>139</sup> Vidauzárraga. Op. Cit.

*aposeno para que biban en el algunos vecinos de la dicha çuidad poco pudientes que se sustentan de trabajar en ofiçios que tienen, a los quales no se les da mas de fuego y un pan de limosna e quatro maravedis los dias primeros de las Pascuas, y que la renta que tiene se gasta en socorrer otros pobres neçesitados que hay en la dicha çuidad conforme la ocasión se ofresçe...’’<sup>140</sup> entre los que se encontraban los niños expósitos, ya que de las rentas de Santa María “se abonaba a mujeres casadas que en sus casas criaban a niños expósitos [...] los cuales pasaban, cuando eran mayores, a pernoctar en el Hospital’’.<sup>141</sup>*

Tras la concentración hospitalaria de Santa María, junto a La Magdalena y Santiago, a favor de éste último, debiera de quedar un único centro sociosanitario bajo gestión municipal para Vitoria; de hecho esa parecía la intención del municipio desde 1581 en que el ayuntamiento daba muestras de querer finiquitar ambos centros asilares: “...acordaron que en el dicho hospital [de Santa María] se haga estudio general [colegio público para niños] y que se hagan en el Hospital de Santiago otros tantos aposentos como hay en el de Santa María donde se pasen y se les dé limosna a los pobres”,<sup>142</sup> pretendiendo el mismo año convertir el de La Magdalena en “Convento de Religiosas profesas, observantes y encerradas” obteniéndose bula del Papa Gregorio XIII para ello el año siguiente. Aunque hubo de esperarse hasta la concentración -en el caso de La Magdalena el traslado de pobres al de Santiago se hizo en septiembre de 1589- el vetusto hospital de San Lázaro y La Magdalena cesaría definitivamente su actividad pasando a ser Convento de Carmelitas descalzas.<sup>143</sup> Sin embargo, del de Santa María no puede asegurarse que se llegara a cerrar, y si se hizo, habría de volverse a abrir por la

<sup>140</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 25 de octubre de 1581. Lib. 21. Fol. 546 v.

<sup>141</sup> Núñez de Cepeda (Op. Cit. Pág. 24).

<sup>142</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 25 de octubre de 1581. Lib. 21. Fol. 546 v. El aula de estudio finalmente se hizo en 1589 en “un aposento [...] que se ha hecho en el hospital de Santa María”, pero el centro continuó sus funciones.

<sup>143</sup> Bazán, Iñaki. “De Hospital de San Lázaro y La Magdalena a convento de las Brígidas, pasando por una fuga de monjas”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, nº 136. 4 de diciembre de 1999. Págs. 20-21.

incapacidad del hospital de Santiago para hacerse cargo de los pobres, ancianos, desvalidos o huérfanos que la ciudad producía.<sup>144</sup> Coincidirá esto con la gran crisis del siglo XVII, que llenará de pobres todos los parajes del Reino, comenzando entonces a ponerse en marcha medidas correctoras basadas en los postulados de Juan Luis Vives o de Giginta, entre los que se encontraba la construcción de hospicios, de finalidad esencialmente asilar, pero con matices de control social de la pobreza y la delincuencia a caballo entre la protección y el castigo. Por esas fechas se comienza a documentar las alusiones a Santa María como hospicio, aunque por lo que se entrevé en los archivos, realizando lo que siempre había hecho.

Por tanto, lo único que se logró -y no debió ser poco- fue unificar las rentas de los tres centros municipales en el de Santiago,<sup>145</sup> pudiendo disponer el ayuntamiento de ellas en su totalidad, merced a su patronazgo, y redistribuyéndolas a su arbitrio, eso sí para los fines sociosanitarios que correspondían a los fines fundadores de cada uno de aquellos, pero pudiendo cubrir objetivos más amplios, especialmente por la capacidad de interpretar la voluntad de aquellos y de modificar sus objetivos. Un ejemplo habría de ser la orden de admitir enfermos en el hospital en medio de la crisis del XVII porque *“la necesidad adobliga mucho”*.<sup>146</sup>

---

<sup>144</sup> Por ejemplo, al año siguiente de la concentración, en abril de 1600, leemos en las AA.MM que se alude a *“dos niños pobres que tiene en el ospital de santa maria”*. A.M.V., AA.MM. Actal del 12 de abril de 1600. Fol. 178 r.

<sup>145</sup> A partir de ahora, se hará siempre alusión a las rentas del hospital Santiago para costear las acciones propias hasta entonces de otros centros, así en el acta municipal del 10 de agosto de 1642 (fol. 364 r.) leemos *“...que este dia por la mañana se avia allado en el parco de la yglessia Parrochial de san yldefonso desta ciudad una niña espossita con un papel en que dezia llamarse Maria Bentura Y que conbenia darla a una ama para que la crie al pecho por quenta de las rentas del ospital de santiago destinadas para efectos desta calidad...”*, ya que aunque el hospital de Santa María siga abierto, las rentas del mismo sí se unificaron con las del Santiago quedando éste como titular de todas.

<sup>146</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 1 de abril de 1644, 480 r.

### III. 3. 3. Hospitales y hospicios. La pobreza como problema.

La pobreza había sido entendida a lo largo de toda la Edad Media como una virtud cristiana; como la viva representación del Jesús itinerante que él mismo había ensalzado en pasajes como las Bienaventuranzas. La necesidad de pedir y la obligación de dar se había instaurado en un mecanismo válido para contener la pauperación social de las clases más desfavorecidas, y cuando ésta creció durante la crisis bajomedieval se articularon otras vías para evitar los conflictos sociales, como la fundación de hospitales por nobles prepotentes (usando el término elegido por Díaz de Durana),<sup>147</sup> caso de los Ayala y Estella vitorianos.<sup>148</sup> Estos mecanismos se arroparían con legislaciones represivas, especialmente para los pobres no avecindados que tratarían de frenar la atracción de vagabundos, como las contenidas en las Ordenanzas vitorianas de 1487: “...hordenaron e mandaron que nynguno o alguno que no trabaja en trato o en oficio conoçido que dentro del terçero dia que fuere requerydo salga de la çiudad sopena de la ley de Berbyesca...”,<sup>149</sup> además quien llegara a la ciudad debía dar razón de sus medios de subsistencia, “et sy fueren foraneos que ninguno les de posada et sy fueren foraneos que no tubyere de que pagar que yaga nuebe dias en la cadena...”.<sup>150</sup> En definitiva, se mantenía la visión sacralizada de la pobreza, pero haciendo un recorte geográfico, ya que la obligación de

<sup>147</sup> Díaz de Durana, J. R. “Vitoria a fines de la Edad Media, 1428-1476”, pág. 102, nota 168.

<sup>148</sup> Precisamente por aquellos años en que los Ayala-Sarmiento fundan el hospital de Sta. M<sup>a</sup> de Cabello, las ordenanzas vitorianas de 1423 acusan a los bandos (Ayalas y Callejas) porque “*tienen e trahen omnes baldios que los quieren mantener por malquerençia.*”, es decir, por utilizarlos para sus luchas, con lo que contribuían a llenar la ciudad de vagabundos desocupados. Otro tanto ocurría en la provincia según se desprende de los cuadernos de Hermandad. Cfr. Bazán Díaz, Iñaki. “La criminalización de la vida cotidiana”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.). “La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea” Editorial Txertoa. 1995.

<sup>149</sup> Díaz de Durana, J. R. Op. Cit. Pág. 87.

<sup>150</sup> Ibidem. Para Iñaki Bazán, por estas ordenanzas y otras posteriores, *Vitoria entre finales del siglo XV y principios del XVI, se verá sometida a uno de los procesos más intensos de criminalización de la vida cotidiana de sus habitantes que ha conocido a lo largo de su Historia*. “Criminalización... y Orden público...” p. 14.

limosna se reservaba a los vecinos pobres, documentándose a lo largo de los años posteriores numerosas normativas, en prácticamente todas las ciudades castellanas, aludiendo a que cada lugar ha de ocuparse de los pobres que produzca, en un vano intento de reducir la presión asistencial a los menesterosos.<sup>151</sup> La situación de pobreza, que se generaliza en toda Europa, dará lugar a los primeros planteamientos serios de regularla, señalándose de manera habitual a la obra “*De subventione pauperum*” (Del socorro de los pobres) que publicara Juan Luis Vives<sup>152</sup> en 1526 como el inicio del cambio de visión del pobre como elemento sacralizado a la del pobre como problema; además, al incluir el problema de la pobreza dentro de la incumbencia de los gobiernos, se la tiene también por la precursora ideológica de la Beneficencia Pública, que no llegará hasta el siglo XIX.<sup>153</sup> A sus postulados en defensa de los verdaderos pobres y la persecución de los falsos, se atribuyen influencia en las legislaciones sobre la mendicidad y la pobreza de Carlos I (como Emperador en 1531, en España en 1540) y Felipe II (1565),<sup>154</sup> aunque ya para entonces Vitoria había establecido un sistema para censar a los pobres verdaderos –aquellos a quienes se debía ayudar- y perseguir a los falsos. En 1526, “*en rrazon de los bagamundos e pobres que handan en la dicha çibdad e del mucho mal que de ello rredunda por non haber vna persona puesta por la çibdad porque tenga cargo de belar las personas que handan a pedir de fuera de la juridiçion de la dicha çibdad e sin neçesidad*”,<sup>155</sup>

---

<sup>151</sup> Iñaki Bazán (La criminalización... pág. 147) recoge varios ejemplos de expulsión de foráneos “*porque an fatigado e fatigan en los ospitales e çiudad*”.

<sup>152</sup> Luis Vives (1492-1540), humanista y filósofo español. Nacido en Valencia, vivió la mayor parte de su vida en Francia, Inglaterra y los Países Bajos. El conjunto de su pensamiento posee un evidente carácter ecléctico, con influencias del aristotelismo y el platonismo, y ejerció una notable influencia entre los humanistas de la época. Microsoft ® Encarta ® 2007.

<sup>153</sup> Respecto a la obra de Vives, seguimos la versión de Lorenzo Riber, publicada por Marsiega editorial, SA en Madrid el año 1985.

<sup>154</sup> La pragmática del 7 de agosto de 1565 tiene un especial interés ya que estará vigente hasta la legislación constitucional sobre Beneficencia de 1822, durante el breve Trienio Liberal.

<sup>155</sup> Transcripción del Acta de junio de 1526 de Iñaki Bazán en “La vida cotidiana...”, pág. 147.



el concejo nombra a Bartolomé de Nanclares como vigilante de pobres y vagabundos, además de encargar a los mayores de las vecindades que informaran sobre aquellos vecinos que se hallaban en necesidad. La finalidad de control social está clara, por una parte se trataría de limitar la llegada de pobres de fuera de la jurisdicción vitoriana, y por otra, de desenmascarar a los falsos pobres locales, de tal forma que los recursos adscritos a las rentas de los hospitales -todavía sin concentrar- se destinaran realmente a los necesitados. Probablemente pueda encajarse dentro de este control la noticia recogida por Núñez de Cepeda (op. Cit. Pág. 24) respecto al gran número de asilados que comenzó a tener el hospital de Santa María desde mediados del XVI, todavía sin iniciarse la crisis, que ya hacia finales, cuando se inicia la depresión que genéricamente llamamos del XVII, se haría insostenible: “...en 1579 eran tantos que hubo de tomar el Ayuntamiento la decisión de hacer una requisa para obligar a que trabajasen muchas personas que aún podían hacerlo y que se hallaban allí ociosas”. Está claro pues que las medidas de 1526 no dieron todos los resultados esperados, y que se hubo de seguir parcheando la cuestión de los falsos pobres reiterativamente. La noticia de Cepeda, no obstante, nos alude también a la obligación al trabajo, cuestión en nada baladí ya que es en este tránsito de lo tardomedieval a lo moderno cuando el mercantilismo precapitalista cobra vida, ensalzando el valor del trabajo como precepto divino, pero también como medio para combatir la ociosidad, cuestión está última que, como vemos, comienza a percibirse desde el XV como peligro social y origen de todos los males.<sup>156</sup>

Volviendo a Juan Luis Vives y a su obra “Del socorro de los pobres”, éste va a defender la utilización de los hospitales como centros de acogida para los pobres reales, de forma que se retiren de la circulación en las ciudades, especialmente a la hora de mendigar. Para Vives el centro hospitalario ha de cumplir al unísono objetivos sanitarios y sociales: “Doy el nombre de hospitales a aquellas instituciones donde los enfermos son mantenidos y curados, donde se

---

<sup>156</sup> Si bien, de manera más exaltada en los países protestantes, especialmente en los calvinistas.

*sustenta un cierto número de necesitados; donde se educan los niños y las niñas, donde se crían los hijos de nadie, donde se encierran los locos y donde los ciegos pasan la vida*”, es decir poco más o menos lo que veríamos en el caso vitoriano repartidos entre los tres centros municipales que, teóricamente por aquellos años, se planificaba concentrar en uno aglutinando todos estos fines. Ya hemos visto que eso no ocurrió, persistiendo el hospital de Santiago como centro de cuidados sanitarios y de peregrinos,<sup>157</sup> y el de Santa María como centro asilar de cuidados sociales después de 1590, fecha en la que sí se unificaron las rentas de los tres y puede darse por desaparecido el hospital de La Magdalena. Para esas fechas otro teórico básico, Miguel de Giginta, había publicado su “Tratado de remedio de pobres” dando origen al concepto de “Casas de Misericordia” para nombrar a estos centros de características asistenciales asilares,<sup>158</sup> más conocidos como hospicios, ya que para Giginta no se debían juntar los mendigos con los pobres, separando los hospitales de las “*hospederías de mendigos no enfermos*”. El hospital de Santa María pasaría a convertirse en uno de ellos por simple costumbre nominal, no porque cambiara de finalidad su razón de ser, de hecho los asilados que enferman en él son allí atendidos, por lo menos hasta la segunda mitad del XVII. En general, y más viendo el modelo vitoriano, estos hospicios de origen humanista conservan el paternalismo caritativo del medievo, y si bien no dudamos de que fueron un instrumento para el control social en manos de la oligarquía política y económica de la ciudad,<sup>159</sup> están lejos de los correccionales ingleses del XVII, en los que la mezcla de lo paternal y lo punitivo se diluyen al 50%, aunque

---

<sup>157</sup> Respecto a su actuación como “hospital de curación” ya hemos señalado la dificultad para establecer cuándo inicia formalmente esa acción. Con seguridad a partir de 1644, probablemente desde fechas en torno a la concentración hospitalaria y última epidemia de peste (1590-1599).

<sup>158</sup> Puede verse una reedición comentada en la edición de Félix Santolaria Sierra publicada por Ariel Historia en 2000.

<sup>159</sup> Y no debemos olvidar que en Vitoria, desde el capitulado de 1476, el poder municipal va a quedar en manos de la nobleza unificándose poder político y económico.

no olvidemos, éstos serán el modelo de los hospicios ilustrados del XVIII, caso del vitoriano de 1777.<sup>160</sup>

Así pues, a finales del XVI en Vitoria ya se habían llevado a la práctica buena parte de los postulados teóricos que se recogen en las obras de Vives y Giginta, al igual que en las legislaciones del siglo, lo que parece indicarnos una representación social del problema mucho más amplia de las que los escritos de estos grandes humanistas no son sino la expresión de soluciones ya ensayadas. No sabremos si estos intentos de control hubieran podido dar mejores resultados de los que se alcanzaron, ya que las previsiones que pudieran manejarse en la primera mitad del XVI quedaron hechas pedazos ante la avalancha de pobreza y miseria que se cernería sobre toda Europa al declinar el siglo. Por tanto, las primeras normativas de control sobre la mendicidad y la pobreza que se dieron durante el Renacimiento se verían ralentizadas en el XVII, por una coyuntura económica deprimida en el contexto religioso de la contrarreforma y de la sensibilidad barroca, para volver a ser tomado como discurso en el XVIII formando parte del corpus ideológico de la Ilustración y el Despotismo Ilustrado, aunque no constituirá un modelo organizado con respaldo jurídico hasta el tambaleamiento del Antiguo Régimen que, en el caso Español, está bien definido por los efímeros marcos jurídicos de la Constitución de Cádiz y la Ley sobre beneficencia de 1822 durante el Trienio Liberal, retomados sin solución de continuidad tras la muerte de Fernando VII, especialmente a partir del R.D. de 1836 que restablecía la Ley de 1822.

---

<sup>160</sup> En 1601 la reina inglesa dicta la ley de los pobres (Poor Act Law) en pleno auge de la crisis del XVII, a cuya sombra *“aparecen en Inglaterra las casas de corrección, edificios a medio camino entre fábrica, asilo y prisión (correccionales). En estas construcciones, que sirven de reformatorios oficiales, los pobres y los desempleados deben realizar trabajos forzados. Dado que estos correccionales admiten también a enfermos, a menudo cumplen funciones de hospital o de manicomio”*. Schott, Heinz. *“Die Chronik der Medizin”*, edición española adaptada por Cid, Felip. *“Crónica de la Medicina”*. Editorial Plaza & Janés. Barcelona, 2004. Pág. 165.

### III. 3. 4. Los Hermanos de San Juan de Dios.

La Orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios,<sup>161</sup> también conocida por Hermanos de la Misericordia, fue aprobada por el papa Pío V, en 1572, 72 años después de la muerte de Juan Ciudad (1495-1550), su fundador. Fue la primera y más significativa de las órdenes dedicadas a los cuidados de enfermería en España tras la reforma tridentina, de la que puede decirse que nace como Orden y, en cierta manera, para servir a sus designios, no en vano la aprueba el mismo papa que instiga la reducción hospitalaria. Sin lugar a dudas la Contrarreforma marca sus primeros pasos y favorece su expansión por toda la península; de forma que podría aventurarse que la Orden colabora decididamente en la renovación de la Iglesia católica y, por tanto, en la limitación del avance de las doctrinas protestantes. De 1585 se conservan las Constituciones y Reglas del hospital de Granada -fundado por el santo- y de 1587 las Constituciones para toda la Orden, las cuales incluyen brevemente algunas normas asistenciales, lo que añadido a la experiencia acumulada en el hospital de Granada<sup>162</sup> convertía a los Hermanos de la Orden en un verdadero cuerpo de enfermería sistematizado, especialmente adiestrados para su acción hospitalaria que contribuían a mejorar no sólo desde su actividad asistencial, sino también creando una arquitectura hospitalaria propia fruto de sus experiencias.<sup>163</sup>

Ya en 1584, en medio de una gran confrontación entre el obispado y la ciudad por la jurisdicción de los nuevos hospitales generados en Salamanca tras la unificación, García Oro y Portela Silva recogen la positiva experiencia de la llegada de la Orden a hacerse cargo de los centros: *“fue Nuestro Señor servido encaminar el remedio de esta necesidad, el qual ha sido traer al Hermano*

---

<sup>161</sup> Aludimos a San Juan de Dios aunque no será canonizado hasta 1690, por lo que en la documentación del periodo sólo se alude a Hermanos de Juan de Dios.

<sup>162</sup> Fundado por el propio Juan Ciudad tras su cambio de rumbo al oír predicar a Juan de Ávila en 1539, e iniciar su actividad asistencial.

<sup>163</sup> Ferreras Mencía, Soledad. Rodríguez Perales, Rosa M<sup>a</sup>. Gallego García, Angel Santiago. Arribas, Juan Manuel. “Una arquitectura de la hospitalidad: diseño para el cuidado”. Actas del IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Las Palmas de Gran Canaria, 2007.

*Baltasar con algunos hermanos de su habito y con su venida se allanó todo*”.<sup>164</sup>

En el caso de Vitoria ya hemos referido que no parece que se hubiera dado este tipo de confrontaciones entre el poder civil y eclesiástico por el control de los centros, pero sí va ha coincidir que las primeras noticias que tenemos de la congregación sea en fechas cercanas a la concentración hospitalaria, lo que nos hace preguntarnos si la expansión de la Orden tuvo algo que ver con este proceso general de unificaciones en la Corona; es decir, si de alguna manera existió una planificación para dotar a los nuevos centros de una asistencia específica a través de los Hermanos de Juan de Dios. La idea que subyace es un cierto paralelismo con lo que veremos mucho después, en la ley sobre Beneficencia de 1822, en la que se recomendará la asistencia a esos centros por parte de las Hermanas de la Caridad.

Quede sin respuesta la cuestión, lo cierto es que 20 años desde la fundación de la Orden, aparece documentado en Vitoria el Hermano Miguel de la Rosa asistiendo como hospitalero en el hospital de Santiago desde enero de 1592. No tenemos noticia directa de su actividad, pero hemos de suponerla muy apreciada por la ciudad ya que en septiembre del mismo año se presenta ante el ayuntamiento pidiendo licencia para abandonar el hospital porque el Hermano Mayor de la Orden le mandaba ir a Valladolid y, aunque le dejan marchar, el concejo moviliza todos sus recursos para lograr su vuelta, lo que se logra en abril de 1593. Desde esa fecha hasta mayo de 1595 aparecerá nuevamente el Hermano Miguel de la Rosa, estando acompañado al final por un compañero, el Hermano Juan. En estos dos años las noticias son muy escuetas y ya han sido recogidas por Núñez de Cepeda (Op. Cit. Págs. 354-357), entre las que destaca la gran meticulosidad en los registros de las cuentas del centro, así como algunas modificaciones en el trabajo del centro: por ejemplo habían vuelto a salir a la calle a pedir limosna, como en los primeros tiempos

---

<sup>164</sup> OP. Cit. Pág. 108.

de los hospitaleros,<sup>165</sup> con la cual se mantenían los hermanos y daban de comer a los pobres. Nada sabemos de modificaciones en los cuidados o cambios en la relación asistencial con médicos y barberos, aunque a tenor de la autoridad manifestada en otros centros hemos de suponer que algo cambiaría.

Desconocemos el motivo de su marcha y cómo se hizo, pero en los siguientes diez años no volvemos a tener noticias de ellos. Coincide esos años con los brotes pestilíferos finiseculares pudiendo tener alguna relación su marcha con ello, o en todo caso el retraso en su retorno.

Con más nitidez conocemos la llegada de la Orden por segunda vez a nuestra ciudad. El 28 de septiembre de 1605 se aprueba en el ayuntamiento la llegada de *“un hermano dela compañía de Juandedios llamado enrrique grabelin [...] que no se puede hordenar de misa aunque lo esta de epistola y ebangelio por nueba rregla y constitucion que ay en su horden y compañía<sup>166</sup> y offrece serviran de todo que fuere menester [...] y rregira los pobres enfermos sin que sea necesaria otra persona mas de solo para la limpieza de la rropa [se procurará sustento] su persona y de los hermanos que tubiere en su compañía y a los pobres enfermos que oviere con las limosnas que rrecogieren, y en caso que no alcancen seles acuda a suplirlo de la rrenta del ospital”<sup>167</sup>*

El ayuntamiento parece estar encantado con la oferta de Enrique Grabelin y los otros dos hermanos que vienen con él,<sup>168</sup> ya que *“teniendo consideracion a la mucha carga [económica] que tiene el ospital y que de rrecibirlo [a Enrique Grabelin] le rresulta beneficio por escusarle salarios de ospitaleros y gastos y rraziones que se dan a*

---

<sup>165</sup> Lo cual es un signo distintivo de la Orden, que aún conserva en Granada como reliquia el capazo que usara el fundador para pedir limosna por las calles de aquella ciudad.

<sup>166</sup> Es decir, vendría a ser Diácono.

<sup>167</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 28 de septiembre de 1605. Fol. 503 r.

<sup>168</sup> Núñez de Cepeda alude a un compañero, y efectivamente en el acta anterior el ayuntamiento habla de *“dicho hermano y su compañero”*, pero en octubre leemos *“enrrique granelin ermano de la orden de juan de dios con otros dos hermanos”*.

*la gente que tiene y a los pobres y los enfermos...*” por lo que el concejo no tiene ningún reparo en despachar al matrimonio hospitalero sin previo aviso: “*y que los mayordomos del [del hospital] den horden que lo desocupen las personas que estan en el*”. Además, al mes siguiente el hermano Gravelin solicita poder usar las limosnas recogidas para ir a Roma a solicitar licencia para poder consagrar y administrar sacramentos, de tal forma que “*sirbiese en el dicho santo ospital en lugar del capellan*”, lo que para el ayuntamiento vuelve a convertirse en dinero ya que “*aorrara el salario que se le da al que al presente aya*”.<sup>169</sup>

Desconocemos si efectivamente fue a Roma, pero en cualquier caso Núñez de Cepeda cita a Andrés de Arsua como capellán del hospital ininterrumpidamente entre 1601 y 1640 por lo que es probable que no lograra suplantar al sacerdote. Tampoco tenemos noticias de sus andanzas los dos años que debieron estar en Vitoria, ya que sorpresivamente el 9 de enero de 1608 se dice que “*el ospital de Santiago de la plaça desta ciudad estava sin ospitalero que acogiese a los pobres y diese recado a los enfermos...*”,<sup>170</sup> sin saber nuevamente razones de su marcha.

Resulta evidente que la presencia de los Hermanos no hubo de ser bien recibida por los hospitaleros, que pierden su empleo y su medio de vida, ni tampoco por el capellán, que vería en riesgo el salario municipal y teniendo que buscar parroquia donde sobrevivir. Pero es dudoso que el ayuntamiento siguiera viendo bien a los Hermanos a largo plazo, ya que si en un principio la congregación aseguraba que lograría vivir en autarquía merced a lo recaudado con sus limosnas, dejando íntegras para el Concejo las jugosas rentas concentradas de los tres hospitales y sin tener que pagar salarios ni raciones, no por ello las rentas dejaban de pertenecer al hospital y dejaban de tener que ser destinadas a los fines originales de los tres

<sup>169</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 12 de octubre de 1605. Fol. 508 v.

<sup>170</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 9 de enero de 1608. Fol. 615 v. Núñez de Cepeda comete un error al datar este acta en 1607, por lo que adjudica a los hermanos juandedianos una estancia de “*un año aproximadamente*” (Op. Cit. Pág. 356) cuando en realidad estuvieron algo más de dos.

centros. Por tanto, a medio-largo plazo el ayuntamiento correría el riesgo de perder el control asistencial, administrativo y económico del centro, incluido el control social de la pobreza en unos años en que despunta la gran crisis del XVII. Tampoco barberos y cirujanos verían con buena cara a una congregación que demostraba formación, vocación y destreza, y que tal vez ya ejecutaban a principios del XVII cuidados instrumentales propios de aquellos.<sup>171</sup> Es cierto que no tenemos documentos para apoyar estas tesis, pero la Orden sólo se asentaría a partir de centros de nueva creación, fundados por ella misma o en caso de titularidad discutida, y en el caso de Vitoria demasiado recientemente el ayuntamiento había tenido que demostrar y defender su patronato sobre La Magdalena, Santa María y Santiago.<sup>172</sup> No obstante, desde el punto de vista de la enfermería, y viendo la posterior evolución profesional de la Orden, no cabe duda de que la ciudad perdió una gran oportunidad de superar el umbral de lo paradoméstico en los cuidados inmediatos que continuarían dispensando el matrimonio hospitalero.

---

<sup>171</sup> La Orden editaría un “*Breve Compendio de Cirugia*” en 1683 destinado a la formación de Cirujanos Menores.

<sup>172</sup> Nos referimos a la documentación que hubo de aportar en el proceso de concentración hospitalaria. A.T.H.A. Fondo hospital Santiago. Inventario de documentos de los hospitales de Santiago, La Magdalena y Santa María de vitoria (1536-1657). Caj. 14. Doc. 4. Fol. 26. Existe copia más legible de 1761 en mismo fondo, lib. 42.



## Capítulo IV. El siglo XVII.

### La crisis barroca. Empirismo y espiritualidad.

Tras el breve periodo de la Tregua de los Doce Años que confirió al reinado de Felipe III (1598-1621) un aire de pacifismo, España volvería a implicarse en los grandes conflictos europeos concadenando la Guerra de los Treinta Años (1618-1648) con la franco-española -hasta 1659-, y los posteriores conflictos causados por el expansionismo francés de Luis XIV que la débil monarquía de Carlos II (1665-1700) fue incapaz de frenar. A la par, la conflictividad interna -siempre internacionalizada- entre la tendencia centralizadora y la descentralizadora, quedó marcada por la crisis de 1640, la independencia portuguesa (1668) y, estirando el siglo, por la Guerra de Sucesión (1701-1713) al trono español, en la que al conflicto interno se superpondrá un conflicto europeo general cuyo final, la Paz de Utrecht de 1713, significó el fin del imperio español en Europa y de la hegemonía de los Habsburgo. Suele hablarse también de la desaparición de la “Europa vertical”, en la que los reinos estarían subordinados al Emperador y al Papa, a favor de una “Europa horizontal”, basada en monarquías independientes y en la búsqueda del equilibrio mediante alianzas diplomáticas y militares.

La sangría demográfica y económica de las guerras avivó una crisis económica generalizada en toda Europa, pero a la que España fue especialmente sensible por sus peculiaridades comerciales e industriales dependientes de sus colonias de ultramar, a lo que ha de unirse la decadencia de la ganadería lanar y de la agricultura, así como la persistencia de la peste -especialmente la epidemia de 1647-, sin olvidar las desastrosas consecuencias derivadas de políticas incorrectas emanadas por un sistema de gobierno devaluado por el dominio de los validos y la venta de cargos.

En Álava, la regresión demográfica del XVII no parece estar influida por la peste de 1647, ni tampoco hay datos de que la expulsión de moriscos, presentes en la zona riojana, tuviera la trascendencia del área mediterránea, por lo que, a falta de nuevas orientaciones, ha de explicarse por los conflictos bélicos, el incremento de miembros del clero<sup>1</sup> y por el hambre. Siguiendo a Rosario Porres<sup>2</sup>, conforme la guerra se convirtió casi en estructural durante la Edad Moderna, la teórica exención militar de Álava fue perdiendo su virtualidad, y la asignación de soldados y cargas a las diversas localidades acabó constituyendo un factor de tensión interna; *“por primera vez y como consecuencia del incremento de estas contribuciones,<sup>3</sup> las relaciones entre Alava y la Corona se vieron en algún momento dificultadas, sino amenazadas”*. Como contrapartida, la provincia lograba que por primera vez la Corona declarara *“la igualdad sustancial de la foralidad alavesa con la de Vizcaya y Guipúzcoa”*.

---

<sup>1</sup> Supuestamente no reproductivos.

<sup>2</sup> Porres, M<sup>a</sup> Rosario. “Edad Moderna: del concepto geográfico a la entidad política”. En Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996. Pág. 179 y ss.

<sup>3</sup> Ibidem. A partir de 1649 la incapacidad alavesa para mantener el frenético ritmo de reclutamientos llevó a la provincia a tratar de evitarlos, logrando que las contribuciones en hombres se rebajaran, pero incrementándose las financieras: *“Alava, a tenor de la hoja de Hermandad, multiplicó casi por 3 sus repartimientos, que pasaron de una media de 729.600 mrs. en el último decenio del Quinientos a prácticamente 2.000.000 en (1690-1699)”*. Pág. 181.

En este marco de crisis económica, la sociedad estamental española vivió un proceso de polarización marcada por el empobrecimiento de un campesinado que constituía la mayor parte de la población, la debilidad de la burguesía y las clases medias, y especialmente, por el crecimiento numérico de los grupos sociales improductivos, nobleza más clero en un extremo y marginados: pícaros, vagos y mendigos, en otro. Paradójicamente, si en el siglo anterior Vives o Giginta habían roto los lazos de la pobreza con la virtud cristiana y la habían presentado como problema social, dando lugar a las primeras reglamentaciones sobre la mendicidad, ahora que la crisis del XVII llenaba las ciudades de hambrientos a un paso de la delincuencia como medio de supervivencia, en una clara manifestación de riesgo social, la espiritualidad contrarreformista volvía a ensalzar no sólo la pobreza como virtud, sino que las nuevas órdenes religiosas que nacían a la estela de Trento, postulaban la mendicidad como principio. Así, no es de extrañar la revitalización de las fundaciones hospitalarias,<sup>4</sup> ni el mantenimiento de todas las prácticas caritativas medievales, ya que probablemente el elemento más definitorio de la sociedad española del XVII, fue la de seguir enquistada en los valores aristocráticos y religiosos asentados en la centuria anterior que, sin embargo, estaban entrando en crisis en los países europeos que asumirían el liderazgo en el siglo XVIII.

Esta mentalidad se apoyaba en los múltiples privilegios que detentaba la nobleza (exención de pagar impuestos directos, no poder ser encarcelados por deudas, no ser torturados, ser enviados a prisiones especiales..., incluso no podían ser ahorcados y tenían el “privilegio” de morir decapitados). Beneficios que impulsaban a la obtención de documentos acreditativos de dicha nobleza (expedientes de limpieza de sangre, por ejemplo), y a hacer valer sus derechos. Así, destacamos el énfasis puesto por el cirujano Diego de Zárate, al

---

<sup>4</sup> Para el caso alavés puede verse la relación de centros fechados en este siglo, presentada en el capítulo segundo, para valorar la revitalización del fenómeno.

comenzar a ejercer en Vitoria, en demostrar su hidalguía y reclamar sus privilegios.<sup>5</sup>

Tradicionalmente se achaca a esta mentalidad el retraso con respecto a otros países europeos en la constitución de una burguesía sólida con aspiraciones políticas. Señalándose el afán común de quienes acumulaban fortunas en el comercio o la manufactura por vivir a la manera noble, entre otras cosas adquiriendo tierras -en la idea de mayorazgo improductivo-, en lugar de dinamizar sus negocios o ampliar sus inversiones hacia la agricultura, comercio o artesanado. Aspectos que serán ampliamente denunciados en el siglo siguiente por los grupos ilustrados, en nuestro caso por la Bascongada con el vitoriano Valentín de Foronda a la cabeza. Exceptuando ciudades esencialmente mercantiles como Cádiz o Barcelona, la ausencia de esta mentalidad empresarial, que en las paradigmáticas urbes inglesas y holandesas abanderaban el desarrollo económico, mantenía los modelos de producción heredados del medioevo, mucho más susceptibles a la crisis general que se vivía durante el periodo. Sin lugar a dudas es el caso de Vitoria, cuyo papel comercial de primer orden en la Baja Edad Media, mantenido durante el XVI, se resiente durante la crisis del XVII.

Álava no será ajena a este crecimiento generalizado de la pobreza, en la que podemos apreciar cómo desde finales del XVI parecen repuntar las fundaciones hospitalarias, a las que unimos otras medidas de respuesta solidaria a la adversidad, de las que prácticamente ningún miembro de los colectivos rurales estaba libre,<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> “...el bachiller diego deçarate cirujano desta ciudad digo que yo he pretendido en el santo oficio de la inquisicion de logroño ser su familiar en esta ciudad para locual el tribunal de la dicha inquisicion me ha allado con las calidades y requisitos nezesario para la dicha familiatura y asi me ha hecho merced de darme los titulos de tal familiar de los cuales ago a V. A demostracion para que me tenga con tal familiar y guarde [...] en los honoresy esenciones que a los tales se les deben que enllo...”. A.M.V. AA.MM. Acta del 7 de enero de 1615. Fol. 361 v. y 362 r.

<sup>6</sup> El término de “pobreza móvil” puede aplicarse a la práctica totalidad del campesinado alavés del XVII, así como a los empleados urbanos, pequeños artesanos y a los oficiales liberales de bajo rango. El término alude a la fragilidad de estos trabajadores y sus familias frente a la adversidad, ya que cualquier

como la instauración en casi todos los pueblos de las llamadas “arcas de misericordia”, así como los “pósitos” de trigo.<sup>7</sup> La pervivencia de estas medidas clásicamente caritativas no ocultará la aparición de algunos testimonios, todos vitorianos, que presentan a la pobreza como problema y la vinculan a vagancia y delincuencia; de hecho, la reapertura del hospital de Santa María como hospicio, tras la teórica concentración hospitalaria de 1590, no deja lugar a dudas de que el propio ayuntamiento vitoriano asume esa visión de la pobreza como problema. Igualmente, las disposiciones de las Constituciones Sinodales de Calahorra, regulando la acogida a los transeúntes en los hospitales de su obispado -Álava incluida- diciendo “...*que ninguna persona sea en ellos acogida, sino es yendo de camino, y por vna noche sola, salvo en caso de enfermedad, ò necesidad notoria*”,<sup>8</sup> transmiten la idea de medidas profilácticas frente a la pobreza foránea, que en modo alguno quiere fomentar su asentamiento. Tal vez también en relación a ese incremento numérico de la pobreza se halle el segundo intento de establecimiento en Vitoria de la Orden mendicante de San Juan de Dios a principios del siglo. Al igual que en su primera aparición en la ciudad, ofreciéndose para atender al hospital de Santiago el cual, a mediados del XVII, abandona formalmente a instancias del ayuntamiento su condición de centro para peregrinos, objeto de su fundación, para atender también a pobres enfermos. Situación que sólo habíamos documentado durante la epidemia de peste de 1599, aunque valorábamos la posibilidad de que ya se diera desde la concentración hospitalaria de 1590.

---

contratiempo, como una enfermedad o una alteración productiva, les llevaba directamente a engrosar las filas de la “pobreza estructural” marcada por el rostro femenino de viudas y solteras, junto a ancianos, enfermos, discapacitados, dementes o huérfanos.

<sup>7</sup> Por ejemplo en Laguardia. Enciso Viana, Emilio. “Laguardia en el siglo XVI”. Diputación Foral de Álava, Consejo de Cultura. Vitoria, 1959. Pág. 115: “El Arca de Misericordia se fundó en el último cuarto del siglo”. “El Pósito del trigo lo estableció el ayuntamiento en 1575”. “Había también en Laguardia un Hospital titulado de Nuestra Señora del Pilar”.

<sup>8</sup> Constituciones Sinodales de Calahorra. Constitución V del Libro tercero, título XIV, “*De la acogida, y permanencia de viandantes en las casas de Hospitalidad*”.

Estos dramáticos avatares políticos del siglo XVII afortunadamente no frenaron el avance logarítmico de la cultura y la ciencia iniciado en el Renacimiento. Las cumbres alcanzadas en la plástica durante el barroco, de modo significativo en España, a las que propiamente asignamos el término de “siglo de oro”, estuvieron acompañadas con los avances científicos. Leibniz, Newton, Kepler, Galileo, Descartes o Francis Bacon marcaron dos corrientes opuestas, el racionalismo y la experimentación que, hacia mediados del siglo, terminaron por complementarse modelando la forma básica del pensamiento científico moderno en las ciencias naturales, en lo que venimos llamando “Revolución Científica”. También en las ciencias de la salud sobresaldrán figuras esenciales en el camino por librarse de las ataduras galénicas. Suele señalarse en la historia de la medicina que si el Renacimiento fue la época clave de la anatomía, con Vesalio como ejemplo; el barroco lo sería de la fisiología, ejemplificado en Harvey y Malphigi, gracias a un instrumento de suma importancia, el microscopio, que daría lugar a la primera teoría estructural de los seres vivos en base a la “fibra”.<sup>9</sup> No obstante, ni el mejor conocimiento fisiológico, ni algunos nuevos avances en la anatomía, permitieron obtener mejores resultados en la práctica clínica, lo que seguía sumiendo a la medicina en un general fracaso terapéutico, a pesar de la incipiente y arrolladora irrupción de la química farmacológica, lo que permitía, por contra, aumentar el prestigio de cirujanos y barberos que, dentro de su campo, presentaban una mayor tasa de éxitos. Y ello a pesar que durante el XVII la cirugía no avanzó llamativamente, e incluso su dominio anatómico ya era compartido por la medicina; sin embargo, seguían siendo indispensables en el campo de batalla y, a la par de su utilidad demostrada, paulatinamente también lo fueron en la vida civil.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> La “doctrina fibrilar” fue uno de los principales fundamentos de los saberes biológicos durante el XVII y XVIII, hasta que microscopios más avanzados permitieron crear la “doctrina celular” a partir de los trabajos de la escuela alemana de Johannes Müller (Schwann, Henle o Virchow). Cfr. López Piñero, José María. “Historia de la Medicina”. Biblioteca historia 16. Madrid, 1990. Págs. 59 y ss.

<sup>10</sup> El ejemplo característico del encumbramiento de la cirugía al nivel médico es la famosa intervención de una fistula anal al Rey Luís XIV por su cirujano, Charles

En el desarrollo de la cirugía durante el XVII ejerció un papel primordial la aparición de centros formativos específicos, así como la generalización de textos impresos, que contribuyeron a dotar de una sólida formación teórica a estos profesionales y, sobre todo, a uniformar las capacidades de quienes aprobaban el derecho a ejercer la cirugía. En el caso español, con cierto retardo frente a Europa, no habrá un despunte claro hasta la reforma impulsada por los borbones en el siglo siguiente, en parte por la señalada persistencia durante el XVII de la aspiración nobiliaria como modelo de vida, que llevaba implícito el rechazo al trabajo manual, lo que suele situarse en la órbita de la mentalidad barroca hispana del rechazo antropológico al trabajo, considerado vil porque manchaba el honor y la dignidad dentro de los valores de representación de la Nobleza, caracterizado (y caricaturizado) por la preeminencia de dos tipos contrapuestos igualmente improductivos que, indudablemente, contribuyó a agravar la crisis social y económica: el hidalgo ocioso y el pícaro.

Esta equiparación, al menos en prestigio, entre médicos y cirujanos, llevará inherentemente a un conflicto por la definición de las competencias que no sólo afectará a ambos profesionales, sino que englobará a todos aquellos que participaban del mismo campo susceptible de ser colonizado por la ascendente cirugía: barberos y matronas evidentemente. De manera concreta puede verse este conflicto en el caso vitoriano, cuyo punto de partida parece ser el gran prestigio alcanzado por barberos y cirujanos en la última epidemia de peste del XVI, aquella en la que destacábamos el papel de Francisco de Herrera, pasando desapercibida en nuestra provincia las reiteradas alusiones en la historia de la enfermería de un paulatino intrusismo varón en las funciones de la matrona, merced a la inexistencia de una regulación y la permisividad del libre ejercicio, no siendo hasta mediados del siglo siguiente cuando comience a evidenciarse las presiones de los cirujanos para hacerse con el dominio de la práctica partera.

---

Félix de Tassy, en 1686, que logró resolver lo que sus médicos no fueron capaces, solucionando a su vez el verdadero problema de Estado que suponía la reiterada indisposición del Rey a causa de aquella dolencia.

No obstante lo señalado para la medicina, el siglo XVII tendrá una figura sobresaliente, a la que se atribuye la creación de la medicina científica y, en cierta manera, la superación definitiva del modelo galénico, Thomas Sydenham, el “Hipócrates inglés”, cuyo concepto ontológico proponía que la enfermedad debería estudiarse igual que otros objetos de mundo natural, clasificando a los padecimientos en clases, órdenes y géneros, lo mismo que se estaba haciendo con plantas y animales. Para ello consideró necesaria la observación clínica desde la aparición de los síntomas hasta su desaparición, es decir, el conocimiento del curso natural de la enfermedad. Con sus causas suficientes y necesarias, el concepto ontológico de entidad morbosa sería la piedra angular de la medicina futura, desde el fundamento anatómico en la obra de Morgagni un siglo después, pasando por la era de la bacteriología a finales del XIX, hasta la delimitación actual del fundamento genético.

Aunque en España el retraso con otros países comenzaba a hacerse patente, habiendo de esperar hasta el desembarco del reformismo Borbón y la introducción de ideales ilustrados para observar estos cambios en nuestro entorno, en la Europa más avanzada para finales del XVII se había hecho ya evidente que la investigación iba avanzando con mayor rapidez que la clínica, lo que produjo inevitablemente un desfase entre la formación reglada y la práctica. Mientras la enseñanza de la medicina en las universidades seguía estancada en los clásicos, el espíritu reformista se canalizó por vías menos rígidas, dando lugar al nacimiento de las academias, verdadero alma del conocimiento en la centuria siguiente.

Finalmente, habremos de señalar que si el empuje científico español se resintió durante el XVII, tal vez por los excesos de nuestra Contrarreforma, por el ansia nobiliaria, o por la rigidez de las universidades, sí hubo por el contrario, un espíritu racionalista, observador y experimentador en las artes que no dependían de las universidades ni aspiraban a la vida aristocrática. Además del ejemplo de la literatura y la plástica se encuentra, sin lugar a dudas, la enfermería. Poco conocido todavía -ya hemos insistido en lo mal que vendemos nuestra profesión-, pero desde hace varios años los



historiadores de la enfermería reclaman un protagonismo para varios enfermeros españoles del XVII que dieron el salto cualitativo de plasmar por escrito de manera ordenada y secuencial qué era ser enfermero, cuál debía ser su formación, y cuáles sus tareas y funciones. 200 años antes que Florence Nightingale, la *“Instrucción de enfermeros, para aplicar los remedios a todo genero de enfermedades, y acudir a muchos accidentes que sobrevienen en ausencia de los Medicos”* publicado en 1617 por la Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres (más conocidos por Hermanos Obregones), y el *“Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo”* del barbero y enfermero Simón López, probablemente de 1651 (hay edición de 1668), marcaban la enorme diferencia de desarrollo entre la enfermería de la Europa católica y la de la Europa protestante. Sin lugar a dudas el avance de las órdenes mendicantes expelidas por la reforma tridentina en la integrista España, con una especial vocación enfermera, tuvo que jugar un papel decisivo en la acumulación de saberes tradicionales, una metódica observación y el racionalismo práctico que revelan estas obras, sin dejar de lado su integración con los avances médicos y los conceptos sobrenaturales del catolicismo.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Puede profundizarse en estos temas a través de la obra de los hermanos Manuel Jesús y Antonio M<sup>a</sup> Claret García Martínez:

García Martínez, Manuel Jesús. “Cuidados enfermeros en la España del siglo XVII. Hacia la búsqueda de una identidad profesional”. *Gazeta de Antropología* N<sup>o</sup> 20, 2004. Disponible en:

<[http://www.ugr.es/~pwlac/G20\\_22ManuelJesus\\_Garcia\\_Martinez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G20_22ManuelJesus_Garcia_Martinez.html)>

García Martínez, Manuel J.; García Martínez, Antonio C. “La enseñanza de la Enfermería en la España del siglo XVII. El manual de Enfermería de Simón López (1668)”, *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, n.º 3, Seminario de Historia y Antropología de los Cuidados Enfermeros, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, 1998. Págs. 15-23.

García Martínez, Manuel J.; García Martínez, Antonio M<sup>a</sup> Claret; Hernández Martín, Francisca J.; Pérez Melero, Andrés; Pinar García, M<sup>a</sup> Eugenia. “Aproximación a la Enfermería Española de los Siglos XVI-XVII”. Madrid. Consejo General de Enfermería de Madrid. 1993.

García Martínez, Antonio M<sup>a</sup> Claret; García Martínez, Manuel Jesús. “Directorio de Enfermeros y Artífice de Obras de Caridad para Curar las Enfermedades del Cuerpo”. Consejo General de Enfermería de Madrid. 2001.

Aunque a nuestro pesar, en Álava no tenemos constancia de que estas publicaciones llegaran a hacer acto de presencia, y mucho menos que se escribiera algo sobre enfermería, no hemos de olvidar los textos formativos de la Orden de San Juan de Dios,<sup>12</sup> ya que como recordaremos varios hermanos de esta Orden trataron de asentarse en Vitoria a finales del siglo XVI y, en un segundo intento, en los primeros años del XVII. Para Arribas, Gantes y Rodríguez (op. Cit.) las tres primeras Constituciones de la Orden: Constituciones y Reglas del hospital de Granada de 1585, Constituciones para toda la Orden de 1587 y Constituciones para la Congregación Española de 1611; sirvieron para unificar las normas de gobierno en una Orden que se extiende rápidamente por la geografía española (la Orden había sido aprobada por Pío V en 1572 y en 1592 ya estaban en Vitoria) y en ellas se recogen, aunque en menor medida, aspectos asistenciales de la actividad que los hermanos y novicios de la Orden han de desarrollar dado su carácter hospitalario. Además, a lo largo del siglo XVII la Orden editaría el *“Breve Compendio de Cirugia”* en 1683 destinado a la formación de Cirujanos Menores, esto es barberos y sangradores; y en 1668, dentro de la *“Instrucción de Novicios del Orden de la Hospitalidad”* se recogerán 2 capítulos dedicados a la actuación de las enfermerías y a la preparación y administración de remedios de la época. Por tanto, el fracaso de los dos intentos de asentamiento en Vitoria de una congregación de los Hermanos de San Juan de Dios, lo consideramos como la pérdida de una ocasión única para reactivar los cuidados enfermeros en nuestro entorno desde perspectivas de observación y racionalidad que, en su ausencia, continuarán ancladas en cuidados paradomésticos hasta mediados del siglo XVIII.

---

<sup>12</sup> Arribas Marín, Juan Manuel. Gantes Soto, José Carlos. Rodríguez Perales, Rosa María. “Los Textos de Formación en la Orden de San Juan de Dios”. *Temperamentum. Revista internacional de Historia y Pensamiento enfermero*, 2005; 1. Disponible en: <<http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0102.php>>.

#### **IV. 1. Intrusismo profesional. La lucha por la definición competencial entre las profesiones sanitarias. Siglos XVII y XVIII.**

Resulta complicado hablar de intrusismo en un momento histórico en el que todavía se trata de reglamentar la mayor parte de las prácticas empíricas que tienen que ver con la salud; no en vano empirismo y racionalismo conviven a lo largo del siglo en un maridaje que dará como fruto el concepto moderno de experimentación científica, bajo la directriz del Método. Por tanto, habrá que esperar al despunte de la Ilustración para encontrarnos de manera más llamativa el fenómeno de la intrusión profesional como denuncia, pero ya entonces partiendo de las mejoras que el racionalismo borbónico había introducido en la burocracia del país. Sin embargo, en el XVII lo que nos encontraremos será una pugna por apropiarse de determinadas competencias en función de las capacidades propias, pero también de la fortaleza coyuntural de un oficio y la debilidad de otro, ya que esta cuestión del intrusismo, que no quedará resuelta, a nuestro parecer no fue tanto el resultado de la indefinición de los profesionales y sus competencias como, de una parte, de la incapacidad de todos ellos para dar solución a las demandas de la población a la que servían y de la que dependían, y de otra, de la incapacidad de las administraciones para cubrir las demandas territoriales con personal cualificado.<sup>13</sup> Ambas cuestiones conducían invariablemente a la valoración individualizada de cada sanitario en su área geográfica y, por tanto, a que un curandero determinado pudiera gozar de mayor prestigio que un doctor en medicina concreto;<sup>14</sup> o a que en un lugar específico no

---

<sup>13</sup> Recordemos que todavía a mediados del siglo XIX la escasa distribución de médicos en el amplio mundo rural, hará que barberos, sangradores, ministrantes, etc., sigan ejerciendo sus prácticas seculares en contra de las normativas y funciones vigentes, pero consentidas por una administración sin recursos.

<sup>14</sup> Mikel Astrain alude a la *“poca autoridad y fuerza que tenían los galenos frente a otras personas que ejercían el arte de curar en la misma zona, normalmente famosos curanderos”*, extrayendo del Memorial de Vicente Crespo al Conde de Peñafiorida en 1785 la siguiente cita: *“son más perniciosos [los curanderos] a la república que una cuadrilla de famosos bandoleros ya que no solo matan y roban sino que además persiguen al médico”*. Astrain Gallart, Mikel. “La práctica médica en el medio rural castellano. El Memorial de Vicente Crespo (1785)”. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2002, 22, págs. 461-472.

existieran esos curanderos ante los buenos resultados de los sanitarios titulados o con licencia. Y ante el libre ejercicio y la libre competencia, quien obtuviera mejores resultados con criterios de morbi-mortalidad sería quien obtendría el favor del público. Evidentemente dicho así parece que hablaríamos más de un *laissez-faire* propio de la mentalidad librecambista de los fisiócratas del XVIII que del proteccionismo mercantilista del XVII, y efectivamente hay que tener en cuenta el factor del poder social, por sus vinculaciones con el político y económico, a la hora de valorar la primacía de uno o de otro. En el caso vitoriano, después de los barberos del XV que habíamos visto como económicamente bien situados, y que también suponíamos en los cirujanos conversos, la imagen del XVI no es tan clara, pero veíamos en los años de peste varias alusiones a barberos que transmitían idea de miseria, aunque no tenemos datos para poder generalizar. Del XVII aún contamos con menos datos, ya que aunque tengamos alguna orientación a partir de los salarios en los contratados por la ciudad, este sueldo sólo representa una parte de sus ingresos totales, mayoritariamente provenientes de su trabajo privado y, en cualquier caso ello no nos aclara su posición social. De la actividad liberal apenas tenemos más noticia que la de la licencia otorgada al maestro Esteban de Uriarte y a su yerno, el bachiller Diego de Zárate, para abrir tienda en el arrabal,<sup>15</sup> lo que unido a la defensa de sus prerrogativas como “familiar” de la Inquisición de Diego de Zárate, quien va a sustituir a su suegro como cirujano municipal,<sup>16</sup> parece otorgarle una posición desahogada, pero que seguimos sin poder generalizar para todo el colectivo.

#### IV. 1.1. Médicos contra barberos y cirujanos.

La gran labor realizada por barberos y cirujanos durante las epidemias de peste del siglo anterior se vería correspondida por los ciudadanos de Vitoria, que no dudaban en otorgarles su confianza cuando perdían el precario equilibrio de la salud. Barberos y cirujanos

---

<sup>15</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 31 de octubre de 1608. Fol. 8 r.

<sup>16</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 7 de enero de 1615, Fol. 365 v. y 362 r.

estaban siendo llamados en muchas ocasiones con preferencia al médico, “*aumentándose su prestigio hasta el punto de que llegaron a atreverse a firmar recetas...*”,<sup>17</sup> facultad reservada a los físicos. Así se evidencia en el siguiente texto, todavía durante los coletazos del último brote de peste en 1600:

*“En este ayuntamiento vista una peticion de Joan Lopez de gobeo voticario vecino de la dicha ciudad por laqual dice [que] avia proveido de las medicinas necesarias para la cura de los enfermos del mal contagioso de peste que hubo en esta ciudad y se gastaron en los hospitales de santiago desta ciudad y hermitas de olarizu, san christobal, santa Luçia y santa marina y por otras personas pobres que no cavian los dichos hospitales y hermitas que se hizieron [y] que presento y parecia por las recetas de los medicos y cirujanos...”*<sup>18</sup>

Sin embargo, al mes siguiente el ayuntamiento mandará que “*...se notifique a los boticarios que no den receta ni la despachen sin licencia de los señores licenciados...*”,<sup>19</sup> quizá por ello en pleno brote de peste, aunque es el cirujano Prancudo quien hace la relación de los medicamentos necesarios, se manda a los médicos recetar para que fueran despachados por la botica:

*“...abiendo tratado y conferido que para que a los enfermos que al presente ay en el hospital de olarizu y en otras partes de contagion y enfermaren se les acuda con los rremedios necesarios, acordaron y mandaron que los señores rregidores y procurador general traten con los medicos desta ciudad que luego rrecepten en las boticas della las pocimas, ayudas y emplastos y las demas cosas que les pareciere conforme a la calidad y terminos de la enfermedad y ala rrelacion que hiziere pedro prancudo cirujano y en las rreceptas digan para las personas...”*<sup>20</sup>

Así pues, en septiembre de 1601 parece que la autoridad municipal estaba poniendo orden ante la posibilidad de intromisión o

<sup>17</sup> Núñez de Cepeda, Op. Cit.

<sup>18</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 189v. 9-8-1600.

<sup>19</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 196r. 1-9-1600.

<sup>20</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 285v. 4-9-1601.

usurpación de funciones; no obstante, en marzo siguiente el ayuntamiento tiene que ser mucho más tajante, y no sólo con barberos y cirujanos que firman recetas, sino también con los boticarios que las despachan:

*“En este ayuntamiento el señor alcalde don Juan manrrique de Arana que algunos aboticarios de los que ay en esta ciudad hacen algunas desordenes y tienen demasiadas licencias no lo pudiendo hacer de purgar y jaropear y dar tabletas y bebidas y hacer otros excesos semejantes a estos y en parte usan de ser medicos y por esperiençia se ha visto quan perjudicial y dañoso es a la rrepublica y que cerca dello convenia poner rremedio, y aviendo tratado y comunicado muy bien sobre ello acordaron que se llamen luego a este ayuntamiento y en el se de una correccion y rreprension prometiendoles rriguroso castigo si exçedieren de su oficio y si dieren vevida ni conserva ni purga ni jarabe ni otra medicina nenguna a nenguna persona enferma ni sana sin licencia de los medicos desta çiudad y ansi mismo se les mande que no curen ni jaropeen a enfermo nenguno sino fuere por rreçepta de los dichos medicos. Gaspar de vega diego goncalvez y juan de goamboia y juan tomas [...] prometieron de lo cumplir según que les es mandado y juraron [...] que no daran a enfermo nenguno de su autoridad vevida purga jaraves lamedores tabletas ni otra nenguna medecina que se coma o veba sin licencia y mandado de medico y por su rreçepta y lo mesmo guardaran en lo que ordenaren barveros y cirujanos desta ciudad y por ellos ni sus rreceptas no daran medicinas de bebida ni comida que se vayan a tomar por la boca sino fuere por rreçepta de los dichos medicos...”*<sup>21</sup>

La alusión a barberos y cirujanos está en relación a que estos profesionales podían aplicar medicamentos tópicos, enemas y parenterales (internos en la forma clásica),<sup>22</sup> lo que en la práctica les llevaba también a recetarlos de manera más o menos consentida, salvo

---

<sup>21</sup> A.M.V., AA.MM. 1597-1602, lib. 26, fol. 312r. 21-3-1602.

<sup>22</sup> En el XIX, en medio de la reconversión y reducción de las titulaciones sanitarias, ésta práctica de lo interno dará lugar a la aparición de figuras transitorias como el ministrante o el facultativo de segunda clase.

aquellos medicamentos que se comían o bebían. Como vemos, el ayuntamiento con este decreto está permitiendo de facto esta función usurpada, limitando únicamente a los boticarios las prácticas de intrusismo.

No obstante, el mandato municipal no hubo de cumplirse, ya que en mayo vuelven a reiterar a los farmacéuticos que no den preparados pertenecientes a la medicina a barberos y cirujanos:

*“En este ayuntamiento los dichos señores hicieron comparecer ante sus s<sup>a</sup> a gaspar de Vega y ju<sup>o</sup> degamboa y francisco gonzalez de apodaca boticarios y v<sup>os</sup> desta ciudad y seles mando que exiviesen los titulos que cada uno dellos tenia del dicho oficio los quales que presentes estavan exivieron los dichos titulos y por los dichos señores vistos les mandaron que de aquí adelante no admitan recetas de cirujano ni barbero de lo que tocara a medicina so pena seran castigados por todo rigor [...] e luego [...] dixeron que arán y cumpliran lo que se les manda por su señoría”*<sup>23</sup>

Esta situación despertó grandes disputas entre los distintos profesionales, así el encarcelamiento de Jerónimo de Sarralde por injurias al médico Villarruel en mayo de 1604 puede englobarse en este enfrentamiento:

*“En este ayuntamiento tratado y platicado los dichos señores de la decompostura y atrevimiento ynjurioso que hierommo de sarralde cirujano vezino desta ciudad a tenido con el doctor Villarruel medico asalariado por esta ciudad por el qual esta preso en esta carcel real y por justos respetos y consideraciones no sea fulminado y processo [...] sino que se procede por via de gobierno teniendo consideracion a que [...] traído esta ciudad al dicho doctor desde la corte constreñida de la mucha necesidad [...] de su vecinos, conbiene que el dicho doctor sea respetado y que la ciudad se encargue de castigar a los que lo contrario hicieren, acordaron y mandaron que vaxe a esta sala al ayuntamiento el dicho hieronimo de sarralde [...] y a los demas cirujanos desta ciudad se les mande que respeten al doctor y se*

---

<sup>23</sup> A.M.V., AA.MM. 1602-1608, Lib. 27, fol. 423r. 31-5-1604.

*acompañen y esten sujetos a el en todos los casos en los en que conforme a las leyes y pragmaticas del Reyno tiene obligacion acompañarse y no excedan dellas ni de lo que por sus cartas de examen que a este ayuntamiento an sido traidas tienen liçencia so pena que se procedera contra ellos por todo rigor y que se tendra a mucha quenta sobrello [...] husando por esta vez de misericordia con el dicho heironimode sarralde lo condenaron en quatomill maravedies de pena que aplicaron para los pobres desta carcel para la fiesta y regocijo de s.juº [...] y que no se fulmine porsse sobre la dicha su descompostura le mandaron soltar y no lo haciendo ansi le mandaron quedar en la carcel y que se fulmine y proçesso [...] y se notifique el dicho auto a maese estevan de uriarte y diego de arrate y cristoval deVillanueva y juº de palacios y simon de gaçeo y pedro de galbarro cirujanos y barberos desta ciudad... ”.<sup>24</sup>*

El texto resulta bastante elocuente del escaso cumplimiento que se hacía en Vitoria de las disposiciones reguladoras de los oficios sanitarios, lo que sin duda debió chocar sobremanera al Dr. Villarruel, llegado de Madrid y que, imaginamos, intentaría buscar el respeto a sus funciones que la legalidad le otorgaba, encontrando la oposición de cirujanos y barberos que habrían visto crecer su reconocimiento y sus expectativas de negocio, llegando como lo expresa el texto a la injuria. Tampoco ayudaría a la causa médica el destierro del doctor Uriarte, acusado de dejadez en sus funciones con resultado de muerte,<sup>25</sup> lo que sin lugar a dudas favoreció la causa de los quirúrgicos. Finalmente, ya en 1607, la justicia y regimiento de Vitoria hubo de tomar cartas en el asunto determinando salomónicamente que ante la falta de acuerdo entre los distintos

---

<sup>24</sup> A.M.V., AA.MM. 1602-1608, Lib. 27, fol. 423v. 31-5-1604.

<sup>25</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 4 de octubre de1610. Fol. 122 v.:

*“En este ayuntamiento el dicho señor alcalde propuso los muchos ynconvenientes que se siguian de permitir en esta ciudad e su jurisdiccion al doctor uriarte medico. [...] De ordinario y sin querer acudir a los enfermos, niconsutos aunque sea en necesidad extrema por cuya culpa y descuido murio juab de garivay, sin querer ver ni visitar e otros muchos deque ay mucha nota murmuracion y escandalo y de su mal proceder y modo de vivir... ”.*



profesionales fuera la población quien decidiera al merecedor de su confianza:

*“Ytem que los medicos no se entrometan a quitar a ningun boticario, cirujano ni barbero los parroquianos que tuviesen, a quienes los supo que los sirven ni sirviesen de aquí en adelante, sino que dexen en la voluntad de los enfermos el llamar y acudir a quien quisiexen porque con esto cesaran las quejas que cada dia vienen a este ayuntamiento de que los dichos medicos se banderizan con los boticarios, cirujanos y barberos”.*<sup>26</sup>

Luego implícitamente se estaba consintiendo un libre albedrío en contra de los esfuerzos del protomedicato y protobarberato que trataban de poner algo de orden en las profesiones sanitarias a nivel del Reino. Y aunque es posible que la medida pusiera algo de paz durante algún tiempo, sin embargo, el enfrentamiento no cesó, y nuevamente volvemos a encontrar prohibiciones a barberos y cirujanos por recetar medicamentos por boca en 1617, siendo en esta ocasión más tajante el acta municipal que decide sancionar con una importante multa si la conducta persiste:

*“En este ayuntamiento se acordo por los dichos señores que por quanto de la visita que se hizo de las boticas de Medicinas en esta ciudad resulta que los barberos y cirujanos desta ciudad receptan en muchas enfermedades jaraves y purgas y otras medicinas metiendose en oficios que no les compete y no lopudiendolo hazer conforme alas leyes destos Reynos [además, porque realizan] sangrias sin consulta del medico. Acordaron y mandaron que de aquí adelante assi en esta ciudad como en su jurisdiccion los dichos Barberos y cirujanos no recepten para ningun enfermo ningunos jarabes sino es emplastos y otras cossas tocantes al dicho su oficio ni hagan sangria ninguna aninguna persona mas de tan solamente una vez sin consultarlo con los medicos so pena de que se procedera contra ellos portodo rigor y de acada diez mill maravedies aplicados ...”*<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> A.M.V., AA.MM. 1602-1608, Lib. 27, fol. 587v. y fol. 588r.

<sup>27</sup> A.M.V., AA.MM. 11 de diciembre de 1617, fol. 501 r.

Desconocemos si tuvo más éxito que las anteriores, aunque lo dudamos. En los siguientes años mientras documentamos a varios cirujanos y barberos, que incluso solicitan vecindad en Vitoria,<sup>28</sup> nadie quiere ejercer de médico, por lo que en noviembre de 1623, “...en el ayuntamiento se trato y confiro de cómo hera necesario traer un medico de satisfacion por no aver mas de uno en esta ciudad y quando el yba fuera de Victoria quedavan muy solos los enfermos...”.<sup>29</sup>

La situación de intrusismo no debió de cesar, tal vez amparada en la persistencia del limitado número de médicos que había ascendido a dos. Todavía en 1644 estos médicos vitorianos opinaban que muchos de los fallecimientos que ocurrían en la ciudad se debían a los medicamentos que recetaban los cirujanos,<sup>30</sup> de modo que el ayuntamiento finalmente acabó cediendo a favor de éstos, volviendo a prohibir que los boticarios despachasen las recetas firmadas por los cirujanos.<sup>31</sup> No obstante, medio siglo más tarde la situación no parecía haber cambiado mucho ya que en 1714 el ayuntamiento vuelve sobre el mismo asunto, aunque claramente a favor de los médicos a quienes reconoce esa competencia y acusando a los cirujanos de poner en riesgo la vida de sus pacientes.<sup>32</sup> Desconocemos el efecto inmediato

---

<sup>28</sup> A.M.V., AA.MM. 23 de mayo de 1623, fol. 323 r.

“En este ayuntamiento se leyo una peticion de pedro ortiz de munguia cirujano natural del balle de Zuya en que pide se le de bezindad en esta ciudad.en que [...] dize que el [...] es biennacido [...] y cirujano examinado y que ha vivido en esta ciudad [...] sea admitido en las becindades”.

<sup>29</sup> A.M.V. AA.MM. 14 de noviembre de 1623, fol 344 v.

<sup>30</sup> A.M.V., AA.MM. 26 de septiembre de 1644, fol. 509 r.

“En este ayuntamiento se presento una peticion de los doctores fausto Detreviño y el dottor gauna medicos asalariados desta ciudad en que pedian que los cirujanos de esta ciudad recetaban y curaban de su autoridad sin medico a los enfermos y que por su caussa morian muchas personas que mandasen poner en ello remedio. Y vista la dicha peticion cometieron al señor alcalde. Y que el señor Doctor arcaya hordenase el decreto de cómo se avia de proceder contra los dichos cirujanos. El qual decreto esta con la dicha peticion en el procedimiento que se hace por el dicho señor alcalde contra los dichos cirujanos”.

<sup>31</sup> Citado tanto por Núñez de Cepeda como por Bombín, Porres y Reguera, (Op.Cit.).

<sup>32</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 5 de septiembre de 1714. Sin paginar:

de la medida, aunque a medio plazo todo seguirá igual. Sin embargo, en estos años en los que ya comienza a verse las actitudes del reformismo borbónico, parece que hay un cierto cambio de inflexión; así, en los próximos años se silencia la disputa entre médicos y cirujanos por la intromisión de éstos al recetar, cobrando fuerza, por el contrario, las denuncias de intrusismo entre los propios barberos y cirujanos por ejercer sin la titulación debida, como también respecto a la permisividad del concejo a la hora de autorizar el libre ejercicio a prácticos que carecían de la aprobación de los diferentes tribunales examinadores, ya que en al menos dos provisiones reales de Felipe V a la ciudad de Vitoria, en 1728 y 1736, se hacía ver que:

*“Don Phelipe, por la gracia de Dios [...] sabed [...] de los graves perjuzios que se seguían a la salud publica, de tolerar vos las dichas justicias en vuestras jurisdicciones [...] exercer la facultad de medicina, artes de cirugía, pharmacia, y de sangradores, sin titulo, ni aprobación de su parte [del protomedicato] para que se diesen las providencias mas exactas al remedio de tanto daño...”*<sup>33</sup>

Denuncia que va a dar algún fruto, ya que a lo largo del siglo XVIII veremos cómo el número de pleitos por ejercer sin título se multiplica, además de aparecer toda una política de control de las titulaciones mediante revisiones periódicas.

---

*“en contravencion de los dispuesto [...] y contra [...] la vida umana los boticarios desta Ziudad demucho tiempo a esta parte han usado de admitir receptas purgantes rezetadas por zirujanos. [...] por no ser de su facultad sino de la de los medicos aprovados por el protomedicato y mediante ellas han ministrado los jaraves, purgas y demas medezina rezetadas por dichos ziruxanos esponiendo a los pazientes al manifiesto riesgo de su vida; y para que siendo zierta dicha notizia sean castigados dichos boticarios en las penas correspondientes a su delito por la admision de dichas rezetas de Ziruxanos, y para que en adelante no sean osado a admitirlas acordaron que para la referida Justificazion se recoxan las rezettas de todos los Boticarios de esta Ziudad por los señores procurador general”*.

<sup>33</sup> Real provisión del 17 de julio de 1728, Bartolomé de Riesgo imp. Vitoria, 1728. La provisión real no es un caso exclusivo de Vitoria, ya que se enmarca en una amplia legislación que, durante el siglo XVIII, tratará de hacer más efectivo el control del protomedicato sobre las actividades sanitarias del país. No obstante, es una manifestación clara de la persistencia de la situación iniciada tras las epidemias del XVI y alimentada por las del XVII.

No obstante, la polémica de las recetas de los cirujanos aún volverá a surgir hacia mediados de siglo, reconociéndose implícitamente que, salvo algún caso concreto, la práctica ha disminuido. En este caso mediará el Juez visitador de protomedicato y se multará con treinta ducados más las costas de la causa a uno de los cirujanos, apercibiendo al resto. A tenor del silencio continuado en las actas, parece que será la acción definitiva.<sup>34</sup>

#### IV. 1. 2. Cirujanos latinos contra romancistas y barberos.

Ya hemos visto que en los primeros años del XVII, en contraposición a las demandas médicas aparecía casi siempre en los documentos, y de manera indisoluble, la expresión de “*barberos y cirujanos*” en una clara alusión de colectividad. Es cierto, y ya lo habíamos visto, que ambos se hallaban unidos en la Cofradía de San Damián, y que en la práctica del oficio poco se habrían de llevar unos y otros, máxime cuando en Vitoria no veíamos tampoco una clara

---

<sup>34</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 23 de agosto de 1743. Sin paginar.

*“Se hizo presentación de un auto testimoniado dado por Dn Pedro de Zapatta Juez Visitador de Medicos Ciruxanos y Votticarios para que la Ciudad haga observar su thenor y enterados dichos señores deel mandaron Ynserttar en este mes como se sigue*

*[...] que en atencion a lo que de dichos auttos resulta [...] devia de condenar ael suso dicho [Manuel de Briñas] en la Pena de treinta Ducados de Vellon aplicados a disposicion de los Señores de dicho Real Protomedicatto, Y mandara y mando asimismo, sele notifique al suso dicho se abstenga en adelante, de rezetar cosas que no sean peculiares y probatibas de su oficio de Ziruxano, Y que guarde a los profesores de Medicina, la atencion y Urbanidad devida con apercivimiento que en defectose procedera contra el suso dicho con ttodo Rigor. Y respecto de que según de dichos auttos informan, aparece haver recettato, aunque con mas ttemplaza Pedro Del Carpo, Miguel de Velarde, francol de Amezaga, Ygnacio de Uribe, Mattheo de Cariñanos, Don Pedro de Dibarratt, y Gabriel de Mendizabal, Zirujanos deesta dicha Ciudad, devia mandar se notifique a los suso dichos, que en adelante no lo hagan en lo que nosea pertteneaziente a Ziruxia, y sin permiso Consulttar, los Casos que se ofrezcan, con Medicos de quien an de hir firmadas las rezettas, y delo contrario se procedera contra los Ynobedientes a Ymponerles las Penas proferidas en la Rl Cedula.”*

diferenciación social en su ejercicio.<sup>35</sup> Sin embargo, a finales del siglo va a tener lugar, al menos teóricamente, una toma de decisión que va a romper ese equilibrio, trayendo a Vitoria un nuevo tipo de profesional instrumental. Formado académicamente, con una sólida base teórica y capaz de hacer frente, hasta donde el conocimiento del momento lo permitía, a cuantas necesidades quirúrgicas se presentaran en la ciudad, hará acto de presencia en la ciudad el cirujano académico, anatómico, ilustrado, mayor o de toga larga; pero que documentalmente aparecerá en Vitoria esencialmente como cirujano latino.

Las primeras noticias son de 1689, cuando el Consejo de Castilla respondiendo a la solicitud del ayuntamiento para crear una tercera plaza de médico-cirujano, concede el privilegio<sup>36</sup> autorizando un salario de 300 ducados<sup>37</sup> a pagar de los arbitrios y sisas del

---

<sup>35</sup> Pero tampoco podemos negarla, ya que la mayor parte de la documentación proviene de la asistencia pública a los pobres, desconociéndose la labor privada, que es donde podríamos ver la diferencia de clientela y comprobar la certeza o no de la idea extendida de que los cirujanos atendían a las clases acomodadas y los barberos a los menestrales.

<sup>36</sup> A.M.V., Personal. Sección 15/ Leg. 026/Nº 031. El hecho de que se contrate a este cirujano mediante licencia real le otorga automáticamente el mismo estatus que los médicos y supone un enorme salto cualitativo, ya que el resto de cirujanos -y por descontado los barberos- no precisaban de ninguna licencia especial más allá de estar aprobados por sus respectivos tribunales (protomedicato y protobarberato), no existiendo tampoco restricción gremial, pudiéndose limitar algo el libre ejercicio mediante la negativa municipal a conceder la vecindad.

<sup>37</sup> Era el salario que cobraban los otros dos médicos. Resulta complicado valorar estos salarios ya que estaban fijados por provisión real, por lo que cuando los municipios tenían problemas para retener a algún sanitario le ofertaban contrapartidas difícilmente cuantificables (exenciones fiscales, de armas, etc.). A modo de orientación, en 1682 la provisión real prorroga durante diez años varios salarios: médicos 300 ducados, comadre 60 ducados, maestros 50 ducados, tambores 50 ducados y un vestido cada dos años. (A.M.V., Personal. Secc. 24/Leg. 042/Nº 034). Con más altibajos, en función de si se trata de un matrimonio y del número de enfermos que hay en el hospital, en 1644 se pagaba 36 ducados al hospitalero del H: Santiago. (A.M.V., AA:MM. Acta del 9 de mayo de 1644. Fol. 484 v.), con habitación, leña y comida. A mediados del XVII; los cirujanos romancistas que atendían el hospital cobraban, según Núñez de Cepeda (op. Cit. Pág. 349) en torno a 2000 maravedís, pero es un salario demasiado bajo para considerarlo como el del

Concejo.<sup>38</sup> Será nombrado el cirujano Martín de Yrigoiti, quien ejerce hasta su fallecimiento, *“despues de lo qual hasta el presente se havia hallado esa ciudad, un cirujano alguno de ciencia, experiencia y practica en el arte de Cirujia”*.<sup>39</sup> La dificultad para encontrar sustituto debe ser grande, lo que será una constante a lo largo de todo el siglo XVIII, de ahí que pongamos cierta reticencia en dar como establecida la separación entre cirujanos latinos y romancistas a finales del XVII o principios del XVIII, ya que como veremos se llegará al XIX siendo la cualidad de latino algo muy excepcional entre los cirujanos. Pero en algún momento hemos de dejar constancia de esa separación, ya que para la profesión enfermera implicará la bifurcación de una corriente instrumental que quedará unida a la medicina y otra que, pasando por la unificación del practicante, se convertirá en la rama instrumental de la enfermería. De poner una fecha, la objetiva es la de 1689, aunque como vemos no tiene una clara continuidad, si bien se retoma en 1728 y a trancas y barrancas desde entonces se va sucediendo en Vitoria un único cirujano al que califican de latino a pesar de sus deficiencias; habiendo de esperar hasta nada menos que el siglo XIX para hablar con propiedad de separación.

Continuando con la descripción del proceso de instauración de los cirujanos académicos o latinos, habíamos señalado un vacío tras la muerte de Yrigoiti, ya que en 1728 la ciudad hace ver que *“los zirujanos que ay en ella los son solamente Romanzistas [...] sin que ninguno de ellos sea Latino, [...] y que en diversos tiempos y Casos sobrevenido a Vezinos y naturales desta dicha Ziudad sobre Curaziones tocantes a Zirujia sean valido y valen de Zirujanos Latinos practicos y intelixente de los lugares de la rioxa, Burgos, y*

---

año completo, de hecho con anterioridad, a primeros del siglo se pagaba a Prancudo 4000 maravedís, y unos años antes, en plena epidemia de peste los salarios de cirujanos y médicos llegaron a estar equiparados en torno a 150-200 ducados.

<sup>38</sup> Este sistema de recaudar fondos para diferentes menesteres fijando un impuesto a determinados productos de consumo, terminaba por ser soportado por las clases más humildes que veían encarecer paulatinamente la cesta de la compra con nuevos arbitrios.

<sup>39</sup> A.M.V., Personal. Secc. 17/ Leg. 26/ N° 14 (1736).

*otros paraxes... ”.*<sup>40</sup> En septiembre se logra contratar a Domingo Jimenez “Ziruxano latino” pero “con el salario de los Zien Ducados que sele han asignado en cada Un años”,<sup>41</sup> lo que deja en entredicho si realmente era latino. De hecho, la dramática solicitud de 1736 da a entender que la situación no ha cambiado nada: en ella, apelando a la Real Licencia y facultad de 1689 tratan de contratar un nuevo cirujano latino ya que “se avian dejado morir miserablemente padeciendo dichas enfermedades con el desconsuelo de no aver en esa ciudad quien pudiese entender de su curacion, pues aunque avia otros cirujanos estos, por la falta de practica y experiencia en dichas enfermedades no heran para las curaciones grandes como eran roturas de vientre, quebraduras, flujos de sangre, canceres y otros accidentes del cuerpo, y males añejos arraigados que se avian experimentado y experimentarían [...] menos estaban instruidos en la anatomia, expecialmente, en algunos casos que se solian ofrecer poco bersados y conocidos de los Artífizes que comunmente asistian en esa Ciudad”.<sup>42</sup> Parece que por fin se logra contratar a alguien capacitado, aunque la alegría les ha de durar poco, pues a los dos años están buscando nuevamente un cirujano latino por haberse marchado Juan del Gaz,<sup>43</sup> para lo que tratan de atraer al cirujano de Durango, Pedro

<sup>40</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 4 de septiembre de 1728. Sin paginar.

<sup>41</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 27 de septiembre de 1728. Núñez de Cepeda le asigna un salario de 300 ducados, pero nosotros no logramos documentar ese sueldo. Sería también el primer cirujano mayor que asistiría en el hospital de Santiago, ya que Yrigoiti no aparece relacionado en la documentación del mismo, y sí otros durante el periodo 1689-1728: Nicolas de Asiain, Pedro Uzmendi, Miguel de Castillo, Antonio de Iturbe, Francisco Ochoa de Larrea, Manuel Martín de Ollera, Antonio de Arrieta e Ygnacio de Urive; todos ellos romancistas. ¿Tal vez a Jimenez se le ascendiera el salario al iniciar sus servicios también en el hospital?

<sup>42</sup> A.M.V., Personal. Secc. 17/ Leg. 26/ N° 14 (1736). Habíamos tomado ya esta referencia como muestra de que en la práctica cirujanos y barberos no estaban muy alejados en sus capacidades y actividades, ya que de la descripción del documento parece que ninguno de los ejercientes en la ciudad realmente era capaz de ir más allá de la cirugía menor, o dicho de otra manera más allá de la piel y las sangrías.

<sup>43</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 22 de diciembre de 1738, sin paginar: “...solicittar que viniese a esta Ziudad un Zirujano Latino del primer Creditto y havilidad mediante la ausencia que avia hecho deella D. Juan del Gaz,y gran faltta que ai en esta Ziudad para el consuelo y alivio de sus Vezinos, y los Pobres enfermos del

de Divarrat, “*de nacion frances*”,<sup>44</sup> a quien le precede fama de “*grande habilidad y aciertto*” y que finalmente logran contratar. A pesar de su reputación, sin embargo, en 1742 “*a Ynsttancia de Andres de Aguirre maestro Ciruxano y Sangrador destta dicha Ciudad*” se descubre que Divarrat lleva tres años ejerciendo en Vitoria como “*Ziruxano Sangrador y parttero gozando el sueldo de ttrescienttos Ducados sin esttar examinado ni ttener tittulo*”.<sup>45</sup> La solución habría de venir por mandar a la Corte a examinarse, ya que parece que se tenía en estima sus capacidades,<sup>46</sup> para lo que se le facilita “*algunas carttas de recomendación para el logro de su examen*”,<sup>47</sup> que hemos de suponer que aprueba ya que seguirá ejerciendo en Vitoria hasta su muerte en 1762, logrando además que se le igualase el salario al de los médicos, a quienes habían ascendido a 400 ducados en 1743 ante la imposibilidad de encontrar a alguien por 300.<sup>48</sup>

---

*Santo Hospital...*”. Núñez de Cepeda lo cita como Juan Delgast ejerciendo en el hospital Santiago entre 1736 y 1738, y asegura que era francés.

<sup>44</sup> La presencia de franceses no es extraña en Vitoria, ya se habían contratado durante las epidemias de peste. Además, dada la dificultad para encontrar cirujanos latinos, el propio ayuntamiento vitoriano apunta como “*la villa de Bilbao se havia bisto precisada allevar, Cirujano de la villa y Corte de Paris, con el salario de seiscientos Ducados en cada un año*” (A.M.V., Personal. 17/26/14).

<sup>45</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 27 de octubre de 1742. Sin pagar. En realidad, ya en 1740 Juan de Aguirre, maestro cirujano (¿hermano de Andrés?), ya lo había denunciado (acta del 13 de noviembre de 1740), pero se permite que siga ejerciendo hasta esta nueva denuncia, tras la recepción en el ayuntamiento de una Provisión del Real Protomedicato que prohíbe el ejercicio a Divarrat hasta que obtenga la licencia.

<sup>46</sup> Y es probable que contara con los pertinentes títulos franceses, pero no con los del protomedicato que en última instancia eran los que le facultaban para ejercer en Vitoria.

<sup>47</sup> Aunque se le niega una ayuda económica que Divarrat había solicitado para costear el viaje a Madrid. A.M.V., AA.MM. Acta del 2 de noviembre de 1742.

<sup>48</sup> Para lograrlo, Divarrat se despide de la ciudad anunciando su marcha a Oviedo donde van a pagarle más. Ante la difícil tesitura de hallar otro cirujano el ayuntamiento le iguala el sueldo. Como contrapartida a ese aumento de salario, Divarrat se compromete a atender también a los presos de la ciudad. A.M.V., AA.MM. Acta del 11 de agosto de 1752. Aprovechamos para señalar que en 1739, a la hospitalera Francisca de Nanclares se le está pagando “*cinquentta ducados de Vellon y treintta carros de leña cada año*”. (Ibidem. Acta del 6 de julio de 1739).



Como vemos, la introducción de los cirujanos latinos no estuvo exenta de dificultades, fundamentalmente derivadas de su escasez numérica, pero también por un salario demasiado ajustado. Además, el hecho de que haya de ser mediante la denuncia de otro cirujano que se destape la ilegitimidad de la contratación de Pedro de Divarrat pone de manifiesto una pugna encubierta entre los diferentes cirujanos de la ciudad, no en vano el ejercicio del cirujano latino supondría un claro desprestigio para el resto, englobados ya en el término genérico de romancistas que automáticamente lleva implícito un rebaja profesional que les acerca aún más a los barberos, con quienes tendrán que competir por la clientela ya que obviamente la más acaudalada acudirá al latino. De hecho cirujanos romancistas y barberos quedarán cada vez más evidentemente unidos en una relación filial: el cirujano como maestro y el barbero como practicante de aquél.<sup>49</sup> El proceso no es nuevo, ya lo veíamos a finales del XVI, pero paulatinamente a lo largo del XVII en la documentación que manejamos el término de barbero va desapareciendo, siendo sustituido por el de sangrador, que era la autorización específica que otorgaba el Real Tribunal del Protobarberato hasta su desaparición en 1780, y éstos aunque pueden ejercer independientemente, en general aparecen ligados a un cirujano con quien practican para terminar examinándose también como cirujanos.<sup>50</sup> De ahí que lo más habitual será encontrar documentalmente alusiones a cirujanos sangradores que, en la mayoría de las ocasiones se trata de cirujanos romancistas que están ocupando el espacio de los barberos, o más bien se han convertido en una prolongación más especializada de aquellos. Pero continúan

---

<sup>49</sup> Ya en la documentación vitoriana de la segunda mitad del XVII aparece ocasionalmente el término practicante, referencia mucho más cercana para la enfermería actual, aunque no hemos de olvidar que sólo tomará cuerpo a mediados del siglo XIX, con la Ley Moyano, en que oficialmente se reunirá en la expresión de practicante diversas titulaciones que comienzan a aparecer precisamente en este momento histórico.

<sup>50</sup> En el siglo XVIII veremos como muy habitualmente se examinaban de ambas cosas en un margen de pocos días, de sangrador en el protobarberato y de cirugía en el protomedicato, de manera que amortizaban el viaje y ampliaban su campo de trabajo, ya que para sangrar, piedra angular de la medicina galénica, era necesario el aprobado del protobarberato, no pudiendo realizarla aunque se fuera cirujano.

existiendo barberos, a la par de sangradores y a la par de practicantes, y salvando éstos últimos a quienes en estas fechas podemos aseverar que se trata de aprendices, en el caso de barberos y sangradores no podemos discernirlo salvo que se aluda expresamente a maestro barbero o maestro sangrador como profesional liberal. Por tanto, resulta tremendamente difícil aseverar a quién llamar enfermería entre estos profesionales sanitarios. Lo único seguro es que las titulaciones otorgadas por el protobarberato se asumirán por el practicante del XIX, y que los cirujanos latinos han de considerarse clara y definitivamente ligados a la medicina; mientras que los romancistas abarcarán un amplio espectro, desde los que de alguna manera suplantán al barbero, a los que siendo bachilleres podrán optar a ser cirujanos de primera o latinos. A partir de mediados del siglo XVIII en que los colegios de cirugía van a dar un nuevo salto cualitativo, aparecerán nuevas nomenclaturas ordinales para la profesión quirúrgica, donde los cirujanos romancistas quedarían más o menos englobados en la categoría de cirujanos de segunda, reservándose la de primera -que no se usa- para los que ahora llamamos latinos y luego serán licenciados, y la de tercera para los sangradores y otras figuras afines vinculadas ahora con el protobarberato.<sup>51</sup> No obstante, en la parquedad de la documentación resulta muy difícil advertir las diferencias, ya que desde el siglo XVII y especialmente en el XVIII la inmensa mayoría de los dados son cirujanos y sangradores, no dejando claro ningún tipo de categorización u ordinación; sin olvidar además que no son oficios estáticos, sino toda una carrera, pudiéndose empezar como mancebo barbero y realizando sólo afeites, para pasar a ser sangrador e independizarse, o continuar como practicante y optar a alguna categoría de cirujanato, habitualmente precisando además el bachiller para llegar a ser cirujano de primera.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Que desaparecerá al producirse estos cambios, siendo sustituido por el general del protocirujanato.

<sup>52</sup> Huelga decir que hablar de escalafones académicos tipo bachiller o licenciado iba ligado a una determinada posición social y económica, además de masculina. Señalar también cómo el esquemático panorama de las titulaciones mostrado responde meramente a un afán clarificador, y que la pervivencia de títulos previos con las nuevas nomenclaturas, añadido a los títulos específicos de algunos colegios

No podemos terminar el apartado sin recorrer las peripecias de los dos cirujanos latinos que sustituyen a Divarrat en lo que quedará de siglo XVIII, ya que redundan en la idea de que el proceso de implantación de los cirujanos latinos no se acabará con el siglo de las Luces; e igualmente sin hacer mención de los casos de intrusismo que se hacen tan frecuentes en estos dos siglos que estamos recorriendo, y que englobamos en un clima de confrontación entre los propios quirúrgicos para restablecer un espacio propio para cada categoría.

A Pedro de Divarrat va a sustituirle otro compatriota, muestra de la dificultad para encontrar en el país a cirujanos latinos por lo menos al salario ofertado por Vitoria.<sup>53</sup> Llamado Juan de Etcheverry, Núñez de Cepeda lo cita desde 1762, pero no hemos podido documentar ese extremo, siendo seguro que va a ejercer en Vitoria hasta 1768 en medio de la polémica sobre sus capacidades.<sup>54</sup> Citado como cirujano latino, al menos carecía de aprobación para ejercer de sangrador ya que la primera noticia que tenemos es a raíz de la disputa de Etcheverry con el hospitalero del hospital Santiago sobre quién de los dos debía sangrar, porque al parecer había *“experimentado alguna omision y repugnancia de sangrar a los Pobres [...y...] dezian asi el Ziruxano franzes como el Hospitalero no ser de su respectiba obligacion”*,<sup>55</sup> motivo por el cual Etcheverry solicita *“se le pusiesen dos suxetos practicantes para que el uno o el otro estubiesen a executtar lo que el ordenase”* por no *“allarse examinado en estos Reynos”*. La incapacidad de Etcheverry parece demostrarse en que él

---

de cirugía y a las nominaciones populares, ofrecen tal variedad de expresiones que resulta verdaderamente comprometido llegar a saber qué diferencias existían entre algunas titulaciones y otras más allá de la simple denominación.

<sup>53</sup> Queda la duda de si estos cirujanos franceses que -tomando también a Juan del Gaz- se suceden desde 1736 lo fueran por alguna cuestión lingüística. No hay ninguna alusión a ello, y no debemos olvidar la complicada situación que se vivía en suelo francés en los prolegómenos de la Revolución, lo que llevaría a los cirujanos próximos a la frontera a buscar oportunidades en nuestras provincias aprovechando la coyuntura favorable de los ilustrados vascos claramente afrancesados.

<sup>54</sup> Por ello dudamos de que estuviera desde 1762 y no se hubiera reflejado con anterioridad alguna desavenencia, siendo sólo documentada desde 1767.

<sup>55</sup> A.M.V., AA,MM: Acta del 27 de noviembre de 1767. Recordar que desde 1741 se hallaba como hospitalero Martin Ruiz de Gamiz que era también sangrador.

mismo pondrá a un practicante a su cargo y cuenta, conformándose con el salario de trescientos ducados sin reclamar que el sueldo de cirujano latino ya estaba establecido en 400.<sup>56</sup> La situación de desconfianza empero continúa y finalmente Juan de Etcheverry abandona en marzo de 1768 enviando un memorial al ayuntamiento donde “...dize que desde que vino del Reyno de franzia se ha exmerado en el cumplimiento de su obligazion asistiendo a los enfermos de el ospital de Vs con tanta puntualidad que han sido poquisimos los enfermos que de cosas de cirujia, han fallecido en el, lo que no ha sido bastante para que se le haia dejado de Zensurar su asitenzia llegando atanto que sellearon a dicho Hospital algunos Cirujanos que reconoziesen si el suplicante practicava con azierto las Curas, en que se le ha lastimado lo mas vibo de su honor...”.<sup>57</sup> Evidentemente no podemos aseverar si la desconfianza tenía razones objetivamente fundadas, pero en cualquier caso parece cuestionar que su calificación de “latino” hiciera honor a capacidades claramente diferenciadas del resto de cirujanos romancistas de la ciudad. Y la situación no mejorará sobre el papel, ya que su sucesor, Manuel Prim no empezará con mejor pie. Traído desde el Real hospital de Zaragoza<sup>58</sup> por méritos y habilidad reconocidos, tendrá en contra de su elección al personero del ayuntamiento quien aduce que Manuel Prim

---

<sup>56</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 11 de diciembre de 1767. Sin paginar:

“...expuso en este Ayuntamiento que el Ziruxano franzes se avia allando a poner como avia puesto de su quenta practicante en el Hospital y continuar por los trezientos ducados sin pretension enparte alguna a los Cien ducados anuales atrasados ni para adelante asta los Quatrozientos que anualmente se avian pagado a su antterior en virtud de orden de la superioridad”. Con posterioridad (Acta del 17 de marzo de 1768), el ayuntamiento recordará esta situación señalando “que hallandose el expresado sin Manzebo ni practicante, que le haiudase para el socorro y curazion de los enfermos...”, lo que incluimos para resaltar la paulatina incorporación de estos términos, como mancebo y practicante, que vienen a ser tanto aprendices de cirugía como a sustituir a los, vamos a decir ya antiguos, barberos.

<sup>57</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 11 de marzo de 1768.

<sup>58</sup> El ayuntamiento vitoriano tenía una especial relación con ese centro, ya que allí se derivaban los niños expósitos enfermos. Cfr. apartado siguiente sobre la pobreza.

no es cirujano latino.<sup>59</sup> Luego legalmente poco se logra avanzar, aunque en este caso parece que sus habilidades sí correspondían con lo que podría esperarse de un cirujano mayor, aunque no sabemos si éstas ya se habían adquirido en Zaragoza o las alcanzará en Vitoria, ya que no debía tener mucha edad al llegar a nuestra ciudad viendo que permanecerá aquí durante 49 años, afrontando los conflictos de Convención, la invasión francesa y la posterior guerra de expulsión, hasta fallecer en 1817 sin llegar a estrenar el nuevo hospital de Santiago en su actual emplazamiento. Seguirá siendo el único cirujano latino de la ciudad y, además, en sus casi cincuenta años de ejercicio en Vitoria, a nivel nacional poco se habrán clarificado las cosas respecto a las innumerables titulaciones; pero nos acercamos a evidentes momentos de cambio a lomos del liberalismo que irá asomando su cabeza en la constitución gaditana y en el Trienio Liberal, hasta asentarse tras la primera derrota carlista.

Por su parte, respecto al problema del intrusismo entre los propios quirúrgicos, esencialmente centrado en el ejercicio sin la titulación adecuada, volvamos al siglo XVII para ir dando testimonio de que además de la introducción del elemento desestabilizador del cirujano latino hubo otro causado por el crecimiento desproporcionado de estos profesionales. Habíamos señalado cómo a lo largo del XVII mientras conservar dos médicos asalariados por la ciudad fue toda una hazaña, se van avocindando varios cirujanos para unirse al ya nutrido grupo de barberos y cirujanos que, durante ese siglo y la primera mitad del siguiente, van a disputar la clientela a los físicos. Es difícil señalar su número, ya que incluso entre los documentados no sabemos quiénes están vivos o ejercen al mismo tiempo, además de que a veces la grafía es lo suficientemente confusa como para dudar si se trata de la misma persona; así en la acusación a *Hieronimo* de Sarralde por injurias al médico Villarruel en 1604 se citaban a los siguientes cirujanos y barberos: “*maese estevan de uriarte y diego de arrate y cristoval de Villanueva y juº depalacios y simon de gaço y pedro*

---

<sup>59</sup> A.H.N. Agrupación de fondos de los Consejos suprimidos. Consejo y Cámara de Castilla. Consejo de Castilla. Escribanía o Sala de Gobierno. Expedientes de Gobierno y Oficio. Leg. 10607/EXP.SN.

*delgalbarro*”, conociendo que en esos años ejercían Diego de Zárate (yerno de Uriarte) que bien pudiera ser el citado aquí como *diego de arrate*, y Pedro Garmendo, que también podría tratarse de este *pedro delgalbarro*, ya que no vuelven a citarse en la documentación. En la relación falta también Pedro Prancudo que sigue ejerciendo en Vitoria ese año, siendo el cirujano asalariado junto a Uriarte, por lo que obviamente no se cita a todos los existentes. Con posterioridad no volveremos a tener una relación extensa de estos profesionales al mismo tiempo hasta 1732 en el que en un censo de vecinos de Vitoria se citan nada menos que a 4 barberos y a 9 cirujanos con al menos 10 criados (aprendices)<sup>60</sup> en una ciudad que en 1728 cuantifican 1400 vecinos.<sup>61</sup>

Por tanto, es obvio que a lo largo del XVII el crecimiento numérico de estos profesionales fuera ya desproporcionado, máxime cuando sus competencias eran similares, aunque tal vez no el estrato social de sus pacientes. Así, no es de extrañar que al aparecer el cirujano latino en 1689 y desplazar de su clientela a los romancistas, y éstos pugnar por el espacio de los barberos, primero, todos los cirujanos se examinaran de sangrador para usurpar al barbero su sustento, y segundo, terminaran por eliminar a los barberos o los convirtieran en sus “criados” o practicantes, ya que su número había crecido demasiado para dar negocio a todos. A estos barberos, ya del XVIII, sólo les quedaba aspirar a llegar a cirujanos si querían mantener su autonomía profesional, y eso pasaba por quedar al

---

<sup>60</sup> A.T.H.A., sig. D.H. 1238, nº 1-B. (año 1732).

*“Joseph de Escudero Zirujano tiene un Criado; Jazinto Fernandez de Goveo maestro Barbero; Manuel Lopez de Briñas, maestro Zirujano [...] tiene diferentes criados; Matheo de Cariñano Maestro Zirujano, mantiene un aprendiz; Ignacio de Uribe Maestro Zirujano [...] mantiene dos criados; Francisco de Amezaga Maestro Ziruxano [...] mantiene dos Criados; Miguel Diaz de Durana, Barbero; Lucas de Ocariz barbero; Francisco Antonio Jil Maestro Ciruxano; Anton de Bicuña Maestro Barvero; Gabriel de Yriondo Maestro Zirujano, [...] tiene dos criados; Miguel de Aguirre maestro Zirujano; Pedro de el Carpio Cirujano”.*

<sup>61</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 4 de septiembre de 1728. Entendemos incluidas las aldeas, ya que la finalidad del acta es remarcar la idea de una población crecida. Por un factor de 4 vendrían a ser 5.600 habitantes, y por 4’5, 6.300. Sin embargo, la relación de barberos y cirujanos es sólo de la ciudad intramuros.

servicio de aquellos. De hecho, de los barberos señalados en la relación de 1732 y que ejercen por su cuenta, dos de ellos, los maestros barberos Jazinto Fernandez de Goveo y Anton de Bicuña, son declarados pobres de solemnidad.<sup>62</sup>

¿Por qué crece tanto el número de quirúrgicos? Es obvio que la limitación numérica de médicos da pie a ello, pero nuestra opinión es que el factor determinante hubo de ser la situación de pobreza generalizada, lo que llevaría a muchos hombres al ejercicio de un oficio en el que la restricción gremial no debió ser tan fuerte como en otros artesanos -entre otras cosas porque la autoridad para el ejercicio no dependía del gremio sino de la aprobación del protobarberato o protomedicato- y porque el libre ejercicio tampoco podía ser coartado por los municipios -a diferencia de los médicos, y después también el cirujano latino, cuyo número dependía de licencia real- salvo con argucias como la negación de vecindad.<sup>63</sup> Por tanto, el oficio de sangrador y cirujano, eminentemente práctico, se presentaba como una buena perspectiva de supervivencia y, aunque hubiera de superar luego la evaluación del tribunal, de no lograrlo siempre podría recurrir al intrusismo; pues como habíamos señalado, si la población reconocía a un ejerciente como formado por un cirujano ya conocido, automáticamente le conferiría la credibilidad de su maestro sin importar demasiado el documento acreditativo de su capacidad.

---

<sup>62</sup> Tal vez sea significativo que en la relación que aparecerá en 1743, en el auto de condena a Manuel de Briñas por recetar, sólo aparezcan con él 8 cirujanos y ningún barbero. A.M.V., AA.MM. Acta del 23 de agosto de 1743. Fol., sin numerar.

<sup>63</sup> En este sentido es esclarecedor la denuncia del sangrador y cirujano de Zaldueño en 1696. Archivo Municipal de Aspárrena (Araia), sig. 01-18-02 caj. 5, nº 6:

*“Antonio de Legorburu Mtro Ziruxano Residente en esta villa [Zaldueño] va para quatro años. [...] estoy aprovado de Sangrador y Ziruxano por el protomedicato destes Reinos en cuiu virtud he exerzido por el artes de Sangrador y ziruxano en esta villa y su zircun vezindad como lo puedo en todos estos Reinos [...reclama mantenerse en su cargo ya que ha tenido noticia de que] el conzexo desta villa a decretado que salga del distrito de ella y no exerza mi oficio en juridizion de esta villa, por dezir que an conduzido por ziruxano á Ignazio de Arriaran y que este a casado con natural desta villa...”*

Sólo en este clima de inestabilidad se entiende que casi repentinamente comiencen a aflorar acusaciones de intrusismo y, a la par, reconocimientos periódicos de las titulaciones. Aunque hay algún caso previo, el primero de cierta envergadura y del que tenemos constancia de haber tenido alguna consecuencia se produce en 1715. En enero de ese año, Juan Antonio de Olaechea, maestro cirujano y sangrador, a título propio se querrela contra Ignacio de Uribe y Lorenzo de Arraiz *“Pidiendo la prohibicion a los adversos de ejercer el oficio de cirujanos y sangradores en razon de carecer del titulo del dicho oficio”*.<sup>64</sup> La denuncia es tenida en cuenta y en junio hay un reconocimiento en la ciudad, por parte del Procurador, de los títulos de cirujanos y barberos *“los quales a allado estan bien ezepto los de Ygnacio de Urive que se hallan sin subscribir [...] los dichos señores mandaron se les vuelva dichos titulos a los dichos zirujanos y varveros y que ninguno exceda pena de zinquenta ducados”*.<sup>65</sup> No obstante, pocos años más tarde, en 1728 el Diputado General de la provincia recibe una Real Provisión de Felipe V alertando sobre los peligros de ejercer los oficios sanitarios sin título ni aprobación del Real Tribunal,<sup>66</sup> de la que se derivará una inspección a nivel provincial del estado de las titulaciones de estos profesionales en 1733.<sup>67</sup> A pesar de su efecto disuasorio, en 1736 se repetirá la provisión real,<sup>68</sup> y aún con ella fresca, en 1740 se halla en Vitoria *“Pedro Dibarrete [Divarrat] ejerciendo de ministerio de Zirujano sin la debida aprobacion”*.<sup>69</sup> Todavía en 1762 el ayuntamiento vitoriano se hace eco de *“quen los pueblos practiquen el arte de sangradores y*

---

<sup>64</sup> A.R.Ch.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos Civiles. Escribanía Varela. Procesos olvidados. C. 2054/3; Olim: L. 731.

<sup>65</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 4 de junio de 1715. Sin paginar. Desconocemos si Uribe fue multado, pero en cualquier caso con posterioridad hubo de arreglar su situación, ya que a partir de 1722 comenzará a ejercer en el hospital de Santiago hasta 1751, siendo el último de los romancistas contratados.

<sup>66</sup> Fundación Sancho el Sabio ATA 4361-034815.

<sup>67</sup> A.H.P.A. ES.01059.AHPALAVA/38.1//31741. “Relacion de Titulos de cirugia, protomedicato, algebra, botica y sangrado presentados al Diputado General de Alava”.

<sup>68</sup> A.M.V. Personal. 18/024/03.

<sup>69</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 13 de noviembre de 1740. Sin paginar.



*las demas cosas anejas del, muchos sujetos que no estan examinados por el tribunal del Protto Barberato, ni tienen titulo paraello y especialmente aquellos que se hallan con tiendas abiertas, solo para afeitar de navaja o tigera...”,<sup>70</sup> aunque no debe tomarse ninguna medida, ya que en 1769 no es en los pueblos, sino en la propia ciudad de Vitoria donde está sucediendo: “En este aiuntamiento se leio un memorial de barios Mtros. Cirujanos de esta Ciudad contentivo a que barios sugettos egercian dicho oficio sin titulo compettentes, y otros abrian tiendas de tales tambien sin titulos”.<sup>71</sup> Nuevamente, a pesar de que el ayuntamiento solicita los nombres de los intrusos “para providenciar lo competente” no parece que se terminara por resolver nada, al fin y al cabo el propio concejo incumplía la legislación, como señalábamos, contratando en esas fechas como cirujano latino a un romancista.*

La situación parece limitarse a últimos del XVIII en Vitoria, donde tras los grandes silencios documentales de los conflictos bélicos del cambio de siglo, al restablecerse el “orden sanitario” con la apertura del nuevo hospital de Santiago en 1820 hay un panorama que se percibe como completamente distinto. En los pueblos de la provincia la situación tardó más en mejorar; sírvanos como ejemplo el largo pleito del médico Eugenio Lorenzo de Insausti contra la Hermandad de Aspárrena para ser restituido en su puesto del que había sido destituido “por los siniestros informes que contra el se dieron para que se lo desechase con el fin de que no se impidiese a los cirujanos y curanderos los excesos que cometian con los pacientes ó enfermos del Partido”.<sup>72</sup> La denuncia había sido interpuesta en 1803 y la sentencia es de 1806, donde se sugiere que había sido despedido por la connivencia de la autoridad de Araia con un cirujano romancista para que éste pudiera ejercer ampliamente todo tipo de actividad sanitaria.<sup>73</sup> En la sentencia se obliga a restituir al médico a su puesto y

<sup>70</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 26 de agosto de 1762. Sin paginar.

<sup>71</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 19 de abril de 1769. Sin paginar.

<sup>72</sup> Archivo Municipal de Aspárrena (Araia), sig. 01-18-02 caj. 5, nº 7, 8 y 9. Fol. 31 r. y v., 32 r. y v.

<sup>73</sup> Ibidem. Fol 5 v. y 6 r. Se prohíbe a “Emeterio Ibarreta cirujano romancista continuase en visitar ni administrar medicinas a los que no padecen enfermedades

a pagarle los salarios de este tiempo pero, salvo el apercibimiento, no parece que se multara al cirujano ni tampoco se persiguiese a los curanderos, limitándose a recomendar respetar la legislación: “*Y encargen a la Hermandad que por ningun motibo ni pretexto permita exercer la medicina y cirugia a personas que carezcan de titulo ni que excedan los terminos y limites prescriptos a unos y otros profesores y mucho menos a los curanderos que indica en su informe*”.

La situación de caciquismo que se extrae de este ejemplo probablemente pueda extenderse en el tiempo, ya que los cambios políticos de las décadas siguientes, donde van a entrar en juego sistemas de votación, primero por sufragio censitario y luego por universal masculino, van a generalizar éstas prácticas caciquiles en el agro alavés y probablemente el personal sanitario dependiente de un contrato municipal no pudiera huir de ellas.<sup>74</sup>

#### IV. 1. 3. Cirujanos contra matronas.

En la historiografía más reciente de las matronas, el periodo comprendido entre las primeras publicaciones obstetricias a mediados del XVI y la Real cédula de Fernando VI de 1750, que restablece el examen de partera, se describe como un espacio temporal de paulatino intrusismo en la acción de las matronas por parte de hombres que, bien titulados o no, aprovechan el libre ejercicio del oficio y la ausencia de requisitos claros, para ejercer de parteros; a la par que los cirujanos más formados comienzan a asumir el parto como actividad quirúrgica y, por tanto, de su estricta competencia.

---

*propias de la cirujia como corresponde al bien de aquellos pueblos con arreglo a las leyes del Reino siendo este el origen de la confrontacion”.*

<sup>74</sup> El médico vitoriano Ramón de Apraiz denunciará, todavía a finales del XIX, estas prácticas caciquiles como la causa principal de la mala situación económica de los médicos rurales alaveses. Apraiz, Ramón. “Causas del actual malestar que experimenta la clase médico-farmacéutica y medios de combatirlas”. Conferencias dadas en la Academia de Ciencias Médicas de Vitoria en el Curso de 1881 á 1882 por el sócio fundador y Secretario General de la misma Don Ramon Apraiz. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar. Vitoria, 1883.

Este proceso no lo vemos claramente en Álava, donde sólo en Vitoria, una vez más, podemos hilvanar una cierta secuencia del devenir de estas profesionales de la salud femenina e infantil.<sup>75</sup>

Habremos de recordar que en la Pragmática de los RR.CC. de 1477 se sobreentendía que el Protomedicato examinaría a las matronas de sus capacidades, pero que en cualquier caso en la corrección de Carlos I y Doña Juana de 1523 se eximía al Real Tribunal de examinarlas, quedando desde entonces las matronas autorizadas a ejercer en la Corona Castellana<sup>76</sup> por el tradicional sistema de la “costumbre”, quedando un periodo de cierta indefinición sobre esta reforma del Emperador -que hubo de ser ratificada en varias ocasiones- hasta que su hijo, Felipe II, determinantemente aboliera el examen a las matronas por parte del Protomedicato en 1576. Al margen de estos últimos años de dudosa efectividad de las pragmáticas reales, lo cierto será que desde mediados del XVI, al mismo tiempo que comienzan a surgir textos obstetricias escritos por hombres en una clara manifestación de la curiosidad despertada entre los anatomistas renacentistas por el cuerpo femenino, las matronas castellanas dejarán de poder demostrar sus capacidades mediante un título profesional que evidentemente reconocía a una mujer aptitudes para el estudio y el aprendizaje así como habilidades y destrezas para su propia supervivencia y manutención.<sup>77</sup>

Este enfoque de género es probablemente el más repetido en la historiografía enfermera, mientras que en la médica, seguida también lógicamente por los historiadores, se alude más a cuestiones de formación, en el sentido de que la conformación social del momento limitaba a la mujer el acceso a la lectura y escritura -y mucho más al latín en que se escribían las obras científicas-, lo que relegaba a las

---

<sup>75</sup> Y hablamos de infantil no sólo en el sentido neonatal, sino porque documentamos varios ejemplos donde las matronas son depositarias de expósitos, en una clara extensión nominal de matrona más que de partera.

<sup>76</sup> En la aragonesa se continuó con ciertos sistemas de evaluación y titulación.

<sup>77</sup> Esa libre práctica, consecuencia de facto de la supresión del título de partera, será la que aprovechen algunos hombres -defendemos de nuevo la idea coyuntural de ser impelidos por la pobreza- para superar el tabú del parto y ejercer sin ningún tipo de preparación.

matronas a un aprendizaje práctico reiterativo, es decir ausente de la experimentación como mejora que atribuiremos al término empirismo en el XVII. Ese avance científico sólo podía realizarlo la cirugía -que sean hombres es circunstancial y derivado del contexto-, y en consecuencia la conversión del parto natural en instrumentalización quirúrgica habría de ser mera evolución de la ciencia.

En cualquier caso, el camino de las matronas será similar al de los barberos, en el sentido de que ante la incapacidad de dar respuesta adecuada a la población con cirujanos y ante la preferencias de la gente por determinadas prácticas independientemente de sus titulaciones, barberos y matronas serán más consentidos que reglamentados, perviviendo junto a los cirujanos hasta que éstos, Ley en mano pero fundamentalmente limitando el acceso al estudio, terminen relegando a ambos oficios a la escala auxiliar.

En Vitoria, Álava por extensión, apenas hay datos sobre matronas antes del XVII, comenzando a ser frecuente su alusión en las actas municipales a partir de 1648 en la que se advierte *“que en esta Ciudad no havia mas que dos Comadres. La una que por su mucha edad esta ympedida y la otra de poca esperienzia de suerte que por no tenerla han peligrado algunas mugeres de parto por no cumplir con su oficio y no ser perita en el”*.<sup>78</sup> De lo cual entresacamos que, en primer lugar sólo dos matronas no había sido lo habitual, aunque con posterioridad -en el siglo XVIII- será el número de las contratadas por el municipio y se aludirá a que *“dicha Ziudad, havia tenido siempre dos Comadres”*;<sup>79</sup> en segundo lugar que aún en los partos complicados sólo la matrona actúa, no mencionándose a ningún cirujano hasta cien años después; y en tercer lugar, que el relevo generacional no es fácil, probablemente porque en el secretismo de su arte se mantenía la posibilidad de un mejor sustento por parte de las matronas, de ahí que las líneas filiales o parafiliales sean tan frecuentemente citadas en la

---

<sup>78</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 9 de julio de 1648. Fol. 140 v.

<sup>79</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 18 de octubre de 1727. Fol., sin paginar.

bibliografía.<sup>80</sup> Podría añadirse un último elemento que ya hemos anticipado, en Vitoria no aparecen parteros masculinos fuera de los posteriores cirujanos latinos.

La dificultad para reemplazar a la anciana matrona es manifestada en el mismo acta de 1648 donde se apremia a que “*sin perder tiempo quanto antes hagan diligencia en Madrid Valladolid y otras partes de que se busque una comadre a satisfacion para que venga a esta ciudad*”, luego el panorama en los pueblos alaveses o todavía era peor o estaban bien sujetas por sus respectivos partidos con atractivas remuneraciones, evidentemente mejores que la de Vitoria, que aquel mismo año recibe Provisión Real para que por término de cuatro años pueda dar Vitoria un salario de 60 ducados a una comadre<sup>81</sup> que se mantendrá en un acuerdo de 1673 y se prorrogará diez años más en 1682, y nuevamente en 1708.<sup>82</sup> Luego a pesar de que en la solicitud de dicho salario se aluda a la dificultad para lograr una matrona de “*ciencia y experiencia*” por lo escaso de su retribución, no parece que el señalado fuera un sueldo muy competitivo, especialmente a medida que pasan los años y viendo cómo sí suben el salario de médicos, después el del cirujano latino e incluso el de los hospitaleros. Sin embargo, de los pocos datos que tenemos de los pueblos alaveses, sabemos que en 1649, al año siguiente del caso vitoriano, contratan en Lagrán a una matrona por diez años con un salario estipulado de 4 reales el parto, es decir, que tendría que asistir aproximadamente a 180 partos para alcanzar el

<sup>80</sup> Esta práctica no es sino una réplica del control gremial que se arrastraba desde el medioevo y que tan duramente criticarán los ilustrados del XVIII por su freno al librecomercio.

<sup>81</sup> A.M.V. Personal. 24/042/031. “*Parte de vos el concejo justicia y rregimiento de la ciudad de Victoria nos fue fecha relacion que en ella havia havido y avía grande necesidad de que rresidiese en ella una comadre de ciencia y experiencia en su oficio y no se havia podido ni podia hallar sino hera que se le señalase salario competente. En cuya consideracion y por escusar los daños e inconbenientes que se seguian de la falta de comadres, [...] os damos licencia y facultad para que por tiempo de quatro años [...] podais dar y deis de salario a una comadre de esperiencia y satisfacion que resida en ella y acuda a los partos, sesenta ducados*”.

<sup>82</sup> A.M.V. Personal. 24/042/034 (año 1682) y A.M.V. Personal. 24/042/35 (1708).

salario de Vitoria.<sup>83</sup> Por tanto es posible que jugara un papel importante algún elemento particular, como la experiencia demostrada o las capacidades percibidas de la matrona.

Desconocemos si logran contratar a alguien en esas fechas, pero en 1665 a la par de un nuevo contrato despiden a otra por "*Justas causas*", sin llegar a conocer cuáles son éstas. La nueva contratada será María Pitillas, casada y vecina de Tafalla,<sup>84</sup> con el salario estipulado de sesenta ducados anuales durante 9 años; mientras que la despedida se llamaba María Santos de la que no teníamos noticia hasta ese momento.<sup>85</sup> A partir de 1673 aparecera como comadre Antonia de Zestona<sup>86</sup> a la que pagan ese año cuarenta ducados "*por los terzios de su salario cumplidos*"<sup>87</sup>, es decir no sería el montante anual, aunque no sabemos si ejerce al mismo tiempo que María Pitillas o si ésta ya no está en la ciudad.

Lo que es seguro es que al cambio de siglo se encuentran ejerciendo Antonia de Zestona y Antonia de Horeitia, si bien en 1712 fallece esta última,<sup>88</sup> y al año siguiente es Zestona quien abandona el servicio tras ejercer "*cerca de Quarenta años con gran acierto y puntualidad* [debiendo ser sus méritos tales que el ayuntamiento] *a echo Jubilar a la suso dicha consignandole Quarenta ducados de renta en cada un año por los dias de su vida mientras semantubiere en esta dicha Ciudad*".<sup>89</sup> Pensión que no debe entenderse como

---

<sup>83</sup> Viana, Salustiano. "Apuntes de la vida de Lagrán", pág. 41. Este contrato tiene la peculiaridad de que se contrata juntos a marido y mujer, ella como comadre y él como sastre, por lo que podría influir en el acuerdo final sobre el salario.

<sup>84</sup> En el Reino de Navarra las matronas se continuaron examinando por el Protomedicato.

<sup>85</sup> A.M.V., AA.MM. Actas del 16 de abril y del 8 de mayo de 1665. Sin numerar.

<sup>86</sup> Aparece también como Zestan, Zestaun y Zestain, siendo este último el usado por Manzanos y Vives en su trabajo (Op. Cit. Pág 181 y ss.), prefiriendo nosotros el toponímico de Zestona, mucho más habitual en los apellidos de la época.

<sup>87</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 16 de mayo de 1673.

<sup>88</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 2 de enero de 1712.

<sup>89</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 28 de julio de 1713. Luego Antonia de Zestona debió contratarse el año 1673, aquél en que documentamos el primer pago de su salario, y no en 1643 como afirman Manzanos y Vives (op. Cit. Pág. 181.). Estas autoras afirman también que su salario, 60 ducados, se correspondía con la mitad de lo que

gratificación, ya que son varios los ejemplos en los que esa paga es una manera de retener a los profesionales jubilados en la ciudad ante cualquier urgencia o necesidad perentoria, en caso por ejemplo de que la matrona titular se hallase ausente en algún parto en las aldeas a la par de que se diera otro alumbramiento en la ciudad.

La sustituta será Ysabel Sanz Romeo “traida para este efecto con las aprobaciones del Protomedicato de Navarra”, y a la que pagaron a razón de 50 ducados mientras vivió la jubilada.<sup>90</sup> A pesar de su titulación y llevando siete años ejerciendo en Vitoria, en octubre de 1720 el ayuntamiento alude a que va a seleccionar parteras entre algunas peticiones que ha recibido, y un año más tarde encontramos que Ysabel Sanz Romeo y otra nueva matrona, Cathalina Diaz de Junguitu,<sup>91</sup> han de someterse al veredicto de los médicos asalariados de la ciudad sobre sus capacidades como matronas, dando a ambas su parecer favorable; si bien, destacan la mayor capacidad para explicar lo que se debe hacer de Cathalina, merced a que sabe leer. Detalle que habla por sí solo de la limitada base cultural de la que partían la mayoría de las matronas para tratar de mantener la autonomía en su oficio frente a la arrolladora fuerza de la nueva clase de cirujanos que se estaba forjando. En este mismo sentido, recalcar el punto de inflexión en el que nos encontramos, donde una matrona ya aprobada por un tribunal médico oficial en Navarra (y recalcamos la oficialidad del Protomedicato del Reino navarro) y con ocho años de ejercicio en Vitoria, debe resignarse a ser evaluada por dos médicos que probablemente no tuvieran capacidad para tal función: porque no hay

---

cobraba un médico (Ibidem), pero en la provisión real de 1682 señalada, se le asigna al médico 300 ducados, y mientras el médico conserva el salario y posteriormente lo aumentará, a la matrona se le bajará el suyo, tal como veremos. Por otra fuente, se señala que Antonia tenía en 1713 más de 70 años (A.M.V. Personal. 17/026/011).

<sup>90</sup> Ya que la facultad real solicitada para su pensión fue sólo de 30 ducados, completando los cuarenta prometidos por el ayuntamiento, sisándose los a la nueva matrona.

<sup>91</sup> Manzanos y Vives (Op. Cit.) colocan a Cathalina ejerciendo a la par de Ysabel desde 1713, lo que es imposible a tenor del contenido de este acta. A.M.V., AA.MM. Acta del 7 de septiembre de 1721.

En los documentos de personal del ayuntamiento (Sig. 17/026/012), Ysabel aparece como Romero en lugar de Romeo y Cathalina como Causalina.

constancia de que los físicos partearan; porque son dos médicos normalitos<sup>92</sup> de una pequeña ciudad; porque no han de demostrar nada para poder convertirse en Tribunal.

El 12 de junio de 1722 *“En este Ayuntamiento se propuso el gran desconsuelo con que quedarían todos los vezinos y moradores de esta dicha Ziudad y los de los quarenta y ocho lugares de que se compone su jurisdiccion por fallezimiento de Antonia de Zestaun, comadre...”*. Tras 49 años ejerciendo en la ciudad, y con una esperanza de vida media de alrededor de los mismos años, había ayudado a nacer a no menos de tres cuartas partes de los habitantes de la ciudad y su alfoz; evidentemente la nota en las actas municipales no era para menos. Su muerte solucionará además el problema de los salarios que estaba teniendo el ayuntamiento al tratar de mantener a las dos nuevas matronas y seguir pagando la jubilación a la ahora fallecida; acordándose en ese mismo acta que *“Ysabel saenz Romeo quede por primer Comadre con cinquenta ducados de Vellon de salario [...] y que la dicha Cathalina diaz de Junguitu, sea admitida para el dicho ejercicio en segundo lugar y con los mesmos quarenta ducados de salario que gozaba la Jubilada”* para lo cual se solicita facultad real obteniéndose al año siguiente.<sup>93</sup> Luego queda claro que si con anterioridad hubo dos matronas a la par, éstas debían repartirse los 60 ducados asignados, aunque prácticamente no se documenta esa situación en los últimos cien años muy a pesar de las alocuciones de las actas que recuerdan que siempre hubo dos, por lo que la matrona

---

<sup>92</sup> Son evaluadas por Jose Cardiel y Manuel Ortiz de Zárate que, en las casi hagiográficas reseñas que dedica Núñez de Cepeda al colectivo médico del hospital de Santiago, no les destaca en absoluto; es más, respecto a Cardiel hace notar que tras marcharse a ejercer a Miranda y volver luego a Vitoria, el Procurador General se opuso fundamentándolo, dice Cepeda, *“en su inconstancia y poca caridad con los clientes”*. Núñez de Cepeda, Marcelo. Op. Cit. Pág. 342. Y en el caso de Ortiz de Zárate, fue despedido por el ayuntamiento en 1730 (luego readmitido en 1736) por que *“avia llegado a entender que los medicos y Cirujanos asalariados desta Ciudad no asistian a los pobres enfermos del Hospital de Sn Tiago della con la Puntualidad y bijilancia que estavan obligados y avian sido admitidos...”*. A.M.V., AA.MM. Acta del 3 de octubre de 1730.

<sup>93</sup> A.M.V. Personal. 17/026/012. *“Facultando a Vitoria para dar 300 ducados a cada uno de los medicos, 50 a la primera matrona y 40 a la segunda”*.



titular se embolsaba los 60, mientras que ahora una cobrará 50 y otra, en teoría más al gusto de los médicos asalariados, sólo 40; es más, mientras no se determinó la facultad real de dichos salarios el ayuntamiento repartió los 60 a razón de treinta a cada una.

Para más desencanto, el 3 de marzo de 1725 Ysabel Sanz ha de reclamar el salario de dos años, cien ducados según estaba estipulado; sin embargo, el ayuntamiento decide pagarle sólo ochenta y además desea que “*otorgue excriptura en que se obligue a asistir en su ejercicio por espacio de nueve años al dicho respecto de quarenta en cada uno*”. Desconocemos el motivo de tan sustancial rebaja, pero a Ysabel le quedará poco que aguantar tan poco reconocimiento, ya que fallece al año siguiente.<sup>94</sup>

Desconocemos quien la sustituye, pero en enero de 1735 su compañera Cathalina solicita al ayuntamiento que la dispense de acudir a los partos de las aldeas por su quebrantada salud, aduciendo que su compañera “*tiene menos años que la suplicante, y se alla con mas robustez*”; sin embargo, el ayuntamiento deniega la solicitud alegando “*ser la otra Matrona no de las maiores esperiencias*”, por lo que prefiere la solución de buscar una nueva comadre. Tal vez por miedo a perder su empleo, nos consta que Cathalina Diaz de Junguitu continuará ejerciendo hasta el fin de sus días, en mayo de 1749 tras 28 años de servicio que no deben ser suficientes para despertar algo parecido al pesar que había supuesto la desaparición de su predecesora Antonia de Zestona.

Además de deteriorar su salud, Cathalina hubo de ver en sus últimos años también un deterioro significativo en su oficio, ya que es entonces cuando documentemos por primera vez la aparición de un cirujano partero en Vitoria. Cómo no, habría de ser de la mano de los nuevos cirujanos latinos, si bien no nos consta que actuaran en los partos con anterioridad al arribo de Pedro de Divarrat. Y de su acción como tal únicamente tenemos la breve descripción de 1742 cuando le suspenden de su ejercicio hasta que sea aprobado por el Protomedicato, en la que se alude a que lleva tres años “*exerciendo el*

<sup>94</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 14 de noviembre de 1726.

*oficio de Ziruxano Sangrador y parttero*”; sin embargo, a pesar de la brevedad de la nota se ha iniciado ya el cambio de tendencia que parece confirmar su sucesor, el reprobado Juan de Etcheberry, a quien se dice que no se le pagó *“por el parto a que concurrio en Casa de la Comadre”*.<sup>95</sup> Situación en cualquier caso que parece aislada, casi anecdótica. Divarrat además de ejercer como partero, va a examinar a una nueva matrona el mismo año de su apercibimiento. Jazintta de Atorales, vecina de Laguardia que había ejercido como matrona en dicha villa y en la de San Sebastián la cual, tras ser reconocida y aprobada por el cirujano latino, es contratada ese año de 1742 por la ciudad con un salario de treinta ducados al año. Sueldo que va a generalizarse al año siguiente, ya que al parecer del ayuntamiento mientras deben elevar el de los médicos a 400 por no poder contratar a nadie por menos y mantener el del cirujano latino en 300, consideran que de los 90 ducados de la facultad real reservados para dos matronas *“para el trabajo que estas tienen se considera excesivo dicho sueldo, parece conveniente, que en lo futuro solo se den sesenta á razon de treinta á cada una de dichas dos Matronas”*.<sup>96</sup>

Pero si la necesidad de aprobación por médicos y cirujanos de dudosa capacidad, la incursión del cirujano latino en su terreno vedado y la rebaja del salario auguran un mal futuro para la matrona, Cathalina aún habrá de hacer frente a otra amenaza, la del intrusismo de personas totalmente legas en la materia. La primera noticia se recoge en el acta municipal del 8 de junio de 1742, en la que se hace eco de *“haver llegado al entender que algunas mujeres sin titulo ni aprobacion alguna sean inttroduzido a parttear”* y aunque se manda al Procurador General que tome las provisiones debidas, en noviembre es la propia Cathalina la que denuncia que en la ciudad había *“varias mugeres que exercian el empleo de Parttera sin ttitulo ni permiso de la Ciudad”*. Dándose por enterado el Concejo se manda hacer una

---

<sup>95</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 17 de marzo de 1768.

<sup>96</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 30 de abril de 1743. A modo orientativo el salario de la matrona en Salvatierra en 1767 era de 242 reales (algo más de 20 ducados), lo que les acerca en sueldo aunque evidentemente la proporción de partos no tendría nada que ver. Grandes, Fortunato. “Apuntes Históricos de Salvatierra”. Diputación Foral Álava. Dpto. Publicaciones. Vitoria, 1982. 2ª reedición del original de 1905. Pág 91.

relación de las intrusas encontrándose efectivamente con varias mujeres que actuaban como matronas sin ningún tipo de documento acreditativo de su experiencia; salvo una, Daria Orttiz de Varron, que tenía un título expedido por la villa de Laguardia en 1735 y que había sido aprobado por un médico de Vitoria el mes anterior (cuando denuncia Cathalina).<sup>97</sup> La peculiaridad de este caso es que permiten a Daria seguir ejerciendo, eso sí, sin la condición de asalariada municipal, por lo que ha de sobrevivir con lo que consiga cobrar por su labor. No obstante tendrá suerte, tres años después ha debido marchar su paisana Jazintta, y Daria logrará ocupar su lugar como matrona asalariada con 30 ducados al año.

Junto a Daria, tras la muerte de Cathalina en 1749, ejercerá Margarita Fernandez de Lermanda, natural de Bolibar y residente en Vitoria, quien alega para ser contratada el haberse formado con Cathalina Diaz de Junguitu, su *Ama Partera*, y ofreciéndose para ser examinada por “*medicos y Ciruxanos que entiendan de la facultad para hacer demostrable su Ynteligencia*”.<sup>98</sup>

El año siguiente es clave en la historia de las matronas, Felipe VI publica su famosa Real Cédula de 21 de julio de 1750, por la que se retoma la necesidad de que las matronas hayan de ser evaluadas por el Tribunal del Protomedicato para ser autorizadas a ejercer. Para poder ser examinadas debían demostrar su limpieza de sangre, así como la de sus padres y abuelos, documentar el haber practicado al menos dos años el oficio y que alguna autoridad respaldase que eran de buena vida y costumbres. En Vitoria se recibe en el ayuntamiento el 14 de septiembre,<sup>99</sup> haciéndose eco las actas de su contenido.

La Real Cédula implicaba también la obligatoriedad de examinarse como partero a los cirujanos -igual que hacían un examen específico para poder ser sangrador-, por lo que a partir de entonces el mero hecho de ser cirujano no autorizaba partear, aunque a la contra incorporaban un matiz discriminador, ya que los varones no podían

<sup>97</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 2 de diciembre de 1742.

<sup>98</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 18 de junio de 1749.

<sup>99</sup> Hay copia de la Real Cédula en A.M.V. Personal. 17/024/001.

ser parteros salvo si eran cirujanos,<sup>100</sup> mientras que, evidentemente, sí se permite a las mujeres ser únicamente matronas. Pero lo fundamental de esta cédula es ver el empobrecimiento percibido del oficio de partera desde que se dejara de examinar a éstas, aumentándose el número de matronas mal formadas y la incursión en tales prácticas de hombres cuyo objetivo no era sino poder comer y de los que se presume que carecían de toda capacidad:

*“...por quanto por parte del Real Tribunal del Proto-Medicato y en su nombre don Joseph Suños, su Presidente y primer Medico de mi Real Persona [me ha hecho presente] de que algunos tiempos a esta parte acontecian en esta mi Corte y en las principales Ciudades y Poblaciones de las Castillas, no solo en las mugeres, que según su edad, y robustez prometian naturales, y felices partos, sino tambien en las que abortaban por accidente, muriendo infelizmente unas y otras con desgracia de las madres, y sus criaturas, naciendo este irreparable daño de la impericia, y mala conciencia de las Mugeres llamadas Parteras, y de algunos hombres, que para ganar su vida havian tomado por oficio el partear, [...] Que este universal perjuicio havia dimanado de haverse suspendido el examen que antes se hacia de las referidas Parteras por los Proto-Medicos, por una ley Real, o Pragmatica del Señor Phelipe Segundo. [Para evitar en lo sucesivo estos graves perjuicios] todas las Parteras y Parteros, que actualmente exercian este oficio fuessen examinados por dicho Tribunal, o persona de su satisfacion [...] y que en adelante nadie pudiesse, ni debiesse intrrometerse en este oficio, sin que primero fuesse examinado en theorica, y practica, baxo de graves penas...”*

Respecto a esta cédula, no podemos pasar por alto la interpretación de que habría sido resultado de las presiones de los cirujanos académicos para acotar la autonomía de las matronas. La idea que subyace es que si bien los nuevos cirujanos no podían suplantarse numéricamente a las matronas, al menos sí lograrían encauzar su oficio por unos derroteros precisos que terminarían por

---

<sup>100</sup> Ibidem. “Respecto de que deben ser cirujanos los que exerçan el oficio de parteros”.

relegarla a meros auxiliares habilidosos en el parto. De ahí el énfasis en remarcar la coincidencia temporal de la cédula con la publicación por el Protomedicato del manual obstétrico de Antonio Medina “*Cartilla nueva, util y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el odicio de Partear*”.<sup>101</sup>

A pesar del gran salto cualitativo de la norma, lo cierto es que no hay ningún tipo de revulsivo que indique que algo ha cambiado en la ciudad, ni tampoco se tiene constancia de que las matronas fueran a examinarse al Protomedicato, ya que la Real Cédula eximía del examen a las que ya estuviesen admitidas y acreditadas en los pueblos. Por tanto, en lo que queda de siglo no apreciamos nada distintivo, amaneciendo el XIX, tras la Guerra de Independencia, en el recién inaugurado hospital de Santiago con nuevas ordenanzas en las que oficialmente el Cirujano asalariado es también el Comadrón de la ciudad, y que ya debía ejercer con anterioridad Manuel Prim desconociéndose cuándo inició formalmente tal papel agregándosele los 60 ducados de las matronas a su sueldo como cirujano latino.<sup>102</sup>

El siglo irá acabando con dos matronas asalariadas por el municipio con un salario inferior al del hospitalero, y que había pasado de ser un quinto del sueldo del médico a ser un treceavo en cien años. Legalmente subordinadas a la cirugía, limitada su autonomía y, lo que es mucho peor, imposibilitada para reconducir su propio oficio que ya no les pertenecía. Las últimas documentadas serán la citada Margarita Fernandez de Lermenda y Maria Ruiz de

<sup>101</sup> Editado en 1750, tendría una segunda edición en 1785 y será el manual por excelencia en la segunda mitad del XVIII.

<sup>102</sup> A.T.H.A. Fondo hospital de Santiago. En las ordenanzas de 1821 (C. 4 N° 4) leemos que “*combiene tambien que se agregue al mismo cirujano titular la plaza de Comadron que obtenia su antecesor Dn Manuel de Prim [...] con la misma renta de sesenta Ducados*”, elemento que no está presente en las anteriores ordenanzas de 1764 (Ibidem), por lo que la asignación de comadrón al cirujano latino hubo de iniciarse formalmente con Prim, que inició su contrato en Vitoria en 1768, pero con posterioridad al menos a 1775, fecha en la que aún documentamos a las últimas matronas asalariadas, quedándonos la duda sobre el aumento de salario a Prim el año anterior (A.M.V. Personal. 17/026/015. Año 1774) por si tuviera alguna relación con la agregación de esas funciones.

Yriondo, natural de Martioda y que inicia sus servicios en 1760.<sup>103</sup> Ambas siguen activas en 1775, ya que las dos aparecen citadas en un pleito como peritas en el examen a una joven presuntamente violada,<sup>104</sup> siendo la última alusión que obtengamos de ellas en este siglo XVIII.

#### **IV. 2. La cuestión de la pobreza.**

La pobreza es la esencia del siglo XVII español, y Álava no será ninguna excepción en aquél dramático siglo. Y a pesar de que ya señalábamos cómo a lo largo del siglo XVI comienzan a aflorar nuevas representaciones sociales sobre la pobreza, desligándola del carácter sagrado medieval, y que entre otras consecuencias, traerá una cierta división entre el pobre y el enfermo, visto este último todavía como designio sacro por el que se confiere la posibilidad de remisión al pecador. En teoría en Vitoria eso es lo que había acontecido al continuar funcionando el hospital de Santa María como hospicio destinado a la pobreza -esto es, a que nadie se muriera por falta de recursos básicos, como la comida, ropa, techo o lumbre-, reservándose el de Santiago como hospital destinado a la curación, del alma y del cuerpo, de aquellos vitorianos que carecían de dinero para pagar los recursos sanitarios en su domicilio, o bien de lo que carecían era de una familia para que los atendieran -es decir, a enfermos pobres que, salvo por su enfermedad, eran válidos, trabajaban y se mantenían en equilibrio al borde de la pauperización-. Si el sistema llegó a funcionar es algo sobre lo que no tenemos mucha certeza, pero sí tenemos claro que hacia finales del XVI, ya evidenciada la grave crisis que se prolongará durante más de un siglo, el equilibrio entre subsistencia y pauperismo se rompió bruscamente llenando de gentes desempleadas y sin recursos todos los lugares de la provincia. Evidentemente algunos pueblos produjeron emigrantes y otros se convirtieron en polos de atracción deshaciéndose, si tenían, la posibilidad de capear la

---

<sup>103</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 31 de octubre de 1760.

<sup>104</sup> A.R.Ch.V. Real Audiencia y Chancillería de Valladolid. Pleitos criminales. C. 335/3.

crisis. A lo largo de esos años serán frecuentes las normativas en pro de que cada lugar atienda a sus pobres, las negativas a cumplirlo según tocase dura o madura, y las constantes expulsiones de los pobres espúreos, lo que llenó los caminos de gentes sin rumbo obligadas a sobrevivir de la caridad o del hurto.<sup>105</sup> En aquel panorama de me lo das o te lo quito, dentro de la peculiar dimensión religiosa de nuestra Contrarreforma, va a reproducirse el modelo asistencial medieval de exaltación del pobre como ejemplo de Cristo, del vagabundo como el Jesús itinerante, y del enfermo como prueba definitiva de amor al prójimo. Las fundaciones hospitalarias se reactivan y jugarán un papel esencial en el mantenimiento de esta masa empobrecida. Situados en los pueblos-camino alaveses acogerán a todo el que no pueda pagar posada, dando cobijo, lecho, fuego, comida, e incluso curando o trasladando a los enfermos de un hospital al siguiente, pero siempre según lo dispuesto en las Constituciones Sinodales del obispado que los regían “*por vna noche sola, salvo en caso de enfermedad, ò necesidad notoria*”,<sup>106</sup> logrando mantener así un movimiento continuo de aquellas gentes, sin que tomaran asiento en los pueblos y lo suficientemente mantenidos para limitar que engrosaran las filas de la delincuencia.

Por tanto, pobreza y enfermedad vuelven a darse la mano en un círculo vicioso en que si se cae en cualquiera de las dos nos llevará indefectiblemente a la otra. De todos los colectivos que habitaban Vitoria en aquel siglo y pico no hay duda de que la pobreza adquiere el rostro de una mujer viuda y de un niño abandonado. Quitando a los afortunados, los ancianos y desvalidos mueren, y los jóvenes y adultos, si escapan de la enfermedad, sobreviven en trabajos diversos, en ejércitos y armadas, vagabundean, delinquen o se prostituyen.

<sup>105</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 5 de octubre de 1672. Fol. Sin numerar.

“...se hizo Relacion como en esta Ciudad han entrado estos dias soldados y Gente fujitiba y bagamunda por los que mandaron se de un pregon y bando para que salgan de esta ciudad y suJurisdiccion ymponiendoles Grabes penas”.

<sup>106</sup> Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698, página 523.

#### IV. 2. 1. Las instituciones caritativas.

Había quedado señalado cómo a los pocos años de la concentración hospitalaria de 1590 ya se documentaba nuevamente la acción asilar del de Santa María, en este caso centrado en dos niños pobres acogidos en dicha casa,<sup>107</sup> aunque suponíamos que habría de continuar acogiendo a aquellos vitorianos que por diferentes causas habían perdido su autonomía y se hallaban en una clara situación de dependencia y sin apoyo familiar: ancianos, ciegos, viudas, etc.<sup>108</sup>

Con la misma finalidad, a pesar de las sospechas de objetivos poco lícitos en sus acciones, que veíamos en el capítulo anterior, debían estar los hospitales de San José y San Pedro. Quedando el de Santiago para el acogimiento de peregrinos y transeúntes según se insiste todavía a principios del XVII, pero probablemente ya convertido en hospital de curación para pobres y abandonando la acción asilar que hubo de mantener en la Baja Edad Media.

Esta imagen, en fechas de la concentración de las rentas hospitalarias a finales del XVI, no va a soportar los cambios sociales de la siguiente centuria y media, quedando desbordados sus fines originarios por la acuciante necesidad de mantener el peligro potencial de las masas empobrecidas a buen recaudo.

Probablemente el centro que va a sufrir el cambio más drástico es el del hospital de Santiago. Hasta mediados del XVII parece continuar sin grandes cambios, pero en la década de los cuarenta la situación de pobreza debe de estar ya muy generalizada en la ciudad con la añadidura de una gran cantidad de enfermos que no pueden costearse su recuperación, por lo que el ayuntamiento decide trasladar al hospital a cuantos lo precisen.<sup>109</sup> No sabemos de cuántos se trata,

---

<sup>107</sup> A.M.V., AA.MM: Acta del 12 de abril de 1600. Fol. 178 r.

<sup>108</sup> Desconocemos claramente lo que se hacía con los dementes en la Baja Edad Media y en la Modernidad, pero en la descripción del hospital de Santiago para la Provisión Real de Felipe V de 1739 leemos que existía “*Un zepo con su candado y llave que esta en la quadra viexa que sirve para poner en prision a los pobres que dieren motivo*”.

<sup>109</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 1 de abril de 1644, fol. 480 recto.



pero a los ocho días se hace ver que “*cien savanas que se coxieron de limosna para el dicho ospital seria bien se provea dellas*”,<sup>110</sup> aumentándose además el salario del hospitalero a 36 ducados al mes siguiente.

Con posterioridad, las solicitudes de ropa blanca dan a entender que el ritmo del hospital sigue siendo alto. Tal vez en el mismo sentido deba interpretarse que en 1656 se proponga poner un libro en el hospital para “*que se asienten los pobres enfermos quando entran quando salen*”;<sup>111</sup> si bien, las Constituciones sinodales también recomiendan la existencia de estos libros en todos los hospitales, por lo que podría encajar más en un proceso general de mejora de la burocracia administrativa de estos centros. En cualquier caso, la situación debe estar a punto de desbordarse en 1682, ya que el ayuntamiento ordena “*Que en el ospital de el señor santiago de esta zitudad no se admitan por sus mayordomos ni ospitalero enfermo alguno sin expresa lizenzia deesta zitudad o su Procurador General en caso de mucha Urjenzia*”<sup>112</sup> lo que no debe ser un problema tanto de volumen de enfermos como de carencia de recursos económicos, ya que en 1693 se declara al ayuntamiento “*totalmente empeñado*” decidiéndose volver a salir a la calle a pedir limosna como antiguamente lo hacían los hospitaleros.<sup>113</sup>

---

*“En este ayuntamiento se propuso como avia muchas personas pobres enfermas vecinos de esta ciudad que a caussa de la Carestia del tiempo que corre padecen mucha ambre y necesidad y que parece que sin abien, admitiesen en el ospital de santiago de esta ciudad. Y por quanto la fundacion de dicho ospital fue para los peregrinos que passasen por esta ciudad pero que la necesidad adobliga mucho.”*

<sup>110</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 9 de abril de 1644. Fol. 482 verso.

<sup>111</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 26 de enero de 1656. Fol. 12 v.

<sup>112</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 11 de noviembre de 1682. Fol. Sin numerar.

<sup>113</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 4 de diciembre de 1693.

*“Que no se admitan en el ospital del Sr. Santiago de esta Ciudad emfermo alguno pobre que no sea biandante o peregrino con horden del Sr Procurador General ni mayordomosde dicho Ospital sin que prezeda la de los dichos señores Capitularesen su ayuntamiento por berse dicho ospital totalmente enpeñado y no poder gastar de los Capitales que tiene sin que prezeda lizenzia y para tomar el rremedio conveniente se reconozcan y se saquen del Archivo deesta Ciudad la fundacion y demas papeles, conduzentes a dicho ospital.”*

Solicitada ayuda real, el siglo XVIII se inicia con la buena nueva de habersele concedido por su Magestad veinte luises de oro que se reciben en febrero,<sup>114</sup> cantidad que va a permitir afrontar al hospital una serie de reformas estructurales que se documentan ese año y los inmediatamente posteriores. Y aunque las necesidades se continúan, parece que se va haciendo frente a ellas, entre otras razones porque desde que se decidió volver a pedir limosna quedó instituido como costumbre *“que todos los meses salgan por las Calles dos Cavalleros y otros vezinos honrrados de la Ziudad empezando el señor alcalde para dar exemplo a pedir limosna para los Pobres enfermos de el Hospital”*.<sup>115</sup> No obstante, las rentas y limosnas no pueden frenar el deterioro del hospital, y en 1736 se comunica que el edificio amenaza ruina en las salas de los enfermos, aunque en este caso, a pesar de no ser suficientes las rentas del centro, el ayuntamiento parece disponer de fondos o tener la confianza de adquirirlos mediante sus arbitrios y sisas, señal de que se está superando la crisis, siendo su manifestación más clara el acta de fin de año de 1758 donde se declara que *“no avia duda que al presente estaban sobrantes las rentas de dicho Hospital”*.

Por su parte la situación de los otros tres centros no hubo de ser mejor. Sólo tenemos algún dato del de Santa María que confirma los años finales del XVII como los más complicados en su funcionamiento. Para esas fechas este hospicio ya se había definido como un asilo exclusivamente para viudas, aceptando además de los tradicionales expósitos -después de su periodo de criado con nodrizas- a los hijos de las viudas que acogían. Por tanto, Santa María se

---

A.M.V., AA.MM. Acta del 19 de diciembre de 1693.

*“...delgran trabajo y yncomodidad que padezen los pobres enfermos que se recogen en el Ospital del sr Santiago de esta Ciudad porno aver ropa blanca ni de lana para sus Camas en el sino muy poca y de poquisimo provecho y que atendiendo a allarsse como sehalla dicho Ospital tan empeñado y ymposibilitado al presente poresta Caussa y de no poder remediar de otra forma que pidiendo limosna por las Calles [...] deesta Ciudad y Cassas particulares que socorriessen tan urgentenezesidad poniaen consideración de dichos Señores Capitulares...”*

<sup>114</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 11 de febrero de 1701.

<sup>115</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 2 de enero de 1736.

sumaba al papel desempeñado por los hospitales de San José y San Pedro, tal vez por la supresión del de La Magdalena que también recibía habitualmente, en los últimos tiempos antes de la concentración, viudas en calidad de donadas.

Esta reducción asilar a favor de las viudas evidentemente creaba el problema de atender a los hombres dependientes, además de a los pobres por el mero hecho de carecer de medios de subsistencia, y que tradicionalmente eran acogidos en Santa María o se les daba limosna con sus rentas para la manutención de pobres y discapacitados. El hospital Santiago, aunque se documente alguna licencia para acoger a hombres desvalidos a finales del XVII, no daba abasto con los enfermos pobres, luego no podía asumir esa función asilar. Y ello sucede en unos siglos donde el número de pobres se hace insostenible, a la par del incremento de otros problemas sociales como el de los expósitos. Muy probablemente estas modificaciones en la acción asilar de los centros hospitalarios vitorianos a lo largo del XVII influyera notablemente en la idea de crear un nuevo centro hospicial destinado a estos fines, que comenzamos a documentar desde mediados del XVIII una vez que parece que la situación de crisis aminora, coincidiendo sin lugar a dudas esos objetivos caritativos con las nuevas ideas sociales de los ilustrados. Para éstos, la pobreza sólo estaría justificada en los casos de dependencia física o psíquica (lisiados y dementes), siendo las causas sociales fruto de la ignorancia o bien reflejo de vagancia o malintencionalidad; en cualquier caso ambos debían sustraerse de la vista del pueblo para limitar el mal ejemplo, atender al pobre legítimo y reeducar al vago o ignorante.

Por ambos caminos, la caridad y la filantropía encuentran una misma solución, los hospicios o casas de Misericordia. La idea ya vimos que no es nueva, hunde sus raíces en Vives y Giginta,<sup>116</sup> pero serán los ilustrados, Feijóo como abanderado en España, los que terminen redefiniéndolo y adaptándolo al pensamiento enciclopedista, y otros, Foronda en Vitoria, quienes lo lleven a la práctica.

---

<sup>116</sup> Y de hecho se produce un cambio nominal de algunos hospitales que funcionaban como asilos a hospicio, caso de Santa María que a partir de la unificación hospitalaria se le va a denominar indistintamente de una u otra manera.

Aunque el de Vitoria no vea la luz hasta 1777, ya se expresa su deseo desde al menos diez años antes,<sup>117</sup> y con él se dará inicio a una nueva manera de entender la caridad, la Beneficencia Pública.

#### IV. 2. 2. Las viudas.

De los cuatro centros hospitalarios que quedaban en la ciudad, al finalizar el periodo tres de ellos quedarán ligados exclusivamente al acogimiento de viudas, Santa María y los dos de patronato privado, San José y San Pedro, lo que da testimonio de la representación señalada de la pobreza con rostro femenino.<sup>118</sup>

Separada en general del mundo del trabajo, con pocas más excepciones que las que aquí nos interesan de las hospitaleras y las matronas, las mujeres de la Edad Moderna tenían una gran dependencia de la fuente principal de ingresos y de la estructura familiar para su supervivencia con dignidad. Si fallecía el hombre, el único que se contabiliza como vecino, su futuro tenía pocas opciones salvo que contara con rentas suficientes o el apoyo familiar fuera sólido, pues apenas existían alternativas laborales.<sup>119</sup> Y aún existiéndolas, a veces era necesario acompañarse de un hombre, caso de nuestras hospitaleras.<sup>120</sup> De ahí que las noticias de segundas

---

<sup>117</sup> A.M.V., AA.MM, Acta del 18 de julio de 1767.

<sup>118</sup> El de Santa María continuará permitiendo el pernocte de los expósitos ya criados, lo que no deja de vincularse a la misma faceta femenina de la pobreza.

<sup>119</sup> Las viudas de los maestros artesanos con taller estaban facultadas por los gremios para continuar al frente del mismo, pero les prohibían el ejercicio autónomo del oficio. Imízcoz y Manzanos recogen de las ordenanzas de los maestros confiteros de Vitoria de 1753 cómo hasta dicha reglamentación había sido *“justa práctica, uso y costumbre”* que la viuda pudiera mantener o abrir una tienda del oficio del difunto, practicándolo por su *“propia inteligencia y pericia [...] ayudada de oficiales prácticos y experimentados para la manufactura”*. En *“historia de Vitoria”*, pág. 85 y 86.

<sup>120</sup> Como ejemplo de esta dificultad femenina para desenvolverse con autonomía, recogemos el artículo 121 de las ordenanzas de Vitoria de 1743. Extraído del propio acta municipal del 30 de abril de ese año:

*“121º Que no se permita muger alguna con titulo de costurera en casa separada, y de por si, no teniendo quarenta años de hedad. Experimentandose en esta Ciudad,*

nupcias en los registros sacramentales no sean nada extrañas. Otra opción era la marginalidad en forma de prostitución, pero sin duda la más fácilmente documentable es la de ejercer de viuda pobre asilada en alguno de estos hospitales. Desbordando en alguna ocasión sus capacidades, dictándose entonces medidas drásticas como la documentada en 1694: “...se decreto que todas las muxeres que estan en el ospital de Santa María de esta Ciudad que no llegaren a zinquenta años Y no tubieren [...] Ympedimentos Y ajes que les embaraze el trabajar Y muchachos se expelan delos aposentos que ocupan y en su lugar sepresenten las Pobres mas ancianas y nezesitadas que hubiere en esta Ciudad”.<sup>121</sup>

Para hacernos una idea de las capacidades de estos centros, en 1739 el hospital de Santa María acogía a “Diez y siete pobres viudas, honestas”, en el de San José “ocho muxeres recojidas que son todas las que havittan en dicho Hospicio cada una en cuarto separado”, y en el de San Pedro “para havitacion de pobres Viudas, honestas de las quales actualmente ai treze cada una en su Cuarto”.<sup>122</sup>

En el caso menos frecuente de quedar un hombre impedido y sin mujer o hijos que le sostengan, la alternativa no son estos centros que ya en el XVII parecen estar plenamente dedicados al problema específico de la pobreza femenina, sino el hospital de Santiago donde se documentan en los años finales del XVII un par de licencias del

---

*que muchas mugeres solteras, Y viendo la sugesion de servir, procuran, con el titulo de costureras, vivir en sus casas, ó quartos, sin dependencia, para lograr, por este medio, desfrutar perfecta libertad, de lo que há manifestado la experiencia, seguirse gravisimos inconvenientes: y deseando evitarlos, como es justo: Ordenaron, que ninguna muger soltera, que no llegue á la edad de quarenta años, pueda vivir sola con semejante titulo de Costurera, ni otro, so la pena de las que se hallaren, contravenir á lo referido, será multada en tres mil maravedis, aplicados por quantas partes, Camara, Juez Denunciador, y reparo de Muros; y á mas se le compelerá, á que se ponga á servir dentro de ocho dias, ó en defecto sera hechada de la Ciudad”.*

<sup>121</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 13 de agosto de 1694. La alusión a “muchachos” probablemente se refiera a viudas con hijos pequeños, pero no podemos descartar la existencia de púerperas vergonzantes que acudían a parir al hospital de Santa María por no estar casadas, lo que documentaremos con frecuencia en el XIX.

<sup>122</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 6 de julio de 1739. Se trata de la contestación a la Real provisión de Felipe V sobre el estado de los centros hospitalarios.

ayuntamiento para que el hospital acoja a hombres pobres sin familia.<sup>123</sup> Lo que nos llamaba la atención por las grandes dificultades que pasaba el hospital por aquellos años, hasta el punto de pretender regresar a los tiempos en que sólo acogían a peregrinos y viajeros.

#### IV. 2. 3. Los expósitos.

El problema de los niños abandonados no fue un hecho propio de este momento histórico de crisis, si no que con los comprensibles altibajos se rastrea desde el final de la Edad Media; y de hecho, el hospital de Santa María solía asumir entre los fines de sus rentas el pago a mujeres casadas que criaban niños expósitos en sus casas, que al crecer, sin poder poner una edad determinada, o bien lo adoptaba la familia de crianza o se devolvía al hospital donde se le trataba de colocar como criado o aprendiz en algún gremio, yendo a pernoctar al hospital. También el hospital de San Lázaro y La Magdalena tuvo algún niño expósito y, según documenta Núñez de Cepeda, hubo desde mediados del XVI una fundación para el sostenimiento de un maestro a quien se daba habitación con la servidumbre de “*tener en su compañía a cuatro niños para que aprendiesen y después enseñasen la Doctrina cristiana a todos los demás de Vitoria*”, manteniéndose durante dos centurias.<sup>124</sup> Los niños expósitos pasaban a cargo de este *maestro doctrinero* entre los 6 u 8 años,<sup>125</sup> con lo que complementaba la acción del hospital de Santa María instruyendo a estos niños hasta tener edad de poder ser colocados como aprendices. Dicho maestro terminaría teniendo un salario que se pagaba de las rentas unificadas en el hospital de Santiago en función del número de niños que tuviera a su cargo.

---

<sup>123</sup> A.M.V. AA.MM. Actas del 9 de marzo de 1683 y del 30 de septiembre de 1692. En ambos casos son dos personas representativas, el primero había sido Procurador de la ciudad y el segundo “*a servido a la Ciudad muchos años*”, con lo cual no puede generalizarse que se concediera dicha licencia a cualquier hombre pobre sin familia.

<sup>124</sup> Núñez de Cepeda, Marcelo. Op. Cit. Pág. 314 y 315.

<sup>125</sup> Bombín, Porres y Reguera. Op. Cit. Pág. 208.

Precisamente a partir de la unificación hospitalaria, será el hospital de Santiago quien asuma en general los gastos de los expósitos, desde su recepción a su independencia, ya que a dicho establecimiento quedaron agregadas las rentas de Santa María y La Magdalena con la obligación de continuar cubriendo con ellas los fines de aquellos centros.<sup>126</sup>

Sin embargo, estas políticas de solidaridad entran en crisis a lo largo del XVII y XVIII ya que el número de expósitos crece exponencialmente. No tenemos una secuencia numérica fiable para Vitoria con anterioridad al hospicio de 1777, pero la situación hubo de ser por lo menos tan mala como la descrita para Labastida por Jesús M<sup>a</sup> Pérez García, en la que refiere que ha *“podido localizar no menos de trescientos niños expósitos o hijos naturales en Labastida a partir de la tercera década del siglo XVIII. Los lugares elegidos para dejar a los niños eran el Stmo. Cristo, la Basílica de Toloño, el convento de San Francisco, la puerta de la iglesia parroquial, la entrada de la Villa, en la granja de Ntra.Sra. de Remélluri, en un mesón extramuros que había a las afuera de la Villa, en la puerta de la comadrona de la Villa, en la ermita de San Roque e incluso, alguno en el molino de Suso”*.<sup>127</sup>

La relación entre matrona y expósitos que vemos en Labastida también la documentamos en Vitoria en 1704, aunque parece algo excepcional. Si bien la documentación manejada es bastante parca en este tema, centrándose únicamente en aquellos casos que implican un mayor desembolso, caso de los expósitos enfermos que requieren hospitalización y que son trasladados al hospital de Zaragoza.

<sup>126</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 10 de agosto de 1642, fol. 364 r.

*“...que este dia por la mañana se avia allado en el parco de la yglesia Parrochial de san yldefonso desta ciudad una niña espossita con un papel en que dezia llamarse Maria Bentura Y que conbenia darla a una ama para que la crie al pecho por quenta de las rentas del ospital de santiago destinadas para efectos desta calidad...”*

<sup>127</sup> Pérez García, Jesús M<sup>a</sup>. “La M.N. y M.L. Villa de Labastida”. Editado por el ayuntamiento de la M.M. y M.L. Villa de Labastida. 1985.

Orientativamente para cuantificar el problema en Vitoria, Bombín. Porres y Reguera (Op. Cit. Pág. 207 y ss.) presentan datos de dos relaciones aisladas que se presentan en 1592 con datos del conjunto de los últimos 6 u 8 años, contabilizándose “30 niños de cría, de los que ya habían muerto 16, y 13 niños de la doctrina, de los que habían muerto dos”; y otra de 1645 que “registra 40 niños pequeños, de los que 21 ya habían muerto, y 15 niños de la doctrina”. Con cierta aproximación vemos que el volumen global hubo de ser importante, teniendo en cuenta que aún quedaban los peores años de la crisis, que el número va en aumento y que la tasa de mortalidad por debajo de los 6 años supera el 50%, disminuyendo muy sensiblemente a partir de esa edad.

En nuestro entorno geográfico no hay estudios de alcance sobre esta cuestión con anterioridad al hospicio o casa de la Misericordia de 1777, por lo que con cierto riesgo podría asumirse conclusiones de otras ciudades castellanas. No es nuestro interés recoger éstas ni su drama, pero sí aludir a las amas de cría ya que algunos autores las enmarcan dentro del espacio enfermero o protoenfermero. Visión que no compartimos para estos momentos históricos, aunque sí se podría hacer a finales del XIX primeros del XX cuando ejercen dentro de instituciones benéficas como la casa de maternidad o la “Gota de leche”. Con los escasos datos que manejamos en Vitoria, parece que la selección de amas de cría se hacía preferentemente entre las mujeres casadas que, encontrándose en periodo de lactancia, hubieran perdido recientemente a su propio hijo. Se hacía entrega del expósito tras haber sido evaluado por el médico asalariado, junto a ropa de cama y acordándose un salario.<sup>128</sup> De esta manera, además de cubrir las necesidades psicológicas de la madre, la crianza de estos niños suponía unos ingresos extra para la familia. Probablemente se diera en Vitoria todo tipo de picarescas al igual que las referidas en otras partes, pero al menos parece que la elección de estas madres tras la frecuente desgracia de haber perdido a un hijo, limitaba una de las más repetidas, la existencia de nodrizas profesionales que o bien

---

<sup>128</sup> Para 1601, Bombín, Porres y Reguera documentan un acuerdo con un salario de 12 ducados al año.



acogían a mayor número de niños de los que fisiológicamente podían amamantar, o bien compartían la lactancia con hijos propios o ajenos (en edad lactante o no), todo ellos en detrimento del expósito que se iba apagando hasta su muerte, pero hasta entonces dejando siempre algún ingreso por encima del gasto. A partir de la apertura del hospicio a finales del XVIII y durante el XIX, si bien no documentamos casos concretos, las normativas del centro sí incluirán sistemas de selección de amas de cría que minimicen el riesgo de estas dramáticas picarescas.

#### **IV. 3. Hospitaleros y barberos-cirujanos en el hospital de Santiago de Vitoria. Relaciones familiares.**

El conocimiento que hasta ahora se tenía de las figuras relacionadas con la enfermería, hospitaleros y barberos-cirujanos, en la historia del hospital Santiago de Vitoria desde su fundación, en 1419, prácticamente se reducía al nombre y al periodo en que ejercieron sus cargos, extraídos del propio archivo del hospital y de los Libros de Acuerdos Municipales. De especial significado en la limitación del conocimiento de estos profesionales es el hecho que de los hospitaleros se presumía que se trata de un matrimonio hospitalero, generalmente sin hijos y, sin embargo, sólo conocíamos el nombre de los maridos salvo 3 excepciones en que sus esposas continuaron como hospitaleras al quedar viudas.<sup>129</sup>

Por otra parte, en la relación nominal de estos profesionales<sup>130</sup> llama la atención la repetición de algunos apellidos y, ocasionalmente, la mención a un nexo familiar entre unos y otros: “yerno de...”, “nieto

---

<sup>129</sup> En realidad, por lo que sabemos, sólo dos ejercen propiamente como viudas, en el sentido de solas, Francisca de Nanclares y María de Echaguen; si bien, esta última contrae segundas nupcias y sigue de hospitalera hasta volver a enviudar, continuando 15 años más ejerciendo al parecer sola. La tercera, María López de Vergara, ejerce con el hermano del difunto hospitalero.

<sup>130</sup> Es de destacar la gran labor recopilatoria de Marcelo Núñez de Cepeda, entre otras actividades archivero del Hospital Santiago de Vitoria en los años 30 del siglo XX, que dejó plasmada en su obra “Hospitales Vitorianos. El santuario de Nuestra Señora de Estíbaliz”, editada por la imprenta del Monasterio del escorial en 1931.

de...”, por lo que se sospechaba una relación familiar algo más que esporádica en la continuidad laboral de estos actores, que podría darnos pistas del porqué y del cómo accedían a estos cargos municipales menores, así como valorar el atractivo percibido en estos puestos para tratar de mantener esa continuidad.

Finalmente, existe un desconocimiento total sobre los datos demográficos de estos profesionales, como la edad a la que solían acceder al puesto, ya que el requerimiento, en el caso de los hospitaleros, de no tener hijos habría de condicionar la edad de acceso a muy jóvenes o muy mayores.<sup>131</sup>

Por estos motivos nos planteamos nuevas estrategias en la búsqueda de información sobre estos profesionales desde fuentes no usadas hasta ahora con los objetivos de conocer nominalmente al mayor número posible de hospitaleros. Descubrir grupos familiares que den continuidad a los oficios de hospitalero y de barbero. Y tratar de aportar datos demográficos: edad cuando acceden al puesto, edad de fallecimiento, nº de matrimonios, nº de hijos.

Para lograrlo, se buscó nuevas fuentes a partir de los Registros Sacramentales de Bautismo, Matrimonio y Defunción guardados en el Archivo Histórico Diocesano de Vitoria (AHDV-GEAH) en soporte papel, microfilm y en proceso de digitalización. Pueden ser consultados desde 1500 hasta 1900; no obstante, se ha acotado el estudio para los hospitaleros entre 1500 y 1820 ya que en esta última fecha entra en funcionamiento el nuevo hospital y desaparece la figura del matrimonio hospitalero; por su parte los barberos y cirujanos romancistas dejaron de contratarse en 1751 al incorporar hospitaleros que, a su vez, eran sangradores o cirujanos menores<sup>132</sup> y habiéndose

---

<sup>131</sup> En el siglo XIX se exigirá a los practicantes el ser solteros para acceder al puesto en el hospital Santiago, en este caso con una intencionalidad de contener el gasto de personal ya que eran residentes en el centro, lo que hará que las edades de éstos, y por ende su experiencia, sean bajas. Esta obligación llevó al cese de al menos un practicante al contraer matrimonio.

<sup>132</sup> De esta manera lograron hacer residente en el hospital a esta rama instrumental de la enfermería, que finalmente sancionarían en las primeras ordenanzas del nuevo hospital en 1821 con la figura del Enfermero Mayor, la cual aunaba al hospitalero y

comenzado a contratar los servicios externos de un cirujano latino desde 1728.

Limitaciones de la búsqueda:

- Grafía variable de los nombres en diferentes documentos: por ejemplo Arcauty, Arcaute, Arcauti; Gonboa, Gamboa; Echaguen, Echeguren; etc.

- Ausencia de muchos segundos apellidos, lo que aumenta el número de coincidencias de nombre y primer apellido.

- Ausencia del patronímico o del familiar en apellidos compuestos: por ejemplo López y López de la Torre; Muruzuga, Hurtado de Muruzaga, Urtada de Muruza; etc.

- Ilegibilidad de muchos documentos.

- Registros perdidos de algunas parroquias o de fechas.

#### IV. 3. 1. Resultados.

De los 40 síndicos hospitaleros que se suceden en el periodo 1500-1820 se han obtenido nuevos datos de 22 de ellos, un 55%. Se ha logrado localizar el nombre de 12 nuevas esposas,<sup>133</sup> que probablemente ejercieron con ellos,<sup>134</sup> para añadir a las 3 conocidas

---

al barbero. Esta unión del cuidado inmediato hospitalero e instrumental barbero que tanto se acerca a nuestra imagen actual de enfermería quedaría desvanecida en breve, ya que la llegada de las Hijas de la Caridad a finales de 1826 volvería a dividirlos.

<sup>133</sup> No incluimos a María Ascarza, ya que aunque por fechas es muy probable que así sea, la presencia de tres Pero Velez de Larrea sin poder asegurar si es el mismo, que se casa en tres ocasiones, o si son más de uno, no nos permiten tener la certeza suficiente. Por similar razón no se incluye a la esposa de Juan de Lubiano, ya que en los mismos años aparecen dos Juan de Lubino, uno casado con María Arbulu y el otro con María Arroiabe. Tampoco se incluye a María Echaguen ya que era conocida en su matrimonio con Diego de Monis, aunque no sabíamos que anteriormente lo había estado con Antonio de Pumar ni tampoco su segundo apellido.

<sup>134</sup> Decimos probablemente porque carecemos de la fecha de celebración del matrimonio, sólo sabemos que estuvieron casados, y dado que se contrataba un

hasta ahora. En 3 casos se ha obtenido la fecha de bautismo (7,5%) y en 7 la de defunción (17,5%), aunque solamente se complementan en un caso, no aportando ningún dato los registros de matrimonio. El grueso de las aportaciones, 14 nuevos datos, son filiaciones obtenidas mediante actas de bautismo de hijos del matrimonio hospitalero. Con estos datos se han relacionado 5 grupos familiares, cuya actividad cubre un periodo de 170 años, el 53,12% del tiempo a estudio.

Por su parte, de los 27 barberos-cirujanos contratados por el hospital Santiago entre 1516 y 1751, se obtienen nuevos datos de 12 de ellos, un 44,4%. Al igual que con los hospitaleros se extrae el nombre de esposa, lo que en este caso resulta irrelevante ya que éstas no ejercen como sí lo hacían las hospitaleras, aunque nos permiten identificar los grupos familiares que, en el caso de los barberos, queda reducido a 3 grupos, pero que prácticamente rellenan el periodo entre 1570 y 1675, un 39,14% del tiempo a estudio. En 2 casos se ha podido localizar la fecha de bautismo (7,4%), en 3 la de defunción (11,1%) y en 1 caso, el matrimonio.

En aras de una mejor comprensión y para extender estos resultados, hemos preferido dividir el punto en dos apartados, el correspondiente al matrimonio hospitalero y el dedicado a los barberos-cirujanos.

#### IV. 3. 2. Matrimonio hospitalero.

En el hospital Santiago, durante el periodo a estudio (1500-1820), ejercieron bajo el nombre de Síndicos u Hospitaleros un matrimonio del que solamente contábamos con el nombre del marido, salvo las 3 excepciones descritas, obteniéndose a partir de este trabajo el nombre de 12 más (14 con las dudosas) y que resaltamos en negrita

---

matrimonio hospitalero, hemos de suponer que ejercieron durante el mismo tiempo, aunque evidentemente pudo haber fallecido con anterioridad a la fecha conocida de finalización, que es la que corresponde al marido, y también cabe la posibilidad que éste contrajera nuevas nupcias que nos es desconocida al no tener hijos bautizados, que es la principal fuente de información.

en la siguiente relación nominal. (Subrayadas aparecen las tres conocidas):

- Martín López y su esposa, 1497-¿1507?  
 Juan de Elorriaga y su esposa, 1508-1516.  
 Fernando de Marquina y su esposa, 1516-1535. ¿1536-1538?  
 1539-1546.  
 Hernando de Artaza, 1546-1551.  
 Pedro Ortiz de Artaza y **María Arcauti**, 1551-1557.  
 Pablo de Golernio, 1557-1558.  
 Juan de Lubiano y **María de Arbulu** o **María Arroiabe**, 1558.  
 Juan de Acosta y **Catelina** ..., 1558-1561.  
 Diego de Acosta y **María Gamiz**, 1561-1562.  
 Francisco de Gámiz y **Cathalina Axuria**, 1563-1573.  
 Jerónimo de Lalastra, 1573-1585.  
 Jorge de Oñate y, **Marina Çaetegui**, 1585.  
 Antonio de Gomecha y **Lucía Oçaraçu**, 1585-1588.  
 Pedro Vélez de Larrea y ¿**María Ascarza?**, 1588-1589.  
 Juan de Zabala, 1590-1591 y 1592-1593  
 Miguel de la Rosa, Hermano Hospitalario de Juan de Dios, 1592  
 y 1593-1595.  
 Hermano Juan, Hermano Hospitalario de Juan de Dios, 1593-  
 1595 junto al anterior.  
 Francisco Hernández de Salamanca, 1595-1598.  
 Sebastián Díaz de Sevilla, 1598-1600.  
 Juan de Aresto y **María de Arcaya**, 1600-¿1606? Y 1608-1615.  
 Hermano Enrique Gravelin, Hermano Hospitalario de Juan de  
 Dios, ¿1606?-1608  
 Pedro de Velasco y María López de Vergara, 1615-1647.  
 Marcos de Velasco, 1647-1649. Hermano del anterior, era  
 sacerdote, sirvió con la viuda de aquél.  
 Miguel González de Uriarte, 1649-1658.  
 Antonio de Púmar y **Úrsula Marauri** en primeras nupcias, y  
**María Echaguen Muruzuga** en segundas, 1659-1660.  
 Diego de Monis y **María Echaguen Hurtado de Muruzaga**,  
 1661-1668.  
María de Echaguen, que continúa tras enviudar, 1668-1683.

Diego de Antoñanzas y **María Alonso Balderrama**, 1684.  
Juan de Espada y **Cathalina Díaz de Otazu Ybañes de Eguileta**, 1685-1692.  
Juan de Nanclares, 1693-1704.  
Diego Blanco y **María Bentura Eguzquizaga Olazaran**, 1704-1716.  
Juan de Inchaurre y Francisca de Nanclares, 1716-1723.  
Francisca de Nanclares, continúa al enviudar, 1724-1741.  
Martín Ruiz de Gámiz, 1741-1771.  
Ventura de Saseta y **Bibiana Ybarzabal Zuazo** (fallece en 1783), 1771-1786.  
Felipe Saseta, 1786-1798.  
Juan José de Saseta, 1798-1813.  
Fulgencio de Palacios, 1813-1819.  
Manuel Antonio de Manso, 1819-1820.

Hasta las ordenanzas de 1764 en que no se recoge, se consideraba como obligación de los hospitaleros el ser un matrimonio sin hijos;<sup>135</sup> lo que parece cumplirse en fechas anteriores a 1667, ya que se descubre que, salvo 2 casos (aunque no se conoce la viabilidad de los hijos) todos los hijos documentados de los matrimonios conocidos nacen, o bien antes o bien después de ejercer como hospitaleros, mientras que a partir de 1667, momento en que se tiene constancia del nacimiento y supervivencia de Ysabel Monis Echaguen<sup>136</sup> hija del matrimonio hospitalero formado por María Echaguen y Diego Monis, es ya habitual encontrar bautizos mientras ejercen sus padres de hospitaleros, lo que sugiere algún cambio en las ordenanzas. Esto podría estar en relación con la edad de acceso a

---

<sup>135</sup> Las Ordenanzas de 1764 son las primeras que se conocen del Hospital de Santiago, por lo que no sabemos si con anterioridad ya se había dispuesto en contra de la obligación de no tener hijos mientras se ocupaba el cargo de hospitalero; obligación que por otra parte sólo se menciona en algún contrato y que el cronista del Hospital, Marcelo Núñez de Cepeda, generaliza para todo el periodo de existencia del matrimonio hospitalero.

<sup>136</sup> También aparecerá como Ysabel Monis Echeguren, se bautiza el 02/07/1667, se casa con Francisco Zubiaur Beltrán de Aguirre y bautizan una hija el 28/07/1684, a los 17 años de edad.

hospitalero, así antes de 1667 hubieron de ser muy jóvenes o ya mayores. De este periodo contamos sólo con el bautismo de Francisco de Gámiz que accedería en 1563 con 14 años (no sabemos si junto a su tía), mientras que ya en el XVIII, no existiendo esta obligación, las edades de acceso son claramente reproductivas, así Martín Ruíz de Gámiz accede con 26 años y Juan José de Saseta con 22.

La repetición de algunos apellidos en el listado, además de manera consecutiva, orienta hacia una continuidad familiar que sólo se ha podido probar en algunos casos. Este nexo familiar era de esperar entre los barberos dado su carácter gremial, conocido en Vitoria desde antes de 1490, y porque le atribuimos un estatus profesional similar al de cualquier otro artesano, pero no así entre los hospitaleros que en sus inicios cobraban en especie para su mera supervivencia y eran obligados a pedir limosna para los asilados, lo que parece negarles toda autoridad y les reviste de un carácter servil; sin embargo, la presencia de 5 grupos familiares, frente a los 3 de los barberos-cirujanos, parece señalar un vivo interés de estos hospitaleros para perpetuarse en el cargo, lo que sólo se explica por la subjetiva percepción de ventajas sobre inconvenientes. Sabemos que en el XVII cobran salario y que en el XVIII aumentan su estatus al ser también sangradores, parece que también desde sus inicios están exentos de algunos impuestos y, al menos a partir de 1615, el empleo municipal ofrece un buena estabilidad<sup>137</sup> y, en consecuencia, garantías

---

<sup>137</sup> Entre 1539 y 1615 el tiempo de permanencia de los hospitaleros era bastante reducido, con varios casos de un solo año (se renovaban anualmente) y una media global de 4,2 años, mientras que a partir de esa fecha el tiempo de permanencia se alarga de manera general, como puede verse en el listado previo, dando una media global del periodo hasta 1820 de 11,38 años. (la fecha de partida se toma en 1539 y no en 1466 porque es entonces cuando pasa a ser de patronato municipal y de renovación anual, ya que con anterioridad es llamativo –pero único- el caso del primer matrimonio hospitalero conocido que permanece 30 años en el cargo, él es además barbero y el patronado estaba bajo la familia del fundador, los Ayala-Sarmiento, siendo de importancia además los semaneros de la Cofradía de Nuestra señora del Cabello). En el listado, la fecha de finalización de un hospitalero y la del inicio del siguiente suele ser el mismo año, y no el posterior como cabría de esperar si fueran años completos, ya que el cambio se producía con la renovación de los cargos municipales que se realizaba el día de San Miguel, el 29 de septiembre.

de supervivencia en un dramático siglo como el XVII. ¿Serían éstas razones suficientes?, o tal vez estas relaciones familiares apuntan a una organización hospitalera, tal vez gremial o más posiblemente de tipo Cofradía que nos es desconocida. García Oro y Portela Silva<sup>138</sup> señalan la existencia de una Cofradía de Hospitaleros en Valladolid a finales del siglo XVI, que participaba en el sustento del hospital de Nuestra Señora de Esgueva, y en nuestro caso, el de Vitoria, está la particular denominación de los hospitaleros en el hospital de San Lázaro o Casa de la Magdalena, denominándose Síndico al marido y Cofradesa o Mayordoma a su esposa, lo que parece apuntar en la línea de la Cofradía y que podría aclarar las motivaciones en la continuidad familiar que ahora veremos con más detalle.

La primera relación potencial es la repetición del apellido entre Hernando de Artaza (hospitalero entre 1546 y 1551) y Pedro Ortiz de Artaza<sup>139</sup> (1551-1557) que le sustituye, lográndose documentar a Pedro pero no así a Hernando, por lo que no podemos afirmar que hubiera lazos familiares, no obstante la coincidencia del apellido compuesto en una población que no superaba los 5000 vecinos. Pedro aparece casado con María Arcauti en el bautizo de sus hijos, todos ellos después de abandonar el hospital, apareciendo como Pedro Artaça en unos y Ortiz de Artaça en otros bautismos pero estando como esposa María Arcauti, por lo que caben pocas dudas de que se trata de la misma persona. Todos los bautizos después de dejar el cargo podrían sugerir un acceso al puesto muy joven, pero entonces cabría preguntarse si ya estaba casado cuando accedió al puesto o si lo hizo con otra mujer, tal vez su madre si suponemos a Hernando su padre. Y si ya estaba casado practicaba el celibato o el infanticidio, o simplemente dependía de la viabilidad o no del embarazo y el recién nacido para que determinase su continuidad como hospitalero o su reemplazo el día de San Miguel del año siguiente. En cualquier caso,

---

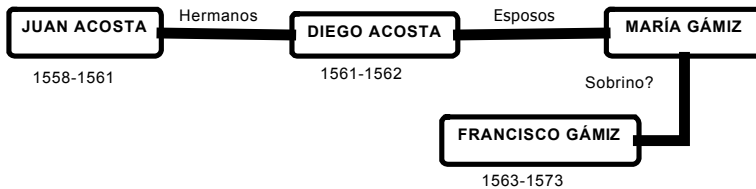
<sup>138</sup> García Oro, José. Portela Silva, María José. “Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato”. Cuadernos de Historia Moderna, 2000, 25, monográfico. Página 117.

<sup>139</sup> El apellido es el mismo, ya que Pedro logra documentarse y aparece tanto Artaça en los bautizos de sus hijos Pedro y Maria, como Ortiz de Artaça en el bautizo de su otra hija Juana.



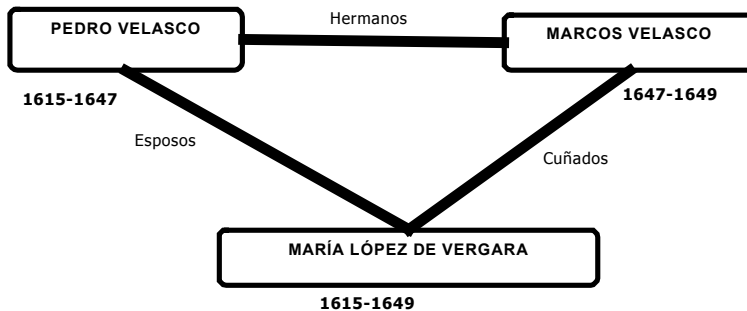
estos bautizos sí indican un abandono del puesto a edad muy temprana, ya que los hijos documentados con María Arcauti son entre 1575 y 1584, luego también pudo existir una primera esposa desconocida o ejerció soltero con un familiar.

Hemos de esperar hasta Juan de Acosta para obtener los primeros resultados fiables:



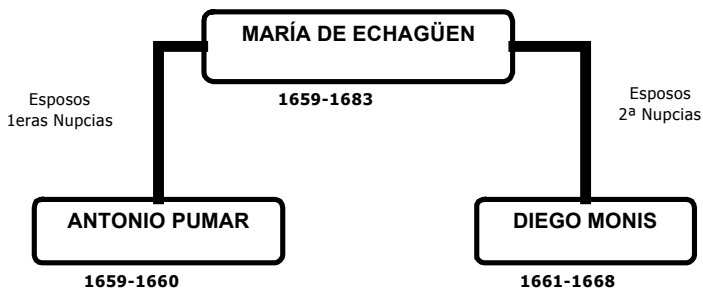
Juan se casa con Catelina (apellidos ilegibles) y al menos tiene un hijo en 1556, también llamado Juan, por lo tanto con anterioridad a ejercer como hospitalero, lo que podría indicar que falleció antes de 1558, cuando accede al cargo hasta 1561. Es sustituido por su hermano Diego, casado con María Gamiz y con la que tiene al menos cuatro hijos, todos ellos después de ejercer como hospitalero entre 1561 y 1562. Los Gamiz son una importante familia en Vitoria y ligada al mundo sanitario, documentándose un Gamis (sic) entre los primeros médicos conocidos en la ciudad. Les sustituye Francisco de Gamiz, nacido en 1549, cuyo padre se llama Fernando Gamiz al igual que un hermano de María Gamiz, pero no puede asegurarse que sea la misma persona ya que el apellido Gamiz y sus compuestos son bastante comunes en aquellas fechas, de ahí que pongamos entre interrogantes la calidad de sobrino. Es interesante observar que Francisco accede al cargo con 14 años, por lo que es más probable pensar que ejerció con algún familiar que no que lo hiciera con una esposa o que lo hiciera sólo. ¿Tal vez lo hizo con su tía a pesar de no ser viuda?

Hemos de llegar a 1615 para poder documentar una nueva relación familiar:



Pedro de Velasco accede al cargo de hospitalero en 1615 y ejercerá durante 32 años, hasta su fallecimiento, en 1647, uno de los de más duración en el puesto. Estaba casado con María López de Vergara y ésta continuará ejerciendo al enviudar durante dos años más, pero lo hará con el hermano de su marido, Marcos Velasco, del que sabemos que era sacerdote y de quien hallamos partida de defunción, el 26/05/1666, es decir 17 años después de dejar el puesto de hospitalero, por lo que una suposición válida sería la de pensar que el cambio se debió al fallecimiento de María o la pérdida de su autonomía.

Probablemente el caso más curioso lo hallemos en el ejemplo siguiente:



Antonio de Pumar (Pumara en otro documento) Arro accede al puesto de Hospitalero en 1659 estando ya casado con María Echagüen

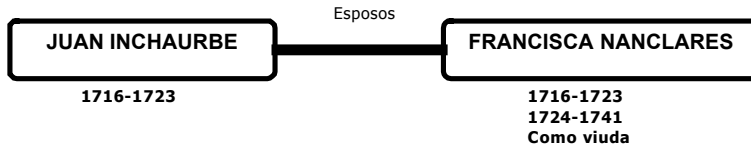
Muruzuga<sup>140</sup> y con la que tiene al menos dos hijos, el primero antes de acceder al cargo, que quizás no fuera viable y el segundo en 1661 probablemente después de haber fallecido, ya que es sustituido por Diego de Monís que, en 1663, tiene un hijo con María Echaguen Hurtado de Muruzaga (María Echaguen Urtada de Muruzaga aparece en 1667 al bautizar a una segunda hija), sin lugar a dudas la misma María Echaguen casada con Antonio Pumar, por lo que muy probablemente Antonio falleció en 1660 sin conocer a su hijo Antonio Angel. Su esposa volvió a casarse en segundas nupcias con Diego de Monís que, de esta manera accede al puesto y permite a María continuar con el cargo. Los dos hijos que tienen Diego y María nacen mientras éstos ejercen de hospitaleros y al menos la segunda hija, Ysabel bautizada el 02/07/1667, sobrevivirá y llegará a tener hijos, bautizando cuando menos a una en 1684, probablemente tras la muerte de María Echaguen el año anterior. Lo más interesante de esta familia es que Diego de Monís fallece en 1668 continuando aferrada al puesto su viuda hasta 1883, es decir tras 24 años ejerciendo.

A partir del dato documentado de los hijos de María Echaguen durante su cargo hospitalero veremos cómo es habitual que el matrimonio del hospital tenga sus hijos mientras ejercen. Sin lugar a dudas es indicativo de que algo ha cambiado en la normativa del hospital, aunque no sepamos fijar exactamente la fecha ni hallemos documento expreso de esta modificación en las ordenanzas, si bien habría de ser anterior a 1667 o a partir de este año si realmente el caso de Ysabel fuera el primero. No sabemos qué pudo motivar este cambio ya que las actas municipales no recogen alusión alguna a este tema, pero parece razonable pensar que la limitación de la maternidad era un gran obstáculo para seleccionar personal.

El caso siguiente era conocido, ya que lo documenta el cronista del hospital, Núñez de Cepeda:

---

<sup>140</sup> En segundas nupcias, ya que con anterioridad, en 1651, bautiza a un hijo apareciendo como esposa Ursola Marauri. El primer hijo con María Echaguen se bautiza en 1655.



El interés relevante es la continuidad de Francisca tras quedar viuda, permaneciendo al parecer ella sola en el cargo durante 17 años. Sin embargo esto es algo difícil de asumir, al igual que en el ejemplo anterior de María Echaguen, por la particular idiosincrasia social que establecía una rígida separación entre hombres y mujeres, recordada machaconamente por las Constituciones Sinodales<sup>141</sup> y, en consecuencia, sobre quienes les asistían, ya que siendo como era el hospital Santiago un hospital de curación y no sólo de acogimiento la asistencia debía exigir contacto. De ahí que propongamos la necesidad de algún hijo varón que asistiera con su madre. En el caso de María Echaguen conocemos el bautizo de al menos 2 varones, aunque no sepamos de su supervivencia como con Ysabel, pero de Francisca de Nanclares y Juan Inchaurre no logramos documentar hijo alguno, lo que no quiere decir que no los tuvieran, ya que indirectamente sabemos de al menos una hija, porque al fallecer en 1749 da testimonio de su muerte su yerno Francisco de Albonga.<sup>142</sup> Francisca de Nanclares tiene otra particularidad, y es que ha de abandonar el puesto por problemas de salud, concediéndole el ayuntamiento “*por via de limosna le contribuia diariamente con un real de vellon por los dias de su vida*”.<sup>143</sup>

---

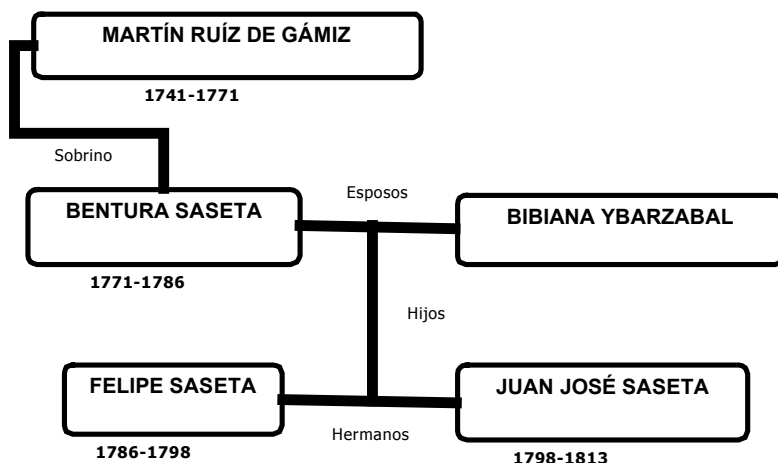
<sup>141</sup> “Constituciones Synodales antiguas, y modernas del Obispado de Calahorra y La Calzada. Reconocidas, reformadas, y avmentadas novissimamente por el ilustrísimo Sor D. Pedro de Lepe Obispo deste obispado, del consejo de sv Majestad, &c. En el Sínodo Diocesano, qve celebro en la ciudad de Logroño, en el año de mil y seiscientos y noventa y ocho”. Impresas en Madrid por Antonio González de Reyes en 1700. Consultado el ejemplar de la Fundación “Sancho el Sabio” de Vitoria.

<sup>142</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 18 de junio de 1749. Sin paginar.

<sup>143</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 21 de septiembre de 1742. Sin paginar. Como hemos señalado, Francisca sobrevivirá casi siete años, a pesar de que al “jubilarse” el acta señala “*attendiendo a su abanzada edad y [...] hallarse imposibilitada*”.

Por otra parte, tampoco hemos sido capaces de documentar alguna relación familiar entre Francisca de Nanclares y el hospitalero Juan de Nanclares, que ejerció entre 1693 y 1704, y que fallece en 1712, ¿su padre tal vez?

Finalmente encontraremos la continuidad familiar más extensa, nada menos que a lo largo de 72 años, cuya peculiaridad esencial es que se corresponde con un momento en que los hospitaleros son a su vez sangradores o cirujanos menores, lo que probablemente mejoró su estatus y en consecuencia su interés por mantener el puesto.<sup>144</sup> Coincidirá también con la saturación del hospital y el inicio de los primeros planteamientos para su reforma, decidiéndose finalmente la construcción de uno nuevo en los últimos años del siglo XVIII:



Martin Antonio Ruiz de Gamiz Ortiz de Salinas se bautiza en la Parroquia de San Vicente Mártir de Vitoria el 5 de julio de 1715, era hijo de María Cruz Ortiz de Salinas Uribe y de Mathias Ruiz de

<sup>144</sup> No se produce un cambio de reglamentación expreso que explique porqué ahora el hospitalero ha de ser además sangrador; incluso en las primeras ordenanzas conocidas, de 1764, no se recoge y no lo harán hasta las de 1821, pero veremos cómo con su llegada se modifica la estructura familiar del matrimonio hospitalero.

Gamiz Landa, estando la hermana de éste, Vizenzia, casada con el cirujano menor documentado en el hospital de Santiago en 1722 Antonio de Arrieta. Luego Martín ya tiene una relación familiar con el gremio de cirujanos y barberos de Vitoria, desconociéndose si también su padre lo era. Probablemente por esa relación Martín termina siendo igualmente cirujano menor, pero desconocemos si eso repercutió sobre su contratación como hospitalero en 1741, ya que durante 10 años más, hasta 1751 y a pesar de su presencia, se seguirá contratando barberos o cirujanos menores en el hospital, luego parece que cuando accedió al cargo no había ninguna intención de unificar las figuras del hospitalero y barbero. Tal vez Martín no lograra el título hasta entonces, cosa poco probable porque contaría ya con 36 años. Independientemente de ello, Martín aparecerá ejerciendo bajo la denominación de hospitalero durante 30 años suponiéndose junto a una esposa que no logramos documentar. Deja el cargo a los 56 años, una edad avanzada para la época, aunque no sabemos de su fallecimiento. Su puesto será ocupado por su sobrino Bentura de Saseta, también cirujano menor, quien ocuparía el cargo con su esposa Bibiana Ybarzabal Zuazo hasta el fallecimiento de ésta en 1783 y después, o bien sólo o con una segunda esposa que desconocemos. Todos los hijos documentados nacen en el periodo de ejercicio y dos de ellos le reemplazarán sin saber del fallecimiento de Bentura. El primero será Felipe quien ocupará el puesto entre 1786 y 1798 debiendo abandonar posiblemente por alguna enfermedad grave, ya que documentamos su defunción el 31 de marzo de 1799. Su hermano Juan Josef será quien le sustituya. Había sido bautizado también un 31 de marzo, en este caso de 1776, por lo que al entrar como hospitalero tendría 22 años y ejercerá durante los dramáticos años de la invasión francesa,<sup>145</sup> debiendo abandonar en 1813 por alguna dolencia, al igual que su hermano, ya que su partida de defunción es del 16 de septiembre de 1814, tenía 38 años. No documentamos hijos ni esposa, probablemente debido a las lagunas documentales atribuibles a la invasión francesa.

---

<sup>145</sup> Vitoria es convertida en capital y sede de José Bonaparte. Por otra parte la batalla de Vitoria de 1813 dará fin a la ocupación.

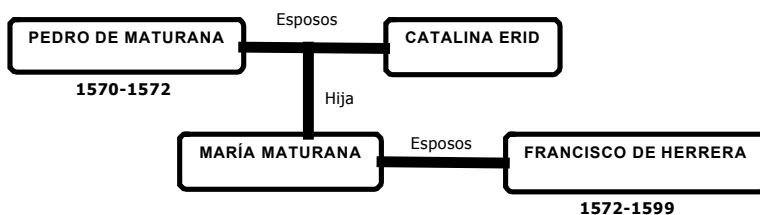
#### IV. 3. 3. Barberos-cirujanos.

El listado siguiente corresponde a los profesionales que fueron contratados para esta asistencia instrumental en el periodo señalado. Al igual que con los hospitaleros la coincidencia de algunas fechas en la finalización de un periodo y el inicio de otro se debe a que la renovación de hacía en septiembre, por lo que en el mismo año finalizaba uno y empezaba el siguiente:

Diego Molino, 1516-1529.  
Juan de Azua, 1530-1535.  
Martín Hernando de Aberasturi, 1536-1572.  
Pedro de Maturana, 1570-1572.  
Francisco de Herrera, 1572-1599.  
Esteban de Uriarte, 1572-1615.  
Juan de Novallas, 1583-1590.  
Bachiller Salsamendi, 1592-1598.  
Francisco de la Cruz, 1598-1599.  
Agustín de Ocio, 1598-1599.  
Bartolomé López de Guevara, 1599.  
Bonifacio Audibert, 1600.  
Pedro Prancudo, 1601-1614.  
Diego de Zárate, 1615-1644.  
Gregorio López, 1631-1643.  
Cristobal de Villanueva, 1644-1649.  
Melchor López de Torres, 1657-1670.  
Francisco López de Torres, 1657-1675.  
Miguel de Zulueta, 1676.  
Nicolás de Asiain, 1676-1693.  
Pedro Izmendi, 1685-1693.  
Miguel de Castillo, 1693-1706.  
Antonio de Iturbe, 1694-1697.  
Francisco Ochoa de Larrea, 1694-1711.  
Manuel Martín de Ollera, 1712-1721.  
Antonio de Arrieta, 1722.  
Ignacio de Urive, 1722-1751.

Las relaciones familiares entre los barberos y cirujanos eran de esperar dado el carácter gremial de estos oficios,<sup>146</sup> y aunque sólo se ha podido documentar tres grupos emparentados probablemente haya habido más. Tampoco las relaciones entre hospitaleros y barberos han sido fructíferas, únicamente descubriéndose la citada de que el padre del hospitalero, y también cirujano menor, Martín Ruiz de Gámiz era hermano de la esposa del barbero Antonio de Arrieta. Más curioso resulta el caso del primer hospitalero conocido en el hospital, Alfonso de Uncella, que ejerce con anterioridad al periodo de estudio y que aparecerá en un testamento señalado como barbero, indicando quizá una cierta relación entre ambos oficios desde el siglo XV pero que no acabamos de documentar suficientemente para su aseveración, entre otros motivos por ceñirnos al hospital de Santiago, ya que si bien los Hospitaleros son los que ahí ejercen, entre los barberos sólo uno o dos pasan por el hospital, dedicándose el resto a un trabajo privado y que apenas genera documentación en las actas, salvo en episodios epidémicos como la peste, fuente de primer orden para conocer la relación nominal de estos profesionales.

De los nexos familiares entre los cirujanos-barberos que asistieron en el hospital de Santiago, el primer caso documentado corresponde a Pedro de Maturana y su yerno Francisco de Herrera:



El vínculo lo señalaba Núñez de Cepeda al aparecer así en el contrato con Herrera, sin embargo la documentación no termina de encajar, ya que en las fechas probables se documentan nada menos que 16 bautizos con un padre llamado Francisco Herrera y con cuatro

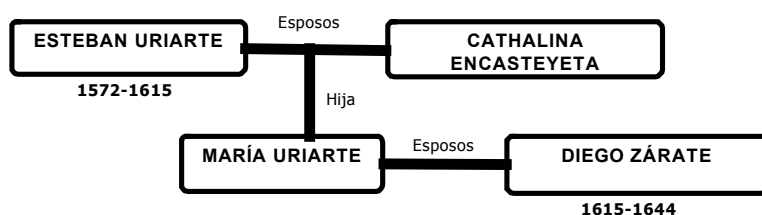
---

<sup>146</sup> Recordar que en 1490 documentábamos la existencia de unas ordenanzas de barberos, y desde el XVI sabemos del funcionamiento de la Cofradía de San Damian de barberos y cirujanos.



madres distintas, pero a intervalos diferentes, por lo que sí cabe la posibilidad de que un mismo Francisco Herrera case en cuatro ocasiones y tenga una descendencia tan numerosa,<sup>147</sup> pero ninguna de las esposas tiene el apellido Maturana, y a Pedro de Maturana sólo documentamos una hija, María, bautizada en 1563, por lo que apenas tendría 10 años cuando Herrera comienza a ejercer en el hospital de Santiago como maese, luego por muy joven que fuera al menos tendría 18 o 20 años, aunque cabe la posibilidad de un matrimonio con ella en fechas más tardías. A favor de un posible matrimonio con la hija de Maturana está que el primer bautizo documentado a Herrera es de 1583, cuando lleva ya 11 años trabajando en el hospital y claramente ha de ser adulto (al menos 30 años) por lo que con gran probabilidad hubo de existir algún matrimonio anterior y tal vez hijos que desconocemos. De la labor de Herrera tenemos un conocimiento bastante amplio debido a su decidido papel en los brotes epidémicos de peste que sufrió la ciudad y las aldeas de su alfoz entre 1598 y 1601, aunque su meritoria labor quedó empañada por una acusación de cohecho que le apartó de la actividad como asalariado municipal en 1599.

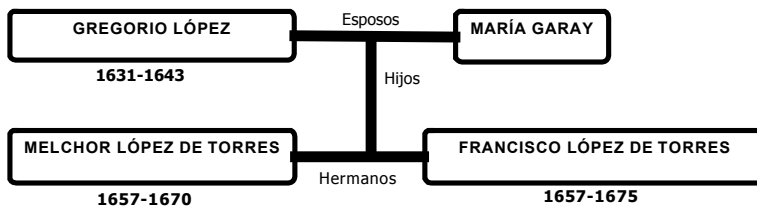
Un segundo grupo familiar lo encontramos a la par de Herrera, ya que compartió varios años de trabajo en el hospital con Esteban de Uriarte:



<sup>147</sup> Con María Echaçar hay bautizos en 1583 y 1585; con Ángela Arcaute (también Arcauti y Arcauty) hay bautizos entre 1588 y 1598; con Mari López de Oñate sólo el año 1601 y con María Gamboa (también Gonboa y Ganboa) entre 1602 y 1614. Una consecución muy perfecta que parece apoyar la idea de un solo Francisco de Herrera.

Uriarte ejercerá nada menos que 43 años en el hospital Santiago, superando también la difícil prueba de la peste, y será reemplazado por su yerno quien continuará su labor durante otros 29 años. Largas permanencias que hablan del atractivo de estos puestos asalariados por el municipio que complementaban sus ingresos privados, ya que no les impedían tener su propia “parroquia”, a diferencia de lo que ocurrirá en el siglo XIX.<sup>148</sup> Por otra parte, como queda dicho, la permanencia media de los barberos es mayor que la de los hospitaleros, y dentro de los barberos, las asociaciones familiares son las más longevas de todos.

La última relación familiar documentada es la de Gregorio López y sus hijos Melchor y Francisco:



La relación es más que probable, aunque debe asumirse algún riesgo ya que Gregorio aparece siempre como López a secas y también lo hace Melchor y Francisco en sus partidas de bautismo, pero luego aparecerán como López de Torres y López de Lastorres en el bautizo de sus propios hijos, si bien el segundo apellido, Garay, permanece invariable en ambos (aunque no en su madre que aparece tanto como Garay, Garayo y Garaio). La duda hubiera sido nula si alguno de los dos hijos hubiera relevado a su padre de manera consecutiva, pero pasan 14 años y no puede atribuirse a la edad de los hijos, pues Melchor se bautiza en enero de 1613, luego tendría 30 años cuando cesa su padre, y Francisco en 1618, 25 años al cesar Gregorio. Tal vez abandonarían Vitoria para luego volver y optar al antiguo puesto de su padre, siendo admitidos ambos a la vez, si bien uno cesa

---

<sup>148</sup> Uriarte y su yerno Diego de Zárate piden en 1608 licencia para abrir tienda en el arrabal.

en 1670 y otro en el 75, curiosamente cuando los dos cumplían 57 años, sin que hallamos podido documentar un posible fallecimiento.

#### IV. 3. 4. Conclusiones.

- Se ha pasado de conocer nominalmente de 3 a 15 síndicas-hospitaleras, más otras dos probables.

- Se ha establecido que a partir de entorno a 1667 es común que los hospitaleros tengan hijos mientras ejercen, siendo excepcional antes.

- Es posible que no siempre fuera un matrimonio hospitalero quien se encargaba de la vida diaria del hospital, proponiéndose en algún caso la asistencia por parte de madres e hijos.

- Queda constatado que los oficios de hospitaleros y barberos en el hospital Santiago tenían un gran atractivo, dado el número de casos de continuidad familiar.

- La continuidad familiar entre los hospitaleros implica mayores posibilidades de un cierto aprendizaje empírico y de transmisión de ese conocimiento práctico, lo que apuntaría a un incipiente proceso de cambio del cuidado informal al formal.

- Tanto en barberos como en hospitaleros la continuidad familiar apunta hacia la organización gremial o cofrade, conocida en Vitoria para los barberos pero no para los hospitaleros.

- Los barberos de los grupos familiares son más estables que el resto de barberos y que los hospitaleros.

- Los datos demográficos no pueden ser concluyentes por lo reducido de la muestra.



## Capítulo V. El siglo XVIII.

### Luces y sombras en la Ilustración.

El siglo XVIII, el siglo de las luces y la Ilustración, se inicia en España dramáticamente con la Guerra de Sucesión (1701-1713), cuyo final, marcado por el Tratado de Utrecht, representa el inicio de la hegemonía británica en Europa y la desaparición de la española. Superada la crisis bélica, la instauración de la dinastía borbónica en España supondrá una profunda reforma en la estructura del Estado, caracterizada por unas medidas centralizadoras de las que Álava quedará al margen por su apoyo al victorioso pretendiente francés, reforzando así su peculiar relación fiscal con la Corona -trastocada en una relación jurídico-política especial, que terminará por legitimar un sistema foral similar al del Señorío de Vizcaya y la Provincia guipuzcoana. Elemento éste, el del “pase foral”, esencial para entender el desarrollo político y económico de Álava, el conflicto ya iniciado por el control del territorio entre Vitoria y la Provincia, los intereses enfrentados entre los distintos estamentos sociales por las peculiaridades impositivas siempre en beneficio del matrimonio poder político-poder económico, pero sobre todo por la autonomía del abanderado ilustrado en nuestro territorio: la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País (RSBAP).

El reinado de Felipe V (1700-1746) iniciará, superando las dificultades de los últimos Austrias, el establecimiento en el país de una plena monarquía absoluta siguiendo el sistema centralista francés. Destacamos, por el influjo posterior en la enfermería de las órdenes religiosas, la búsqueda de la supremacía de la Corona sobre la Iglesia, cuya imagen más representativa será la expulsión de la Compañía de Jesús en 1767 adoptada por su hijo, Carlos III (1759-1788) -que había sucedido a su hermanastro Fernando VI (1746-1759)-. No puede desligarse tal medida de los primeros intentos desamortizadores de las extensas propiedades nobiliarias (mayorazgos) y eclesiásticas (manos muertas) para permitir el acceso del campesinado a la propiedad de la tierra que, en su fracaso, ya que la rotunda negativa del Clero y la Nobleza paralizaron las reformas, dejaba bien claro que el enorme poder aristocrático apenas había sido minado por el absolutismo borbónico.

Tampoco puede separarse el planteamiento desamortizador del conjunto de reformas englobadas en la práctica del Despotismo Ilustrado de Carlos III, momento de máximo esplendor en la introducción de las ideas enciclopedistas ilustradas que se verían frenadas en seco ante el pánico generalizado que produjo la Revolución Francesa. Será bajo su reinado cuando cobre vida el impulso reformista iniciado por Fernando VI y representado por la figura precursora de Feijóo, a través de la selección por el monarca de ministros afines a la ilustración que, con espíritu renovador, trataron de elevar el nivel económico y cultural del país.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En España los ilustrados fueron una minoría culta formada por nobles, funcionarios, burgueses y clérigos que no llegaron a modificar sustancialmente el ideario tradicional de la población, y siempre fueron mirados con recelo por la mayoría de la aristocracia civil y eclesiástica, para pasar a ser perseguidos o silenciados tras el ejemplo francés de 1789. En el conjunto de sus ideas, básicamente se interesaron por una reforma y reactivación de la economía (preocupación por las ciencias útiles, mejora del sistema educativo), realizando una crítica moderada de algunos aspectos de la realidad social del país y, aunque manifestaron interés por las nuevas ideas políticas liberales, en su mayor parte no apoyaron planteamientos abiertamente rupturistas o revolucionarios.

Los escritos de Campomanes, Jovellanos, Cabarrús o Floridablanca, entre los ilustrados de primera fila, muestran la asimilación de las teorías económicas europeas basadas en la fisiocracia y en el liberalismo económico. Fruto de ese interés por los asuntos económicos y sociales fue la creación de las Reales Sociedades Económicas de Amigos del País, preocupadas por la difusión de las “ciencias útiles” y el desarrollo económico. Sobresaldrá entre ellas la “Bascongada”, cuya sección alavesa tendrá los exponentes de Valentín de Foronda, Samaniego, Prestamero o Landázuri en la senda del espíritu crítico, fe en la razón, confianza en la ciencia y afán didáctico, que caracterizan al movimiento ilustrado. Habrá de hacerse la puntualización de que en España, la Ilustración no responde a la idea revolucionaria de ruptura con el pasado, sino que es entendida como medio para mejorar el Sistema y no para cambiarlo. Realeza e Iglesia serán tabú entre los ilustrados españoles, y mucho más tras el camino mostrado por la Revolución Francesa que aplacó el ideal reformista de algunos<sup>2</sup> y puso en el punto de mira de la Inquisición al resto.<sup>3</sup>

Finalmente, el reinado de Carlos IV (1788-1808) estuvo completamente marcado por la convulsión de esta Revolución Francesa, que se concadenará con la Guerra de Convención, la invasión francesa y la Guerra de Independencia, conflictos bélicos que tendrán un señalado escenario en nuestra provincia rompiendo nuevamente el crecimiento demográfico y económico. Este último periodo establece en Europa el marco fronterizo entre la Edad Moderna y la Contemporánea, que en España se demoraría hasta la primera Guerra Carlista (1833-1839), en el sentido de confrontación

---

<sup>2</sup> El caso de Moñino, Conde de Floridablanca y hombre clave en la Ilustración española, es representativo del giro involutivo que supuso ver cómo el ideario que defendía había llevado a Francia a la revolución. La renuncia a esos ideales se ha denominado “pánico de Floridablanca”, aunque no impidió su destierro en 1792.

<sup>3</sup> El ejemplo más cercano es el de Foronda, cuyos grandes escritos de los 90 están milimetrados para no contrariar a los grandes poderes, Monarquía e Iglesia, aunque ello no pudo evitar constantes acusaciones de la Santa Inquisición hasta que finalmente cayó en sus manos.

entre los modelos sociopolíticos del “Antiguo Régimen” y del “Estado Liberal”.

En general, el siglo XVIII fue un período de recuperación económica. Ésta fue desigual, mayor en la periferia que en el centro peninsular definiéndose ya claramente esa tendencia que llega hasta nuestros días. En ese contexto de crecimiento económico se llevaron a cabo los primeros censos con la finalidad de conocer las potencialidades económicas y fiscales del reino,<sup>4</sup> uno de los temas recurrentes de nuestro paisano Foronda. A las medidas conducentes a fomentar el desarrollo de la industria (eliminación del monopolio de los gremios en 1772 o Reales Fábricas, por ejemplo); a mejorar tanto el comercio nacional (mejora de las vías comunicación o supresión de las aduanas interiores, p. ej.) como exterior (decreto de 1778 de liberalización del comercio con América eliminándose el monopolio de la Casa de Contratación); y a establecer un sistema financiero seguro y estable (creación del Banco de San Carlos, antecedente del futuro Banco de España); ha de unirse la de la creación de las principales Academias, instrumento por excelencia en la difusión de las luces, estableciéndose la Real Academia de la Lengua, Medicina, Historia, Bellas Artes de San Fernando, el Jardín Botánico o el Gabinete de Historia Natural. Un siglo después veríamos cómo el espacio geográfico de estas academias, ahora nacional, se reduce haciendo su aparición academias regionales, provinciales y locales en forma de ateneos, liceos y sociedades científicas y culturales.

El interés manifiesto de los ilustrados por la educación y el progreso científico se concretó en la creación de nuevas instituciones de enseñanza secundaria (Reales Estudios de San Isidro), de enseñanza superior (Colegio de Cirugía, Escuela de Mineralogía, Escuela de Ingenieros de Caminos) y en la reforma de las Universidades y de los Colegios Mayores. No obstante, fue la rigidez anquilosante del modelo universitario la que dio salida a la proliferación de las academias y a la creación de Colegios de

---

<sup>4</sup> Los conocidos censos del conde de Aranda (1769) y del conde de Floridablanca (1787), básicos en los estudios sociodemográficos sobre este periodo.



enseñanza superior para canalizar las necesidades formativas de prestigiosas profesiones que tenían vedada su entrada en la universidad.

En este entorno funda Pedro Virgili en 1748 el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, seguido por el Real Colegio de Barcelona, destinado a la formación de profesionales para la Armada y el Ejército, en un período en el que se constituyó la técnica quirúrgica y se enriquecieron sus fundamentos científicos. Dotados de buenos medios y con una orientación eminentemente práctica, los Colegios de Cirugía dieron una enseñanza rigurosa y al día. A diferencia de las facultades universitarias, las impartieron exclusivamente en lengua castellana y utilizaron una amplia serie de excelentes manuales en su mayoría publicados por sus profesores. Por fin, al prestigio social que la cirugía había ido ganando los dos últimos siglos, va a unir el prestigio de una formación superior a la que sólo le falta la etiqueta de universitaria. Patena que aún habrá de esperar un siglo.<sup>5</sup>

A la Revolución Científica del XVII la Ilustración va a proporcionarle madurez de predominio racionalista, puliendo el método científico y terminando por deshacerse de los dogmas universales de validez absoluta y definitiva, para acoger la relatividad y provisionalidad de todo conocimiento. A partir de este principio y a través de la fisiología, anatomía y clínica, los investigadores del período ilustrado trataron de aproximarse a un mejor conocimiento del

---

<sup>5</sup> Hablamos de patena pero en realidad la formación universitaria estaba devaluada, especialmente la de medicina. Así Vicente Crespo, en su Memorial al ministro Floridablanca de 1785, señala como primera causa del atraso de lo que denomina “verdadera medicina” sería “*la deplorable formación de los médicos en las instituciones universitarias [...] y la facilidad con la que se dispensaba la necesaria ‘fe de práctica’ [de dos años exigida por el protomedicato]*”; en Astrain Gallart, Mikel. “La práctica médica en el medio rural castellano. El Memorial de Vicente Crespo (1785)”. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2002, 22, págs. 461-472. Igualmente Domínguez Ortiz llama la atención sobre que no puede concebirse “*que de cien alumnos que comienzan la carrera de médico la acaben los cien cuando de cincuenta que emprenden la Teología o Leyes acaban seis u ocho*”; en Domínguez Ortiz, Antonio. “La sociedad española en el siglo XVIII”. Edit. Instituto Balmes de Sociología. Departamento de Historia Social, CSIC. Madrid, 1955.

cuerpo humano que facilitase la comprensión de sus mecanismos tanto como el hallazgo de medios para luchar contra las enfermedades y conservar el buen estado de salud. Dentro del campo de la fisiología persistirá la doble corriente físico-mecánica y química. La anatomía, por su parte, va a avanzar como resultado de una más intensa observación directa y por las mejoras introducidas en las técnicas de laboratorio, oficializándose la “doctrina fibrilar”. Gran atención mereció el cuerpo de la mujer, señalándose las preocupaciones demográficas del período como telón de fondo,<sup>6</sup> lo que tendrá una enorme repercusión sobre la secular actividad de las matronas, presentadas prácticamente como ignorantes por la cirugía ilustrada que comienza a instrumentalizar el parto<sup>7</sup> y a usurpar el oficio de aquellas. En el terreno de la clínica el neoclasicismo devolverá a la palestra a Hipócrates y sus “Constituciones”, reinterpretadas desde una Química floreciente, e iniciándose los primeros pasos en el estudio de la Higiene y de la Medicina Social. Aunque el término ecología no sería acuñado hasta 1873 por el naturalista Haeckel, ya cien años antes un grupo de médicos se habían planteado el problema del influjo del medio ambiente en la vida del hombre<sup>8</sup> siguiendo corrientes previas que rescataban conceptos hipocráticos, las constituciones epidémicas, relegadas en la tradición galénica. Esta corriente médica, ligada en un inicio a la lucha antiepidémica (pestilífera fundamentalmente), irá modificando sus objetivos para terminar actuando de manera permanente sobre todas las variables ambientales relacionadas con la salud, y recibirá la denominación de movimiento higienista. Sus conceptos etiológicos ya en el XVIII habían superado las constituciones hipocráticas (sistematizadas por T. Sydenham el siglo anterior) que ligaban diversas patologías con

---

<sup>6</sup> Para los ilustrados, que comienzan a ver en el hombre el potencial productivo, la riqueza de una nación se medirá por el número de sus habitantes.

<sup>7</sup> El parto adquirió casi una precisión geométrica con las mediciones de las pelvis realizadas por Plenck (1738-1807) y su determinación de las operaciones adecuadas, mientras que en la tarea para facilitarlos, Puzos (1686-1753) y Levret (1703-1780) perfeccionaron los fórceps dándoles la curvatura adecuada.

<sup>8</sup> Urteaga, Luis. “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”. Cuadernos críticos de Geografía Humana. Año V, nº 29, noviembre de 1980. Universidad de Barcelona.

determinadas “constituciones” ambientales por la casual combinación de lluvias, nieblas, vientos, etc., para introducir el papel jugado por los efluvios, vapores o fermentaciones de la descomposición orgánica formando los denominados “miasmas”. Aguas estancadas, pantanos, cadáveres o emanaciones de enfermos exhalaban enigmáticas substancias a la atmósfera que producían las enfermedades. Imperceptibles algunas, la mayoría olorosas, hediondas, ponían como centro de esas malignas emanaciones a cementerios, cloacas, basureros o, simplemente, aglomeraciones humanas en cárceles u hospitales. La nariz se convertía en el delator principal del riesgo patológico y, en consecuencia, la lucha contra el olor se hacía primordial. La desodorización clásica como el incienso en las iglesias era un mero engaño a los sentidos, la emergente química propondrá medidas desinfectantes que aspirarán a una inodorización ambiental, la fumigación se convertirá en un arma esencial.

Los objetivos van a dirigirse a prolongar y mejorar la vida de la población, y si bien sus logros van a ser reducidos es fundamental el cambio de paradigma: el objetivo ya no es prepararse para morir mejor o tener mejor vida en el cielo, sino vivir mejor en la tierra. La lucha contra las causas fundamentales de mortalidad está en su centro y uno de sus aspectos más importantes es la mejora de los medios para curar enfermedades, se aumentaron los fármacos; y se prestó especial atención a la cirugía.

Ahora bien, en el siglo XVIII tanto como la curación de la enfermedad preocupaba su prevención, en la que los medios tradicionales, como los cordones sanitarios, sólo se mostraban parcialmente exitosos, sobre todo en el caso de epidemias tan letales como eran las de viruela en esta época, a pesar de que, por ejemplo en el caso alavés, se habían iniciado campañas de inoculación relativamente tempranas merced a la labor de difusión de la RSBAP.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> En Vitoria se documenta la variolización humana desde 1784 (en medio de una epidemia), y Foronda la defiende en sus “cartas sobre la policía” al menos desde 1793, incluso recomendando pagar a los que se inoculen y asegurar una compensación “*en caso de que se desgracien sus hijos*”. En Carta II, “*Sobre la salud pública*”. Pág. 27. Aunque su oficialización sería la Real Cédula de 1799.

Incluso el gran paso representado por la inoculación vacuna difundida<sup>10</sup> por Jenner (1749-1823), fue conocida muy tempranamente en Álava, haciéndose eco de ella Valentín de Foronda en 1800. No obstante, en Álava, ni la inoculación humana tuvo una gran expansión a finales del XVIII, ni la vacuna se vio desarrollada hasta mediados del XIX, tras el estímulo de una nueva devastadora epidemia y la presencia de Gerónimo Roure en Vitoria.

Estas preocupaciones médicas por preservar la salud coincidirán con los planteamientos políticos y económicos imperantes: fisiócratas y mercantilistas habían señalado a la población como fuente de riqueza de una nación, y exigían del Estado un amparo para sustentarla como eje de la naciente industrialización. La respuesta del Estado promoverá una red asistencial benéfica (Beneficencia Pública) que trate de racionalizar y rentabilizar la desperdigada asistencia caritativa que había imperado desde el medioevo. *“La singularización, a través de acercamientos cuantitativos, 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”*.<sup>11</sup> Recordar que ya en 1790 J.P. Frank había publicado su alegato *“La miseria del pueblo, madre de enfermedades”*.

Este tipo de respuesta civil que denominamos *“Beneficencia Pública”* comenzará a tomar cuerpo en Álava con las nuevas

---

<sup>10</sup> Decimos difundida y no descubierta ya que el método se conocía de forma empírica en China, India y Medio Oriente desde hacía siglos, siendo divulgado en Europa por Mary Wortley Montagu (1689-1762), esposa del embajador inglés en Turquía. Al parecer inoculó a su propia hija e interesó a la princesa de Gales que hizo lo mismo con sus dos hijas. De acuerdo a la costumbre de la época debió realizar ensayos con presos y huérfanos, aunque sus éxitos toparon con la Iglesia y la desconfianza médica. No obstante, Jenner (1749-1823), un médico rural, le prestó la atención debida ya que él mismo había visto algo similar con contagios accidentales en las granjas. Su gran mérito consistió en aplicar el método científico para demostrarlo -además de ser médico, y quizás hombre, para otorgar credibilidad al asunto-.

<sup>11</sup> Rodríguez Ocaña, Esteban. *“La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923). Colección Textos clásicos españoles de la Salud Pública vol. nº 30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1987.*

ordenanzas del hospital de Santiago de 1764, seguidas de la creación del Hospicio o Casa de la Misericordia de 1777, y del planteamiento para construir un nuevo edificio para el hospital de Santiago que adquiere forma con el cambio de siglo. Reformas todas ellas íntimamente ligadas a la acción de los ilustrados alaveses.

### **V. 1. Ilustración y enfermería. El caso alavés.**

Que los temas sanitarios interesaron a los ilustrados españoles se confirma con la inclusión de todo un repertorio de derechos socio-sanitarios dentro de la constitución gaditana de 1812, Y aunque no pudieron siquiera intentar su puesta en marcha hasta el efímero Trienio Liberal (1820-1823), se considera el inicio formal o legislativo de la llamada Beneficencia Pública, cuyos antecedentes pueden rastrearse hasta los mismos postulados de Juan Luis Vives como punto de partida en el cambio de mentalidad asistencial sobre el necesitado pobre o enfermo. Pareja íntima ésta que paulatinamente va adquiriendo autonomía, separándose hospitales y hospicios, aunque será necesario superar la crisis económica y el integrismo político-religioso de la Contrarreforma para que se produzca la apropiación por parte del Estado civil de la sacramentada Caridad religiosa, acuñando su propio término, filantropía.

Esta modificación en el planteamiento general de la asistencia, respecto al binomio salud-enfermedad, debía conjugar dos elementos: por una parte una estructura hospitalaria desordenada, dispersa y fragmentada en minúsculas unidades, nacida como respuesta caritativa a los peregrinos y que, a pesar de haber ido añadiendo funciones asistenciales y de solidaridad vecinal en los pequeños pueblos, no encajaban bien en el modelo sanitario de la Beneficencia Pública; y por otra parte, la limitada capacidad curativa de los profesionales sanitarios que, a pesar de los avances logarítmicos de los dos últimos siglos, aún le faltaba comenzar a recoger sus frutos a finales del XIX. Respecto al primero, aunque en el XVIII se comienza a estudiar la atomizada situación de los centros hospitalarios -a los que luego dedicaremos un espacio- no será hasta la Ley de Beneficencia de 1822

cuando comience seriamente su reorganización, coincidiendo en nuestro caso con la inauguración del nuevo hospital de Santiago en Vitoria, del cual hablaremos en el siguiente capítulo. Respecto al segundo, limitada la acción sanadora y con una estructura sanitaria deficiente, tanto estructural como en recursos humanos, la orientación general durante el XVIII será volcarse en los principios profilácticos que emanaban de los postulados higienistas de este siglo de las luces, haciendo hincapié en que para el protoliberalismo ilustrado del XVIII el ser privado es inviolable, por lo que habrá de entenderse que todas las directrices higienistas tienen como destino el medio o la colectividad, nunca a la persona individual.

Es difícil establecer cómo se introdujeron los conceptos higienistas en Álava, y fundamentalmente en Vitoria, que darían lugar a los planteamientos urbanísticos de finales del XVIII, continuados tras el lapso bélico en la conjunción de reformas que se llevaron a cabo en 1820. Sin olvidar la legislación impulsada por los Borbones durante el XVIII y los precedentes de otras ciudades que bien pudieran estar en el origen de esas reformas en Vitoria, poca duda ha de haber en que el motor reformista en la segunda mitad del setecientos fue la Bascongada del País y, dentro de ésta -al menos unos años, en cualquier caso siempre en relación con ella- sólo Valentín de Foronda y los Ruíz de Luzuriaga escriben sobre temas de Higiene Pública, con la salvedad de que Foronda mantiene una estrecha relación con su ciudad natal y no así los Ruíz de Luzuriaga.<sup>12</sup> La duda estriba en conocer en qué grado influyeron sus tesis sobre el

---

<sup>12</sup> José Santiago Ruiz de Luzuriaga, autor de la "Memoria sobre la epidemia que se padeció en la Villa de Lequeitio el año de 1769. Dedicada a la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, por don Joseph de Luzuriaga, médico de ella", nacido en Zurbano (Álava), ejerce como médico titular en diversas localidades, sobre todo vizcaínas: hasta 1763 en Villaro, donde nace Ignacio María, hasta 1770 en Lequeitio, desde 1771 en Logroño y desde 1774 en Bilbao donde debió fallecer en 1792. Por su parte, el más conocido Ignacio María Ruiz de Luzuriaga, nacido en Villaro (Vizcaya) en 1763, tras cursar sus primeros estudios en España obtuvo una beca de estudios para ampliar sus conocimientos en París donde estudió Medicina, completando conocimientos en Londres y en Edimburgo. Años después regresa a España y pronto alcanza una excelente reputación como Higienista por lo que se le encargará la organización de la Sanidad.

pensamiento de la oligarquía gobernante, aspecto nada estudiado y sobre el que trataremos de aportar alguna luz en el siguiente subapartado.

V. 1. 1. El vitoriano Valentín de Foronda y los postulados sanitarios de la Ilustración alavesa.

Valentín Tadeo de Foronda y González de Echávarri (Vitoria 1751-Pamplona 1830),<sup>13</sup> es conocido sobre todo por su pensamiento económico y su actividad diplomática ejercida ya en el siglo XIX; sin embargo, sus años previos vividos fundamentalmente en Vitoria y Vergara, están salpicados de numerosos escritos relacionados con los conceptos que hemos englobado bajo el higienismo. Educado probablemente en Francia y tras unas breves noticias en 1769 (su boda) y 1773 (reclamaciones económicas de herencia), se le descubre como miembro de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País en 1776, que abandonará unos años más tarde aunque no perderá la

---

<sup>13</sup> El caballero Foronda, el primero entre los Ilustrados españoles de segunda fila según algún autor, cuenta con varios estudios biográficos, la mayor parte dedicados a su faceta diplomática y pensamiento político y, sobre todo, económico. Por completo destacan los estudios de Justo Gárate (“El caballero Valentín de Foronda, Ilustrado alavés” entre otros), aunque preferimos el enfoque de Rollán y Benavides (“Valentín de Foronda: los sueños de la razón”) que sobresale también por su escogido apéndice documental, al igual que el recogido por José Manuel Barrenechea en “Valentín de Foronda, reformador y economista ilustrado”. Aurelio Báig Baños ha de señalarse como pionero en el estudio de Foronda y, desde el lado americano, a Robert Sydney Smith, centrado en la documentación y correspondencia existente en Filadelfia. Como nota local puede mencionarse la aportación de Julián Apráiz y Sáenz del Burgo en su “Cervantes vascófilo”. En ninguno de ellos se profundiza en sus años vitorianos y vergareses ni en su discurso higienista, aunque debió haber un intento serio de ello en la Colección de Textos Clásicos de la Salud Pública que editó el Ministerio de Sanidad y Consumo bajo la dirección de López Piñero y que en su volumen sexto programó el título “Valentín de Foronda y Tomás Valeriola”, aunque no llegó a ver la luz por causas que los actuales responsables del servicio de publicaciones del Ministerio desconocen. Un buen acercamiento general a su obra puede leerse en “El período del racionalismo. El siglo XVIII” de Luis María Areta en “Álava en sus manos” vol. 3, editado por Caja Provincial de Álava en 1983.

relación con varios de sus miembros más destacables con los que compartirá espacio en el Seminario de Vergara al que va como profesor en 1782. Entre esas dos fechas, Foronda aparece como concejal en Vitoria, destacando su participación en la fundación de la Sociedad Caritativa Diputación de Pobres en 1777, que dará lugar a la creación del Hospicio o Casa de Misericordia de Vitoria, cuyos estatutos se le atribuyen así como otros proyectos relacionados con el mismo y que traducen inquietudes típicamente ilustradas, como la instalación de máquinas fabriles en el Hospicio para evitar la vagancia entre los asilados, o sobre la enseñanza de los niños expósitos acogidos como prevención de futuros marginados, y de los que alardea en varios escritos, especialmente en su “Paralelo de la Sociedad de San Sulpicio de Paris con la Casa de Misericordia de la Ciudad de Vitoria”<sup>14</sup> de 1779. Probablemente de 1780 -en cualquier caso hay ediciones en 1790 y 1792- sea su texto “Sobre la desinfección de cárceles y Hospitales” y de 1787 sus “Memorias leídas en la Real Academia de las Ciencias de París sobre la edificación de Hospitales, y traducidas al castellano por Don Valentín de Foronda”, basadas en un texto de la Academia de las Ciencias francesas de Mr. Le Roy, y que editaría probablemente ese año y reeditaría en 1793 y 1800. Aunque la mayor parte de sus escritos durante este primer periodo son traducciones, refundidos o revisiones bibliográficas, esencialmente francesas, no resta valor a su labor de difusión del ideario ilustrado. Precisamente este último texto tiene su interés porque en 1800 la Junta de Obras que prepara el proyecto del nuevo edificio del hospital Santiago lo utiliza como paradigma de lo que desean sea el nuevo hospital, lo cual tiene un especial interés si observamos que entre los miembros de dicha Junta figura el arquitecto Justo Antonio de Olaguibel, artífice aquellos años de la superación de la barrera orográfica de la ciudad vieja y su expansión hacia el sur. Para finalizar el breve repaso sobre sus escritos relacionados con la higiene o la sanidad, sin olvidar que son temas recurrentes en Foronda

---

<sup>14</sup> La mayor parte de la obra impresa de Valentín de Foronda puede consultarse en la Fundación Sancho el Sabio de Vitoria, bien en papel, bien en ejemplares digitalizados; así como la práctica totalidad de los estudios y biografías sobre su figura.



y que salpican o asoman en otros muchos, el propio Valentín, en una relación de méritos, asegura que en 1792 publicó y repartió gratis un papelito dando a conocer el “método inventado por Morbeau de desinfectar las Iglesias, las Cárceles, y todos los demas parages emponzoñados por la presencia de los miasmas pútridos” y en 1800 otro papel sobre “los medios que se deben tomar quando asalta la horrorosa calamidad de una peste”, aunque su gran aportación higienista será recogida en “Cartas sobre La Policía”,<sup>15</sup> especialmente en su carta II “Sobre la salud pública” (Vergara, 1793) y carta IV “Sobre calles, paseos, cafés, &c” (Vitoria, 1800). Tampoco ha de olvidarse, por lo que atañe a los comentarios directos sobre Álava y Vitoria, las “Cartas escritas por Mr. de Fer al autor del Correo de Europa en que le da noticias de lo que ha observado en España”.

Vemos pues a Foronda como miembro de la Bascongada, concejal, profesor en el Real Seminario donde coincidirá con otros alaveses de enorme trascendencia como Samaniego o Landázuri, a lo largo del último cuarto del siglo XVIII, a la vez que plenamente vinculado a su ciudad natal desde donde escribe un buen número de sus cartas, aún desde Vergara ya que no abandona su relación con el Hospicio, del que tan orgulloso se siente. Y es en ese último cuarto cuando la ciudad de Vitoria comienza a plantearse una transformación hacia el futuro que Ladislao de Velasco señala como su inicio el año de 1780,<sup>16</sup> ejemplificándolo en la definitiva conversión nominal de Victoria a Vitoria, si bien podría adelantarse a las Ordenanzas de la ciudad de 1747 o a la creación de la Bascongada en 1764, el mismo año en que se escriben las primeras Ordenanzas conocidas del hospital de Santiago, o a la constitución del Hospicio en 1777; elementos todos ellos que se relacionan con un cambio en la mentalidad dirigente a

<sup>15</sup> Manejamos la edición madrileña de la imprenta de Cano de 1801 digitalizada en la Fundación Sancho el Sabio de Vitoria (ATA 2690).

<sup>16</sup> Velasco y Fernández de la Cuesta, Ladislao de. “Memorias del Vitoria de Antaño”. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar. Vitoria, 1889. Consultado en Fundación Sancho el Sabio de Vitoria, ATA 726. La coincidencia de este periodo que abrimos con el protagonismo de las dos ramas familiares del autor, los Velasco y Fernández de la Cuesta, obligan a una lectura reservada de los logros alcanzados por la ciudad, ya que su exaltación oculta a costa de qué y quienes se lograron.

favor de las ideas ilustradas y enciclopedistas de las que Foronda es indudable impulsor, y que por su acción política en aquellos años en el ayuntamiento vitoriano hubo de dejar impronta. Siguiendo el esquema de Ladislao de Velasco, puede señalarse un periodo discontinuo, roto por la guerra de convención y la de independencia, entre 1780 y el inicio del Trienio Liberal en 1820, caracterizado por el inicio de la expansión de la ciudad hacia el sur y numerosas obras de carácter higiénico en las que se traduce el conocimiento enciclopedista y con él, el del higienismo. El fundamental problema del agua potable daría inicio a este extraordinario esfuerzo,<sup>17</sup> con la traída de aguas de Berrosteguieta y el arreglo de las fuentes de la ciudad entre 1779 y 1780, seguidas por la planificación y ejecución de la plaza Nueva -finalizada en 1791-, junto al proyecto de 1787 para unir la vieja colina medieval con la explanada al sur. La enorme conmoción que supuso la Revolución Francesa<sup>18</sup> primero, y la invasión de la guerra de convención después, frenaron las reformas que tuvieron que aplazarse hasta el final de siglo en que se replanteó los Arquillos junto a la edificación de un nuevo hospital, una alhóndiga y varias casas. Finalizado el hospital Santiago en su nueva ubicación no pudo inaugurarse, ya que hubo de transformarse en cuartel para acoger a las tropas invasoras, en un nuevo lapso a la iniciativa urbanística que no se retomaría hasta su expulsión en 1813 y la recuperación económica posterior. No será hasta el 1820 cuando se materialicen las reformas más típicamente higienistas: derrumbamiento de parte de la muralla, construcción de la calle de Santa Clara (Prado) y jardines del Espolón (Florida),<sup>19</sup> embocinamiento parcial del río Zapardiel, incorporación

---

<sup>17</sup> La población de Vitoria no llegaba entonces a los diez mil habitantes, requiriendo las obras más emblemáticas, la traída de aguas de Berrosteguieta y la unión de la ciudad vieja con los arrabales del sur, de grandes desmontes muy costosos. Igualmente onerosas serían la edificación del nexo compuesto por la actual Plaza de España y Los Arquillos.

<sup>18</sup> Foronda fue especialmente sensible a la misma, ya que tras la Revolución, Floridablanca atemperó su discurso (“el pánico de Floridablanca”) y los ilustrados más afrancesados quedaron bajo el punto de mira inquisitorial, bajo cuyo yugo terminó cayendo Foronda.

<sup>19</sup> Foronda insiste mucho en la construcción de paseos e incluso hace recomendaciones sobre el arbolado más idóneo.

del manantial de Arechavaleta a la traída de Berrosteguieta, reforma de la fuente del Mineral, y de la dehesa del Prado, empedrado de varias calles, supresión y reforma de los vuelos de las casas en el casco viejo -sobre los que expresamente Foronda había insistido-,<sup>20</sup> inauguración del hospital de Santiago, derrumbamiento del antiguo y construcción en su solar de la Alhóndiga y el Teatro -para Foronda verdadero icono burgués ilustrado-.<sup>21</sup>

Ineludiblemente entre los defensores de las corrientes higienistas el espacio urbano se presenta como un lugar idóneo donde demostrar la influencia de sus tesis: mientras el mundo rural posee una “constitución” medioambiental dada y estable con escasa incidencia de manipulación humana, la urbe es pura construcción humana contranatura, en la mayor parte de los casos, y por desconocimiento, alterando las condiciones previas del entorno además de infectar el aire con los efluvios de la aglomeración humana, manufacturas insanas y todo tipo de excrementos fermentativos.

La visión de Álava y Vitoria desde concepciones sanitarias por coetáneos es escasa, y lo es más que describan ambas realidades. La siguiente imagen romántica de un mundo rural alavés de naturales condiciones saludables, frente a la corrompida urbe vitoriana desnaturalizada por el hombre preilustrado, la cogemos de Foronda en “Cartas de Mr. de Fer...”<sup>22</sup> de 1783, en la que, como en la mayor parte de sus cartas, predomina la dispersión e incluso la contradicción. Aunque se centra especialmente en la provincia, alabando sus

---

<sup>20</sup> Foronda, Valentín. “Cartas sobre La Policía...”, carta cuarta, “Sobre calles, paseos, cafés, &c”.

<sup>21</sup> Idem. “*Los bayles campestres son muy á propósito para divertir á los artesanos que no tienen facultades para disfrutar de los teatros*”, además incluye numerosas recomendaciones para su construcción y orden, llamando la atención sobre sus exhaustivas normas de seguridad, en un verdadero anticipo de lo que hoy consideraríamos ‘prevención de riesgos’.

<sup>22</sup> Foronda, Valentín de. “Cartas escritas por Mr. de Fer al autor del Correo de Europa en que le da noticias de lo que ha observado en España”. En Burdeos: en casa de Luis Boudrie, 1783?. Consultado en Fundación Sancho el Sabio (ATA 639). Justo Gárate también le dedica un análisis en “De nuevo con Don Valentín Foronda” en Boletín de la Institución Sancho el Sabio, Año XIX, tomo 19. Vitoria, 1975.

condiciones, los comentarios negativos sobre Vitoria (esencialmente contra la burguesía vitoriana) no gustaron a sus paisanos que preferían las descripciones de viajeros con más lustre aunque fueran impresiones de un único día. La constitución climática y los gases miasmáticos son el eje de su descripción de Álava, que no especifica para Vitoria centrándose en este caso en su arquitectura y sus gentes, por lo que se destaca únicamente las expresiones a la ciudad como centro corruptor de la bondad natural de los alaveses.

*“Este País [por Álava] es bastante llano, muy lluvioso y se experimentan en él grandes fríos. El aire que se respira es muy puro: pues está situado a aquella elevación sobre el nivel del mar, que exigen los Químicos Médicos para no participar del gas inflamable que se encuentra en las grandes alturas, ni de la copia del gas mefítico, que tiene su domicilio en la profundidad de los valles. Así se puede decir que no se conocen en él las enfermedades. Y si Roma estuvo seiscientos años sin Médicos por creer que estos sujetos destinados a suavizar la dureza de los males que afligen a la humanidad eran más nocivos que útiles, esta Provincia podría estarlo siempre en atención a la bondad y salubridad de su clima [...] El carácter de sus naturales es sencillo [...] su modo de pensar proporcionado a la estrechez de sus ideas, [...] el vino sólo lo prueban cuando van a la ciudad cuyo miserable trato influye en la mezquindad y apocamiento que se nota en sus espíritus. [...] El vicio del juego de bolos está también arraigado entre los artesanos de la capital y juntan a éste, el de la borrachera”.*

En este texto, al igual que en sus escritos del XVIII finisecular, es constante y reiterado el clamor por una imperiosa necesidad de mejorar la higiene pública con el fin de eliminar los miasmas productores de enfermedades, pero Foronda, fiel defensor del derecho privado, se guarda mucho de franquear la puerta de la higiene privada. Se plantea acabar con toda atmósfera deletérea, así hace recomendaciones para mataderos, carnicerías, pescaderías, hospitales, cárceles, cementerios o alcantarillado, llegando al paroxismo (hoy nos parece algo paranoico) con sus métodos para acabar con las moscas, tábanos, chinches, jabalíes, culebras, osos, etc.; pero cuando habla del

ser humano no se refiere a seres concretos, sino que lo colectiviza y únicamente afrontará recomendaciones para aquellos centros de aglomeración enfermiza -cárceles y hospitales tan típicamente miasmáticos- donde el olor humano, individualmente aún tolerable, se convierte en hediondez peligrosa por el hacinamiento y las trabas a la circulación aérea, requiriendo medidas preservativas. El hombre todavía no aparece como un potencial de riesgo para sus congéneres, sólo el medio ambiente, indómito aún al conocimiento humano,<sup>23</sup> constituye la fuente de riesgo. Para Foronda el hedor del hacinamiento enturbia el aire cargándolo de miasmas perniciosos con los que hay que acabar, el riesgo no es el olor corporal del ser, sino la tolerancia de la atmósfera a la cantidad del mismo, por ello arremete contra las prácticas seculares de la aromatización, como el incienso eclesial, al que califica de engaño a los sentidos, una afrenta en el siglo del despertar de la química que regala al arsenal humano novedosas técnicas de desinfección aérea, técnicas que él propaga destinándolas, cómo no, a hospitales y cárceles.

El tema de la desinfección de estos antros es reiterativo en su obra, sin duda fruto de su pasión por la química en aquellos años.<sup>24</sup> No sabemos si en relación con ello o por simple afán humanístico, Foronda tocará también varios asuntos relacionados con la salud de las personas, de los que ahora destacamos su visión de los profesionales que se ocupaban de ella y que, como veremos, guarda estrecha relación con algunas directrices generales como la referida de las matronas de 1750.

Que Foronda es un gran conocedor de temas médicos es indiscutible, baste ver la insistencia en temas de higiene pública o sus ensayos sobre la rabia, la peste o la viruela, para percatarse de que son

---

<sup>23</sup> Foronda aspira a que la ciencia sea capaz de fabricar un aparato, como el barómetro o el termómetro, capaz de detectar los miasmas. “...tal vez nos regalarán algún día los Químicos este preciosísimo hallazgo [así] podría un Médico antes de salir de casa pronosticar la clase de enfermedades que encontraría aquel día, y atinar con los remedios convenientes para su curación”. En “Cartas sobre La Policía...”, carta segunda, “Sobre la salud pública”.

<sup>24</sup> Llega a escribir un manual de química orientado a la formación de su hijo, en el que Rollán y Benavides (Op. Cit.) aprecian notables elementos pedagógicos.

temas que le eran afines, y tal vez por ello, porque conoce de primera mano la realidad de la profesión sanitaria, no duda en arremeter contra sus profesionales por su falta de preparación y por la persistencia de un modelo caducado que no responde a las necesidades de su imaginario “principado ilustrado”.<sup>25</sup>

Ya en 1788, en la introducción a sus “Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales”, critica acciones de cirujanos y médicos a los que no duda en calificar como “medicastro”, pero será en sus “Cartas sobre la policía” donde dedique los párrafos más elocuentes a los profesionales y pseudoprofesionales de la salud, especialmente en su segunda carta (*Sobre la salud pública*) de 1793. De los primeros, de los titulados, recomienda a su príncipe que “*Cuide de que el Público no esté expuesto á las necedades é ignorancia de los Médicos, y Cirujanos, é imponga un castigo proporcionado á la temeridad de los que emprenden operaciones mortíferas, por ignorancia, por incuria, por presuncion, ó por hacer ensayos*”.<sup>26</sup> Lo que suena más a las reglamentaciones punitivas del Fuero Juzgo altomedieval, que a las doctrinas reguladoras de la formación propias del afán docente de los ilustrados del XVIII. Pero ya hemos advertido de que Foronda no debió de tener buenas experiencias médicas, por lo que no duda en aconsejar a su pupilo sobre distintos quehaceres de médicos y cirujanos, destacando nosotros su recomendación de guardar secreto profesional. Para nuestro paisano una buena forma de comprobar la capacidad de estos profesionales sería examinar anualmente “*si tienen dichos profesores aquel número de libros de su facultad que estan reputados por los mejores; si están provistos de todos aquellos instrumentos indispensables á su arte, y si los tienen bien cuidados*”.<sup>27</sup>

Pero no todo son críticas a estos colectivos, ya que en el caso de los cirujanos no duda en ponerse de su parte sobre una cuestión que

---

<sup>25</sup> Las “Cartas sobre la policía” están escritas a modo epistolar teniendo por destinatario un Príncipe imaginario que ha de prepararse para regir una hipotética República Ilustrada.

<sup>26</sup> Op. Cit. Págs. 34 y 35.

<sup>27</sup> Op. Cit. Págs. 35 y 36.

nos atañe, el de suplantar a las matronas en el arte de partear. Y no usa medias tintas a la hora de hablar de las matronas, de cuya experiencia debe tener aún peor opinión que de los otros, pues su oposición al ejercicio de éstas es casi furibundo:

*“No incurra Vmd. en el funesto error de empeñarse en que las mugeres sean las únicas que se empleen en el arte obstetricia. Todos los dias somos testigos de las desgracias que resultan de la ignorancia é impericia de las Comadres. Todos los dias perecen mil víctimas baxo de estas manos ignorantes y crueles que hubieran conservado su vida, en caso de haberlas socorrido unos hábiles Cirujanos. [...] No crea Vmd. que se remedia este inconveniente estableciendo escuelas para las mugeres, á ménos que éstas quieran estudiar la Cirugía completamente, que aprendan á operar, y se llenan de todos aquellos conocimientos fisicos, anatómicos, fisiológicos que debe saber un Cirujano; pero esto es inconciliable con las costumbres del siglo: no digo con sus talentos...”*<sup>28</sup>

Evidentemente no podemos desmarcar esta opinión de la Real Cédula de 1750 que reintroducía el examen de partera a manos del Protomedicato, sobre la cual ya hacíamos mención de interpretaciones desde el punto de vista de la apropiación del oficio secular de matrona por parte de los cirujanos,<sup>29</sup> vista en general desde una perspectiva de género desde el momento en que la usurpación no se hacía por el mayor conocimiento de un oficio sobre otro, sino desde el impedimento a un oficio para desarrollarse por el simple hecho de ser sus ejercientes mujeres.

<sup>28</sup> Foronda dedicará el último capítulo de estas cartas a defender precisamente las capacidades de las mujeres. Foronda no lo ve pues como una cuestión de sexo, sino de formación; lo que ocurre es que sólo los hombres podían ser cirujanos, luego evidentemente la alternativa imposible de que las matronas pudieran formarse más de lo que “les permitían” los manuales *ad hoc* escritos por los cirujanos es, efectivamente, una insolución machista. Op. Cit. Pág. 32.

<sup>29</sup> Es suficientemente expresivo el título escogido por Teresa Ortiz para presentar su ensayo sobre las matronas en el número especial de *Dynamis* dedicado íntegramente al protomedicato: “Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía”, en López Terrada, María; Martínez Vidal, Álvaro (eds.), “El tribunal del Real Protomedicato en la monarquía hispánica”, *Dynamis*, monográfico vol. 16, 1996, págs. 43 a 59.

Y claro está, si para Foronda las matronas deben ser reemplazadas por los cirujanos, a los que tampoco parece tener en gran estima, exige a su interlocutor que *“ya que este delicado é importantísimo arte debe estar en manos de los Cirujanos, obliqueles Vmd. á estudiarle con atención”*. En este sentido, hemos de recordar que por estas fechas en las que Foronda publica sus cartas, 1793, en Vitoria<sup>30</sup> probablemente ya ejercía como comadrón titular, reemplazando a las dos matronas asalariadas por el municipio, el cirujano latino Manuel Prim. Mucho nos gustaría saber si en este proceso pesó la opinión de Foronda, o al contrario; si Valentín llega a sus conclusiones viendo el ejemplo de su ciudad.

Cambiando de tercio, si para nuestro ilustrado los profesionales titulados de mayor categoría requerían de reformas y vigilancia, los no titulados deberían sin duda ser erradicados, pero con matices. Consciente del arraigo de la superchería en nuestro solar<sup>31</sup> y del freno que suponía para la introducción de la racionalidad de las ideas enciclopedistas, Foronda exhorta a su príncipe a *“desterrar todos los curanderos y curanderas como enemigos de nuestra salud; todos los vendedores de específicos que no estén aprobados por el Proto-Medicato, y toda aquella nube se saltimbanquis que corren los pueblos...”*,<sup>32</sup> ahora bien, no todos deben de ser iguales, ya que algunos *“funcionan”*, y por tanto Foronda matiza, *“á reserva de los saca-muelas, siempre que se limiten á este solo ejercicio; pues la experiencia nos demuestra, que el mas malo de ellos, á favor de su grande práctica, es por lo general muy superior á la mayor parte de*

---

<sup>30</sup> Valentín de Foronda reside entonces en Vergara, pero nos consta sus frecuentes viajes a Vitoria por su relación con el Hospicio, a la que volverá al acabar el siglo antes de iniciar su exitosa carrera diplomática.

<sup>31</sup> Como ejemplo, Paloma Manzanos recoge para Vitoria un inventario de bienes del platero Gregorio de Salazar donde aparece *“entre las joyas puestas a la venta ‘sortijas de mal de cabeza y ojos’, que por su escaso valor (apenas 2 reales la pieza) sería un objeto ampliamente adquirido por el conjunto de la población vitoriana”*; en Manzanos Arreal, Paloma. *“La casa y la vida material en el hogar en la Vitoria del siglo XVIII”*, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *“La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea”* Editorial Txertoa. 1995. Pág. 235.

<sup>32</sup> Foronda, Valentín. *“Cartas sobre la Policía”*, carta segunda, *“Sobre la salud pública”*. Pág. 37.



*los Cirujanos*”. En principio alude a aquellos no aprobados, por lo que no debe de estar refiriéndose a los barberos, sino a ilegales que practican el intrusismo; aunque es dudoso, ya que esta excepción es extensiva a otra práctica, la de los algebristas o ensalmadores, también dentro de la órbita del barbero, si bien en este último caso parece concretar más el término hacia lo que hoy entendemos por curandero: *“lo mismo sucede con aquellos Compone-huesos que suele haber en los lugares, cuyo talento atribuyo á una gran experiencia, auxiliada de un exquisito tacto, propiedad que puede faltar á los Cirujanos por mas rellena que esté de sabiduría su cabeza”*.<sup>33</sup> Curiosamente en este caso no hace lo mismo que con las matronas, cuyo conocimiento había ido siendo desvelado desde los anatomistas del XVI, pasando por los fisiólogos del XVII hasta llegar el momento de suplantarlas en el XVIII; simplemente porque, como reconoce, los cirujanos no están a la altura, por lo que para corregirlo y terminar suplantando también a estos prácticos añade: *“pero al mismo tiempo que se les permita hacer esta clase de curas, obligueseles á que las presencie un Cirujano”*.

Al respecto de esta última opinión de Foronda, no podemos pasar por alto un suceso vitoriano que probablemente conociera, y que tal vez influyó en este pensamiento que pone por escrito. Sucedió en 1768, teniendo como protagonista a aquel cirujano latino de origen francés llamado Juan de Etcheverry, el mismo que abandonaría la ciudad ofendido por que el ayuntamiento había mandado a los otros cirujanos –romancistas- para evaluar su capacidad, y que relata el propio concejo en su libro de actas como refuerzo a su decisión de revocarle. En él, el mayordomo del hospital, ante la queja de Etcheverry por haberse llamado a un curandero que le deja en evidencia, relata a los señores del concejo que *“Y haviendo encontrado a una robusta muger que muchos dias antes entro deslocada un pie en continuos dolores, lastimado de su yndisposizion y que el referido Ziruxano le havia dicho quedaria coxa para toda su vida, determin[é] que un Vezino de Aperregui en el Valle de Zuia que ha muchos años esta en opinion de practica de Curar semexantes yndisposiciones yasea por habilidad, o grazia que se dize tener algunas*

<sup>33</sup> Op. Cit. Pág. 37.

*familias hize recado a dho. Ziruxano para que en hora determinada asistiera con dicho Vezino de aperregui por el deseo que tenia en el alivio dela tal enferma, y con efecto hizo en su presenzia la operazion de ponerle el gueso en su lugar, se le alivio y confeso la enferma no tener dolores, y que es lo Unico que he tenido con dicho Zirujano franzes... [determinando] que no le pareze que Echeverri tiene motibo alguno para quejarse, pues es publico y notorio que el Vezino de aperregui es Hombre de mucha esperienzia en Curar poner Guesos”.*<sup>34</sup> Ejemplo que, sin lugar a dudas, autoriza completamente la opinión de Foronda, tanto para ensalzar la habilidad de estos recomponehuesos como para desacreditar a los cirujanos, y no a cualquiera, sino al supuestamente mejor formado, al denominado latino.

#### V. 1. 2. Las Ordenanzas del hospital de Santiago de 1764.

En 1764 se escriben las primeras ordenanzas conocidas del hospital en las que se recogen las obligaciones del personal que en él desarrolla su labor. Su importancia no reside tanto en dar testimonio escrito de las funciones que unos u otros realizaban, sino en el mismo hecho de constituirse. Dentro de un marco general de intento de modernización cuyo exponente máximo es la RSBAP, que representa un aperturismo hacia las ideas de la ilustración francesa, en las postrimerías del XVIII, en Vitoria, hay un gran debate sobre la necesidad de introducir reformas higiénicas, de asistencia social benéfica, de eliminación de vagos y menesterosos, de ampliar la ciudad, de romper con las murallas medievales, en un sentido real y en otro figurado de transformación del Antiguo Regimen en el Estado Moderno burgués que preconizaba la inminente revolución francesa. Si no pasamos por alto este entorno, no podemos concluir sino que la aparición de estas primeras Ordenanzas no es casual y responde a la mentalidad burguesa protoliberal de una élite vitoriana que está a punto de desembarcar en la dirección del futuro de la ciudad. Puede decirse que es el inicio de concepto liberal de Beneficencia que

---

<sup>34</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 17 de marzo de 1768.

abandona la caridad individual heredada del medioevo para pasar a ser una caridad colectiva. El estado liberal se obliga a atender a los pobres, a los menesterosos, a los enfermos, porque en definitiva los considera fruto de la propia sociedad que desea reformar. Y aunque en la práctica será la creación del hospicio en 1777 la representación física y tangible del inicio del concepto de Beneficencia Pública de corte Liberal, no puede desligarse tal hecho de estas primeras ordenanzas del hospital Santiago.

Dicho y recalcado esto, nos centraremos en lo que va a representar para la enfermería las modificaciones recogidas en estas ordenanzas. En primer lugar habría de señalarse un cambio básico en el devenir de las figuras enfermeras que hemos visto desfilar a lo largo de los siglos previos por este emblemático centro vitoriano, nos referimos a la ya mencionada aparición de un hospitalero al que además se le va a señalar como cirujano y sangrador.<sup>35</sup> Comienza a ejercer en 1741, con anterioridad por tanto a las ordenanzas aunque éstas se realizan todavía ejerciendo el mismo, Martín Ruiz de Gamiz que, recordemos, será sustituido consecutivamente por miembros de su familia hasta 1813. Precediéndole había ejercido la viuda Francisca de Nanclares, a quien documentamos otra novedad que va a continuar Martín: En 1740 el ayuntamiento obliga a Francisca a contratar a un hombre para auxiliarle en la sala masculina, ya que estaba asistiendo en dicha cuadra ella y sus criadas, siendo la primera vez -hecha la excepción de aquellas dos enfermeras que aparecieron trabajando en el hospital en durante la peste de 1599- que documentamos que los hospitaleros contarán con auxiliares para las labores enfermeras. Este hecho podría explicar el incremento salarial que vemos cuando se le aumentó de un real al día (aprox. 28 ducados al año) a real y medio al día en 1734 (aprox. 42 ducados al año), y de ahí a cincuenta ducados al año en 1739,<sup>36</sup> lo que nos sorprendía cuando previamente el salario

---

<sup>35</sup> Aunque la expresión de sangrador era antigua, cobrará fuerza en el XVIII a partir de la Real Cédula de Felipe V de 29 de enero de 1711 que crea la “Clase de Sangradores” sustituyendo paulatinamente a la de barbero, si bien, ésta no desaparecerá, aunque las licencias del protobarberato sean ya sólo de sangrador.

<sup>36</sup> A.M.V., AA.MM. Actas del 30 de julio de 1734 y del 6 de julio de 1739.

estaba en 36 ducados para un matrimonio, y Francisca daba la impresión de estar trabajando sola.

La aparición de estas figuras auxiliadoras, que en principio debemos vincular a la enfermería, se continua al menos con Martin, ya que éste va a aparecer no sólo junto a su esposa, sino también junto a dos criados y otras dos criadas (a veces tres) que le auxilian en su trabajo, motivo por el que se le aumenta en 1753 el salario setenta ducados al que ya tenía.<sup>37</sup> Hecho curioso este ya que si se lo aumentan ahora en función de sus sirvientes querrá decir que o antes no los tenía o no en ese número. Desconociendo cómo tuvo lugar ese proceso, lo cierto es que podemos documentar cómo a mediados del XVIII el matrimonio hospitalero en el hospital de Santiago presenta dos novedades; por una parte se auxilia en el trabajo, con lo que de alguna manera añade funciones supervisoras y docentes a su actividad asistencial, y por otra va a aumentar sus competencias profesionales al añadir una titulación que, sin ser todavía correspondiente a su actividad directa, sí es afín a la actividad común del hospital donde la desarrolla. Sobre estas dos novedades se asientan las ordenanzas de 1764 respecto a las funciones recogidas para el síndico u hospitalero, ya que es esta la terminología que aparecerá a partir de ahora, lo que no es gratuito, pues no documentaremos ya la denominación de matrimonio, y caso de mencionar a la esposa, ésta aparece más cercana al concepto de criada que de igual.

No obstante lo dicho, habrá de anticipar también que, en realidad, las ordenanzas mientras sí darán cabida a la nueva figura de criados o sirvientes, no hará mención a actividades propias de cirugía, caso de las sangrías, limitándose a las actividades tradicionales que hemos englobado como cuidados básicos o inmediatos, pero estructuradas y desarrolladas por escrito. Es decir, por mucha titulación que tuviera, Martin es un hospitalero con las funciones de toda la vida. ¿Por qué entonces se contrata a un sangrador para hospitalero, y por qué lo seguirán siendo sus continuadores? No

---

<sup>37</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 28 de julio de 1753. Cepeda señala su salario en 500 reales (unos 42 ducados).

tenemos respuesta documentada. A pesar que Martín ejerce desde 1741, todavía seguirán acudiendo al hospital el cirujano romancista Ignacio de Urive y el cirujano latino Pedro de Divarrat hasta la jubilación del primero en 1751, momento en el que dejan de contratarse a romancistas y barberos, quedando ya sólo el latino como cirujano. Pero además, constituidas las ordenanzas del hospital en 1764, éstas no describen en ningún momento acciones instrumentales para el hospitalero, quedando reservadas para el cirujano;<sup>38</sup> sin embargo, recordaremos la disputa entre el siguiente cirujano latino, Etcheverry, con el hospitalero, todavía Martín Ruiz de Gamiz, en 1767 sobre quién debía sangrar a los enfermos, aduciendo ambos no ser de su obligación.<sup>39</sup> Aunque la existencia de esa discusión pudiera parecer que el hospitalero ejercía efectivamente también como sangrador, la solución en este caso va a pasar por obligar al cirujano latino a contratar a un barbero para que le auxilie, por lo que parece claro que Martín sigue ejerciendo sólo como hospitalero, a pesar de estar aprobado para realizar esas técnicas.<sup>40</sup> De sus continuadores en el puesto, a pesar de seguir la tradición familiar y ser sangradores, hemos de suponer que se limitaron a ejercer, al igual que Martín, como hospitaleros nada más, ya que no será hasta 1821 -en el nuevo hospital y con nuevas ordenanzas- cuando expresamente la Junta de Caridad decide sancionar oficialmente la unión entre la figura del hospitalero y la del sangrador creando una nueva denominación, la de Enfermero Primero o Mayor, en la que ya se le adjudica no sólo las

<sup>38</sup> A.T.H.A. Fondo hospital Santiago. Ordenanzas. C. 4, N° 4.

*“Es de la obligación del Cirujano asalariado por la Ciudad asistir a los Enfermos del Hospital de San Tiago, Santa Maria, y Carcel, en todos los casos de cirujia, sangrias ú otros remedios correspondientes á su oficio, y que fueren recetados por los Medicos”.*

<sup>39</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 27 de noviembre de 1767. Etcheverry no estaba aprobado en España por el protobarberato para sangrar y, sobre el papel, no era obligación del hospitalero la realización de sangrías; luego ninguno de los dos podía realizarlas, por lo que el ayuntamiento obliga a Etcheverry a contratar a cuenta de su salario un practicante para que le asista en esos menesteres.

<sup>40</sup> Al menos dentro del hospital, ya que externamente es posible que pudiera ejercer como cirujano sangrador.

acciones de cuidado básico enfermero, sino también las de sangrador y barbería.<sup>41</sup>

Por tanto, no podemos aseverar que ya desde mediados del XVIII existiera una figura que aunara cuidados de enfermería básicos e instrumentales, aunque consideremos más que probable que sí se diera una doble ocupación; esto es, que dentro del hospital ejerciera una asistencia inmediata, y fuera de él la asistencia prestada sea instrumental. Habremos pues de esperar hasta las ordenanzas de 1821 para poder afirmarlo categóricamente.

Respecto a los cuidados básicos de enfermería que Martín, junto a su esposa y auxiliares realizaron en el hospital de Santiago, sí podemos decir que las Ordenanzas de 1764 nos aportan cosas interesantes. En resumen, todo queda reducido a la escueta frase que ya leíamos en 1739 refiriendo que “*ai un Hospittalero que con su familia cuida de la Limpieza, Comida, medicinas, y demas alivios convenientes*”, sólo que en este caso el grado de detalle y concreción nos permiten ver con claridad el alcance de las actividades, pudiéndose reconocer sin ambigüedad cuidados enfermeros.

El apartado dedicado al síndico consta de 26 artículos, siendo el más extenso de las ordenanzas. Se describen en tercer lugar, tras repasar las funciones de las figuras gestoras, el mayordomo del

---

<sup>41</sup> En realidad, al inaugurarse el nuevo edificio del hospital de Santiago va a continuar hasta abril de 1821 el mismo hospitalero que se hallaba en el antiguo centro desde 1819, Manuel Antonio de Manso. Quien, por lo que vemos en las últimas alusiones al mismo, es un continuador de lo que citamos para Martín Ruiz de Gamiz desde mediados del XVIII. Al finalizar su labor tenía adjudicado un salario de 3850 reales de Vellón, más 160 maravedíes por las vasijas de los enfermos, al que se añadían 20 maravedíes por cada estancia (unas 35 diarias). Con dicho salario debía contratar por su cuenta a “*dos enfermeros, una enfermera y cocinera*” quedando incluidos en el abono de estancias que corriera por su cuenta la leña y la colada. A.M.V., AA.MM. Acta del 28 de marzo de 1821. Fol. 160 r. Dentro de sus funciones sólo se describen las tradicionales del hospitalero; siendo por tanto el último de los mismos en el emblemático centro vitoriano. Su sucesor, tras ser cesado por uso indebido de los recursos, será una figura completamente diferente al quedar ya establecido su condición de sangrador y recogerse en las nuevas ordenanzas dicha actividad.

ayuntamiento y el administrador; y por delante del médico, el cirujano y el cura.

En el ordenamiento se recogen actividades de acogida en los artículos 1, 2 y 3:

*“...para su admision, ha de disponer la Cama con Ropa limpia, y que tenga su Gergon, y Colchon, dos sabanas, Almoada, y Mantas, y se le calentará la Cama, para que se asiente en ella...”. “Recibido que sea el Enfermo, ha de ser de su obligacion recoger su Ropa [...] y hacer la pongan colgada en el parage acostumbrado”. “...se le ponga la cama [...] con todo lo demás que necesite, y el vaso correspondiente para sus primeras necesidades; y si fuese de Enfermedad, que arroje mucho por el esputo, deberá ponerle una barreña”.*

Actividades interdependientes y de valoración en el 4 y 5:

*“Quando el Medico, y Cirujano, fuesen á hacer visita á los Enfermos, ha de acudir en su compañía por sy, ó por criado inteligente, enterandose de lo que dispusieren, para poner en execucion el Remedio ó Remedios que aplicaran en las horas señaladas, llevando en la mano la tabla que esta dispuesta, y anotar por numeros lo que recetare en cada cama”. “Sy algun enfermo tuviese especial mutacion, avisará al medico, ó cirujano, según corresponda al enfermo [...] y sy necesitase de que se le Administrase los Sacramentos, ó auxiliarlo, deverá dar pronto ávise al Cura”.*

Actividades de alimentación en los artículos 6, 7, 8, 9, 10 y 13:

*“Ha de [...] tomar razon del alimento que se devera dar al Enfermo, sy caldo solo, huevo, racion, ó media racion de puchero...”. “Ha de suministrar todas las mañanas a los Enfermos el desayuno [...] de seis á seis y media en verano, y de siete á siete y media de la mañana en Ynvierno, y la comida a las once de la mañana y la cena á las seis de la tarde en todo el año indispensablemente”. “Hará guisar tantas medias libras de carne, como enfermos tuviere”. “Que la carne*

*que al mediodia sobrase, la haga gigote<sup>42</sup> para la noche”. “Que el Enfermo, que por sy no pueda tomar el alimento ó medicinas, se lo administre [...] por sy, ó por medio de sus criados, ó criadas”. “Deverá tener á la entrada de las quadras persona que embarace la introduccion de comida y bebida para los Enfermos”.*

Actividades de higiene del medio, de la cama, del paciente y de la loza en el 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21:

*“Ha de tener cuidado que todas las mañanas se derrame por las criadas, ó criados lo que huviese en los vasos immundos de todos los enfermos, haciendo se abran antes las ventanas, para que se oreen las Quadras, quemando algo de Espliego, Enebro, u otros Aromaticos, para que no se perciba el feter en ellas”.<sup>43</sup> “Ha de cuidar de hacer barrer las quadras de Hombres y Mugerres, y que estén con toda limpieza...”. “Ha de mandar á su criado, y criada respectivamente que todos los dias hagan las camas de los Enfermos, y de los que no estuvieren en Disposicion para poderse levantar, estando en ellas, hacer que muevan por cada lado el colchon, y gergon, para que el Enfermo pueda lograr algun alivio”. “uidará que la ropa del uso de las camas se limpie con la frecuencia que pidiere la necesidad”. “Que al enfermo que esta imposibilitado á levantarse para sus necesidades lo asistan en quanto se le ofrezca”. “Es de su obligación hacer se laben las cortinas y cenefas blancas”. “Los platos y escudillas con que se ha de servir á los Enfermos que esten bien limpios...”.*

Actividades de supervisión 11, 12 y 25:

*“Que no asistiendo el medico, ó cirujano á las horas señaladas de parte á los mayordomos”. “Ha de procurar que los sirvientes cumplan con la obligacion de sus respectivos ministerios, que sean*

---

<sup>42</sup> Gigote: (Del fr. *gigot*, pierna de carnero, cordero o cabrito, cortada para servirla en la mesa). m. Guisado de carne picada rehogada en manteca. || 2. Comida picada en pedazos menudos. || *hacer ~ algo*. fr. coloq. Hacerlo pedazos menudos. DRAE.

<sup>43</sup> Estas prácticas aromáticas serán consideradas por Foronda como engaño de los sentidos, proponiendo medidas químicas de desinfección. Y de hecho en las próximas ordenanzas, las de 1821, estas aromatizaciones habrán desaparecido, ocupando su lugar la práctica de quemar vinagre.



*obedientes, celosos y caritativos...”. “No deberá permitir que los Enfermos salgan de las Quadras, ó Claustros”.*

### V. 1. 3. El Hospicio o Casa de Misericordia.

Como buen ilustrado Foronda aspiraba a un Orden Social natural en el que la pobreza era un mal circunstancial con cura: la educación, el orden y el trabajo; no la criminaliza globalmente, ni la ve como a un enemigo de clase, sino como al niño analfabeto con el que todo queda por construir si cuenta con un buen maestro, y él está convencido de que el Estado Ilustrado va a ejercer esa docencia. Sin embargo, en otros pasajes de su obra da la impresión de que su paternalismo (e idealismo) le impide ver la realidad, optando por una caridad más medieval: así, no tiene escrúpulos en sugerir que *“Por consiguiente, las carnes y pescados pasados, no perjudicando á la salud, sino al paladar, pueden dexarse á los pobres para que llenen su estómago por poco dinero”,*<sup>44</sup> o que se coloquen *“en varios parages algunos muchachos, ú ancianos, que limpien, y den negro á las botas y zapatos”.*<sup>45</sup>

No obstante las buenas intenciones de Foronda y sus correligionarios, en el discurrir del siguiente siglo el ‘orden natural’ que sustentaban los ilustrados y que será recogido por el liberalismo cultural e intelectual, quedará en entredicho al no lograrse alcanzar por el liberalismo económico -que a lo largo del XIX sienta las bases de un feroz capitalismo- las metas de erradicación de la pobreza por medio del trabajo, sino al contrario exacerbando la situación hasta conferirle un nuevo término, pauperismo, y retomándose nuevamente el incardinado problema histórico de la pobreza desde la perspectiva del riesgo social. Pero en el último cuarto del XVIII, Foronda aún cree en la regeneración del hombre por el trabajo y considera que el pobre no lo es por voluntad, sino por ignorancia o incapacidad. En su

---

<sup>44</sup> Foronda, Valentín. “Cartas sobre La Policía”, carta segunda, “Sobre la salud pública”.

<sup>45</sup> Foronda, Valentín. “Cartas sobre La Policía”, carta cuarta, “Sobre calles, paseos, cafés, &c”.

peculiar ‘contrato social’ él está dispuesto a proporcionar los medios cognitivos y psicomotores, pero el pobre debe aportar el afán volutivo de abandonar la mendicidad y la vagancia, verdaderas amenazas al ‘orden natural’ de la sociedad ilustrada. En palabras de Carasa Soto,<sup>46</sup> durante la Ilustración *“la concepción de la pobreza se seculariza y se percibe como una agresión contra el proyecto de Estado útil y benefactor; el vago, el mendigo no son miembros útiles a la comunidad, son peligrosos [...] por tanto, deben ser apartados de la sociedad y tratados con una terapia de trabajo, aceptación de las normas sociales y reclusión [...] en centros asilares que nacen de la iniciativa oficial [...] Nacen así las grandes creaciones de los ilustrados: los hospicios”*.

Vitoria fundará también su propio hospicio en 1777 siendo Foronda concejal en el ayuntamiento vitoriano, por lo que es de esperar que pusiera en práctica aquello que recomendaba a su príncipe imaginario: *“pero cuidado con que no se conviertan en unas cárceles decoradas con el hermoso epíteto de refugios caritativos”*,<sup>47</sup> sin embargo, la introducción y plan de ordenanzas enviado al Rey para su aprobación recuerdan perfectamente las palabras de Carasa, ya que el objetivo esencial de aquella casa de Misericordia sería: *“poner freno á la olgazaneria de los naturales y forasteros, que, pudiendo ganar de comer con el trabajo de sus manos, toman el título de pobres, y se dan á vivir de limosna”*,<sup>48</sup> lo que a algunos les suponía unos buenos ingresos: *“...la facilidad con que qualquiera vezino perezoso ó poco aplicado puede por solo su arvitrio entregarse al libre exercicio de pordiosear, asegurado de encontrar en él mas descanso y comodidades que logran muchos oficiales aplicados á las tareas de*

---

<sup>46</sup> Carasa Soto, Pedro. “Historia de la beneficencia en Castilla y León: poder y pobreza en la sociedad castellana”. Universidad de Valladolid. Valladolid, 1991.

<sup>47</sup> Foronda, Valentín de. “Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales”. Imprenta de Manuel González. Madrid, 1794.

<sup>48</sup> Autor desconocido. “Ordenanzas con que se gobierna la Real Junta, y Casa de Misericordia de la M.N. y M.L. Ciudad de Vitoria”. En Vitoria, Impresas por Baltasar Manteli, Impresor de la R.S.B. Año de MDCCXCVII. Consultadas en Fundación Sancho el Sabio, sign. ATA 2352.

*sus oficios...*”.<sup>49</sup> En definitiva, si bien dará cobertura a verdaderos necesitados y no puede desligarse este establecimiento de la línea benéfica que desembocará en la asistencia social del XX, desde la perspectiva ilustrada la finalidad última era hacer desaparecer la “*mendiguez y la ociosidad*” de Vitoria redimiéndola con el trabajo, convertido en virtud por el protocapitalismo liberal ilustrado a la par que definitivamente desacralizaba aquella otra virtud religiosa, la pobreza. Así, sólo los pobres fruto del infortunio pueden ser considerados verdaderos (discapacitados, ancianos, expósitos) y ser merecedores de la caridad;<sup>50</sup> el resto deben ser rehabilitados para el bien social y, si la causa es la escasez de trabajo será obligación de la sociedad civil, mediante la Junta del hospicio proporcionarle trabajo y sustento, nunca la mendicidad motu proprio. En relación a este deseo de eliminar la vagancia mediante el trabajo se documentan también varias propuestas de Foronda para la instalación de talleres en el hospicio.<sup>51</sup>

La creación del hospicio vitoriano, además de sus vicisitudes económicas y estructurales, vino precedida por tres elementos de gran valor: una nueva pretensión de concentración hospitalaria, un estudio previo de las necesidades y, especialmente, la creación de una Junta de Gobierno.

Efectivamente, una de las primeras noticias sobre el interés de construir una casa de Misericordia se fecha en 1766, cuando la ciudad de Vitoria se pone en comunicación con los patronos de los hospitales de San Pedro y San José para exponerles la conveniencia de concentrar en el hospicio proyectado la acción de los tres centros que entonces tenían funciones asilares (ya vimos que se trataba de viudas), lo que evidentemente se consigue con el de titularidad municipal

---

<sup>49</sup> Ibidem.

<sup>50</sup> Que en definitiva consistirá en seguir viviendo de la limosna, sólo que ahora con licencia municipal y sin la competencia de falsos pobres, vagos o foráneos.

<sup>51</sup> A.M.V. Fondo Hospicio. A-1-2/6 (1780. Exposición de Valentín de Foronda sobre la Junta de Pobres). La signatura corresponde al índice elaborado por Marcelo Núñez de Cepeda que, actualmente, está en proceso de reestructuración.

(Santa María) donde se propuso instalar inicialmente el hospicio,<sup>52</sup> pero también con el de San José,<sup>53</sup> gracias a la relación que su entonces patrón, José Manuel de Esquibel Rivas y Verástegui, marqués de Legarda, tenía con los ilustrados vitorianos y a su participación en la propia Junta del nuevo hospicio. Y finalmente también con el de San Pedro, si bien de modo parcial, ya que solicitada la agregación de las dos casas que entonces constituían el hospital de San Pedro, su patrono acepta dar *“por via de limosna para su subsistencia todo lo que havia degasttar en veneficio de los Pobres, que se ospedan en el ospital demi Patronatto, siempre quese berifique que todos esttan socorridos en el nuevo Ospicio”*, pero no puede renunciar a la fundación de sus antepasados que le ha sido legada desde el siglo XIV con la intención de perpetuarse *“hasta la fin del mundo”*, por lo que se reserva las casas *“para que facilmente pueda volber a ttener el uso que al presentte tiene si por algun accidente o mottivo llegase a faltar la nueva favrica que se proyectta”*.<sup>54</sup> Desconocemos cómo fue el devenir inmediato de San Pedro, pero parece documentado que volvió a acoger mujeres pobres en sus casas, ya que Cepeda cita como prueba el testamento de Juana O’Sullivan, su patrona, en 1851: *“Mando que se dé un duro o sean veinte reales vellón a cada una de las pobres que a mi muerte existan en el Hospital de S. Pedro, que es propiedad de la casa”*.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> Lo que no significará su final, ya que volverá a ser utilizado por el ayuntamiento para distintos fines socio-sanitarios. Por representativa tomamos la descripción del diccionario de Madoz en 1830: *“ [El hospitalillo de Santa María y Casa de Refugio es] un antiguo edificio que se ve al lado de la colegial, sirve de casa de refugio para las mujeres embarazadas; de hospital para los que padecen sarna, venéreo y otras enfermedades que no son admitidas en el hospital civil de Santiago; y de casa de detención o arresto para las prostitutas y los hombres que cometen alguna falta ligera...”* Madoz, Pascual. “Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar”. Volumen XVI. Madrid, 1850. Págs. 346 y 347.

<sup>53</sup> Se incorpora a la casa de piedad en 1784.

<sup>54</sup> A.M.V. Fondo Hospicio. A-1-1 en la clasificación de Cepeda, HOSP-CAR 18/6 en la nueva. Es posible que este documento no fuera conocido por Núñez de Cepeda hasta que elaboró el índice documental del hospicio, ya que no menciona este proceso en su investigación sobre los hospitales vitorianos.

<sup>55</sup> Núñez de Cepeda, Marcelo. Op. Cit. Pág. 510.

Respecto al segundo punto, destacamos el racionalismo imperante entre aquellos ilustrados, llevándolo a la práctica con un estudio previo de las necesidades reales de Vitoria. Ya hemos señalado que la finalidad última era tratar de eliminar todo rastro de ociosidad en la sociedad vitoriana, para ello la Junta de la sociedad caritativa “*diputación de pobres*”,<sup>56</sup> promotora del hospicio, propondrá y realizará a través de los mayores de las vecindades un censo de pobres en 1776 para clasificar a los futuros usuarios del centro en tres clases: “*en la primera se colocarán los muchachos de edad proporcionada para aprender oficio, y los adultos que hubieren aprendido alguno, y estén es estado de continuarlo; en la segunda clase tendrán lugar los hombres no inhábiles, pero que nunca supieron oficio, y las mugeres de la misma calidad aunque sepan hilar, hacer media ó calceta; la tercera se compondrá de los viejos achacosos ó impedidos, que no pueden dedicarse á algun trabajo útil, las mugeres que tienen niños al pecho, y a los niños que aún no estén en edad de poder trabajar*”.<sup>57</sup>

El tercer aspecto que destacamos es el que por primera vez una institución destinada a actividades socio-sanitarias va a ser regida por una Junta de gobierno que, si bien es oligárquica en su composición, supone toda una novedad respecto a los patronazgos unipersonales y la gestión concejil. Foronda -cómo no-, basándose en la peculiar mezcla de caridad cristiana y filantropía propia de nuestra Ilustración, tendrá un papel decisivo en la fundación de la sociedad caritativa “Diputación de Pobres” y de su Junta de gobierno. Todavía como concejal, será uno de sus doce miembros fundadores y, como habíamos citado, se le atribuyen sus estatutos -a los que antes hemos

---

Tras el fallecimiento de O’Sullivan el hospital debió quedar arruinado, siendo declarado por el arquitecto municipal en estado ruinoso. Los herederos lo vendieron en 1864. Martín Latorre, Peli. Op. Cit. Pág. 20.

<sup>56</sup> En la documentación posterior se utilizarán indistintamente prácticamente como sinónimos los términos Sociedad Caritativa, Diputación de Pobres, Junta de Pobres, Hospicio, Casa de Piedad y Casa de Misericordia.

<sup>57</sup> “Ordenanzas con que se gobierna la...casa de Misericordia...”. Ordenanza nº XVI. En el censo que se realiza, localizamos a “*Miguel de Uribe Barbero con dos hermanas vasttante nezesitado*”. A.M.V. HOSP-CAR 18/6 (Clasificación nueva).

hecho referencia-, de los que además presume en su obrilla de 1779 “Paralelo de la Sociedad de San Sulpicio de Paris con la Casa de Misericordia de la Ciudad de Vitoria”. La Junta estaría compuesta por 6 religiosos y 6 seglares, entre los primeros estaría el Magistral de la Colegiata, con cargo vitalicio, y los cinco párrocos de las entonces cinco parroquias vitorianas, mientras ejerzan como tales; y por parte de los seglares estaría el Procurador general del ayuntamiento, mientras esté en dicho puesto, y cinco ciudadanos, evidentemente ilustrados como Foronda, que tendrían también cargo vitalicio. Vemos pues cómo la extracción social de la Junta representa intereses muy concretos de la propia jerarquía vitoriana, precisamente escorados hacia los grupos nobiliarios y eclesiásticos, los más susceptibles al cambio social que traerá la revolución francesa y el liberalismo burgués. Esta Junta del hospicio será tomada como modelo para la futura Junta del hospital de Santiago de 1820, la cual se crea a iniciativa de la Constitución de Cádiz retomada durante el Trienio Liberal (1820-1823), lo que evidentemente llevará a su derogación con el regreso de Fernando VII,<sup>58</sup> siendo de interés su anticipación a la Ley de Beneficencia Pública de 1822.

Finalmente señalar el interés del hospicio para la enfermería ya que las dimensiones y los objetivos del centro superan con creces el

---

<sup>58</sup> A.M.V. Decreto de 5 de abril de 1820:

*“El ayuntamiento constitucional de esta Ciudad de Vitoria, deseoso de llenar debidamente las atribuciones sexta y séptima del artículo 321 de la Constitución política de la Monarquía española, por los que se les encarga cuidar de los Hospitales y Cárceles; convencido de la necesidad en que estos Establecimientos se encuentra de recibir una nueva planta en su administración interior y exterior, y de que para dársela cual se desea, de un modo fijo y permanente, nada es más útil que la creación de una Junta caritativa, compuesta de personas celosas y amantes de la humanidad a cuyo cargo esté ...”*

Derogada por Fernando VII en 1823, se solicita favor real para su mantenimiento recalcando que se trata de una Junta creada a imitación de la del hospicio, la cual había recibido los parabienes de su abuelo Carlos III, lográndose el visto bueno de la súplica en 1829; si bien, nos consta que la Junta ya había vuelto a funcionar en 1826 a la llegada de las Hijas de la Caridad. Cfr. Ferreiro Ardións, Manuel. Lezaun Valdubieco, Juan. Pradell González, Angela. “La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del S.XIX”. Colegio de enfermería de Álava (ed.). Vitoria, 2006.

alcance de las manifestaciones de acción social que habíamos visto en Vitoria hasta ese momento, y aunque en un inicio el carácter casi autárquico del centro, utilizando a algunos residentes en el mismo para la aplicación de los cuidados que requerían los más dependientes, no nos permite identificar claramente la actividad enfermera. A partir de la incorporación de las Hermanas de la Caridad en 1846, así como su vinculación previa con los sanitarios asalariados del ayuntamiento, en conjunción con el hospital de Santiago y la Cárcel, ya puede testimoniarse claramente una actividad profesionalizada.

## **V. 2. Asistencia hospitalera en Álava en el siglo XVIII.**

Aunque ya habíamos adelantado con anterioridad el importante valor documental para el conocimiento de la actividad enfermera en Álava que ha supuesto nuestro hallazgo en el Archivo Histórico Nacional de una provisión Real con detallada información sobre el estado de los hospitales alaveses en 1739, hemos reservado su análisis en profundidad para el periodo que nos ocupa. La contestación a dicha provisión real por parte de las Hermandades alavesas nos ha permitido ampliar el conocimiento de estos centros y de sus cuidadores en el medio rural alavés, en un momento previo a los conflictos bélicos posteriores (guerras de convención y de independencia primero, las carlistas después) y a las desamortizaciones, que acabarían por hacer desaparecer esta estructura asistencial secular, si bien alguno de estos centros llegará a ver el siglo XX acabando sus días los nuevos sistemas de transporte, la centralización sociosanitaria en Vitoria y la paulatina mejora de las condiciones de vida.

### **V. 2. 1. Introducción.**

Habíamos visto cómo la concentración hospitalaria promovida por Felipe II no había podido impedir que a lo largo de los siglos siguientes se sucedieran nuevas fundaciones hospitalarias con

idénticos fines a los medievales,<sup>59</sup> impelidos entre otras razones por el deseo de beneficalización de la aristocracia hacia sus parientes menores y por el brutal incremento de la pobreza durante el siglo XVII, hasta el punto de leerse en las Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698 que “*son comunes en todos los lugares, por pequeños, y pobres que sean*”.<sup>60</sup>

Efectivamente, el ambiente ultrareligioso promovido por la Contrarreforma y la trágica situación social de la España del XVII promovieron entre la clase pudiente, civil y eclesiástica, la creación de variadas respuestas caritativas entre las que estaban nuevas fundaciones hospitalarias; no obstante, con el transcurrir del tiempo, ya en el siglo XVIII y para Álava, desaparecida la importancia del Camino de Santiago, modificadas algunas rutas mercantiles tradicionales como la de la lana, y reducidas las rentas por los vaivenes monetarios y las crisis agrícolas, muchos de los hospitales que pervivían desde el medioevo o habían sido fundados en los siglos XVI y XVII, ya han desaparecido o amenazan ruina, aunque los que sobreviven continúan prestando los servicios recogidos en las mandas testamentarias de sus fundadores, o bien en las disposiciones sinodales, aspectos que raramente se contradicen, incluso cuando fueron fundados con anterioridad al sínodo de 1600, lo que parece

---

<sup>59</sup> La concentración hospitalaria de Felipe II hizo que muchos hospitales de fundación particular pasaran a ser de control eclesiástico, lo que incrementó las quejas de las ciudades cuyos procuradores intentaron integrar los hospitales concentrados bajo jurisdicción de la ciudad, y no bajo la episcopal. El Rey, que dio garantías de que independientemente de la nueva jurisdicción se respetarían las disposiciones fundacionales, accedió a otra demanda: la de que podían fundarse nuevos hospitales. García Oro y Portela Silva, op. Cit. En el caso vitoriano del hospital Santiago no existió tal confrontación ya que únicamente se concentraron los tres centros que ya estaban bajo patronato de la ciudad, quedando los otros dos hospitales de la ciudad siendo privados y sin unificar.

<sup>60</sup> Constitución V, página 523 de las “Constituciones Synodales antiguas, y modernas del Obispado de Calahorra y La Calzada. Reconocidas, reformadas, y avmentadas novissimamente por el ilustrísimo Sor D. Pedro de Lepe Obispo deste obispado, del consejo de sv Majestad, &c. En el Sínodo Diocesano, qve celebroy en la ciudad de Logroño, en el año de mil y seiscientos y noventa y ocho”. Impresas en Madrid por Antonio González de Reyes en 1700. Consultado el ejemplar de la Fundación “Sancho el Sabio” de Vitoria.



indicar que ya existía una ordenación de la vida hospitalaria previa a las Constituciones Sinodales conocidas y que marcaba, desde el medioevo, los contenidos de estas fundaciones hospitalarias.

En el caso alavés, la provisión Real de Felipe V en 1739 para conocer el estado de conservación y funcionamiento de estos centros, por su sistematización y ámbito, a pesar de ser incompleta, ofrece un fiel reflejo de su estado real en un periodo previo a las guerras de Convención y de Independencia, que arruinarían muchos de estos centros,<sup>61</sup> así como de las sucesivas desamortizaciones que, salvo las excepciones que se acogieron a las exenciones por su carácter benéfico, terminarían por borrar esta secular forma de asistencia a lo largo del XIX.<sup>62</sup> De ahí que consideremos la imagen que se extrae de este documento del siglo XVIII, no en el sentido numérico sino en el asistencial, como válida también para los siglos XVI y XVII; es decir,

---

<sup>61</sup> Durante estos conflictos, al igual que después con las guerras Carlistas, muchos de estos hospitales rurales sirvieron de “hospitales de sangre”, o fueron despojados de su mobiliario y menaje para las necesidades de aquellos. Otros, como el de Arceniega, fueron derruidos durante la primera carlistada para reforzar las defensas de la villa. Finalmente, casi todos hubieron de exprimir sus rentas para afrontar la calamitosa pobreza de la población que acompañó estos enfrentamientos, o para saciar las exigencias de recursos de los ejércitos dominantes de turno. Cada uno de los hospitales tiene su propia herida de guerra, algunos desaparecieron tras ella, otros sobrevivieron y, en los casos más emblemáticos, fueron reconstruidos con suscripciones populares, lo que evidencia un interés específico de la población de estas villas por su existencia, sólo explicable por las ventajas sociales percibidas por aquellas gentes.

<sup>62</sup> Ha de hacerse notar en Álava al menos un caso a la inversa. Es decir, que la Ley desamortizadora impulsa la actividad hospitalera. Se dio en el Santuario de Nuestra Señora de Angosto, junto a Villanañe, que contaba con un hospital datado desde al menos 1167, pero que no aparece en la relación de su Hermandad a la Provisión Real de 1739, lo que parece indicar su abandono o ruina. Si bien fue utilizado como hospital de sangre durante la guerra de Independencia en 1813, no hay constancia de su actividad fuera de ese periodo. Cuando en 1841 se dicta el decreto sobre incautación de los bienes de los Religiosos, el ayuntamiento de Villanañe se acoge a la disposición del párrafo III, artículo 6º, que exceptuaba de la desamortización los establecimientos de beneficencia. Confirmada en 1845 la posesión interina al ayuntamiento, éste pone en marcha medidas para el restablecimiento de la actividad hospitalaria que se culmina con un Reglamento en 1857.

para el periodo entre el asistencialismo caritativo medieval y la Beneficencia Pública del XIX.<sup>63</sup>

### V. 2. 2. Resultados.

Las contestaciones de las Hermandades<sup>64</sup> de la provincia de Álava a la requisitoria de Felipe V se hallan recogidas en 2 tomos en el Archivo Histórico Nacional bajo las signaturas 12.629-15 y 12.629-16, estando incompletas, ya que únicamente aparecen recogidas las referentes a 27 de las 53 Hermandades alavesas, desconociéndose si las ausentes se deben a que se ha perdido parte de la documentación,<sup>65</sup> o a que parte de las Hermandades no contestaron a la Provisión Real, quizá porque en las mismas no existía ningún centro hospitalario, ya que en 17 de las ausentes no conocemos la existencia de hospitales en

---

<sup>63</sup> Aunque pudiera irse más allá e incluir el siglo XV, y de esta manera abarcar toda la Edad Moderna, hemos preferido dejarlo en el XVI partiendo de la convicción de que es entonces cuando surgen los antecedentes históricos que iniciarán el lento proceso de cambio en el modelo asistencial, y que se acostumbra a situarlos en la obra "*De subventione pauperum*" que publicara Luis Vives en 1525, junto a los posteriores textos de Giginta y Cristóbal de Herrera, y que se vería acompañada por las primeras normativas de control sobre la mendicidad y la pobreza (Carlos I en 1540 y Felipe II en 1565).

<sup>64</sup> El término Hermandad, en el sentido del texto, se acuña en el bajo medioevo como respuesta de las villas a la situación de inestabilidad vivida por las presiones de la nobleza feudal en el contexto de crisis de este sistema productivo en la baja Edad Media. Desde 1282, varias villas alavesas están presentes en las Hermandades Generales castellanas en su "lucha contra malhechores". Con independencia de estas hermandades generales, dentro del suelo alavés se desarrollaron otras de carácter local, que constituyen un primer paso en la creación de la Hermandad provincial de Álava, que se producirá a partir de 1417, y que se considera el génesis de la articulación de la provincia. En el siglo XVIII Álava se hallaba dividida en 53 Hermandades.

<sup>65</sup> Es significativo que el volumen segundo (12.629-16) se inicie con la información de Laguardia, Oyón y Cripán aludiéndose a que se vuelven a enviar ya que se habían perdido los originales, lo que parece evidenciar un interés firme por recabar una imagen completa y fidedigna de toda la provincia. Por ello nos inclinamos más a pensar en la pérdida de un tercer volumen que a la falta de contestación por parte de las Hermandades ausentes.

ningún momento anterior, mientras que sí los hubo en las 9 restantes.<sup>66</sup>

A pesar de esta documentación parcial, tanto por la ausencia de Hermandades como por la ilegibilidad de algunas de sus páginas, la información contenida, aunque dispar en su minuciosidad, aporta valiosísima información sobre la realidad hospitalaria de Álava. Una de sus principales virtudes es la sistematización, aproximada por lo menos, que se aprecia en las respuestas de las diferentes Hermandades, derivada de la concreción de las preguntas que se expresan en la Real provisión:

*“...para que en el termino preciso de dos meses, informasseis cada vno respectivamente de los Hospitales, que con qualquiera fin, ò destino huviesse en las Ciudades, ò Villas de vuestra Jurisdiccion, y Partido: de la fabrica, ò casa material, su estado actual, y menage, ò muebles para su servicio: los Enfermos, ò Personas, que en cada vno actualmente se assistian, y sus sirvientes, sus rentas, y su estado: en que forma se administraban, con expression de los que fuessen de Patronato, y à quien pertenecia, y de los que se hallaban maltratadas sus fabricas, ò ruinosas, y sin el menage preciso, que seria necessario para su reparo, y surtimiento, según su capacidad, y calidad de la poblacion donde estoviesse...”*

De esta manera, podemos acercarnos a varios aspectos del mundo sociosanitario de Álava en el siglo XVIII como es el número de centros hospitalarios, dónde se localizan, cómo se mantienen, quienes los atienden y administran, a quienes asisten y cómo, o qué tipo de cuidados se aplican en los mismos.

Hospitales alaveses.

El estudio de los hospitales en Álava en un sentido numérico o nominal y topográfico tiene ya algunos antecedentes bibliográficos de

---

<sup>66</sup> Hay que hacer notar que varias páginas en ambos tomos se encuentran ilegibles, lo que probablemente haga variar estas cifras, ya que posiblemente se cite en alguna de ellas a Hermandades que consideramos como ausentes.

interés,<sup>67</sup> que completamos con las aportaciones, inéditas hasta ahora, de esta Provisión Real de Felipe V.<sup>68</sup> Así, entre otros documentos y para Álava, existen dos esenciales que nos permite ver la evolución numérica de estos hospitales entre el siglo XVI y XVIII; por una parte la visita pastoral de la diócesis de Calahorra del Licenciado Martín Gil en 1556,<sup>69</sup> tal vez recopilando información para la concentración hospitalaria de Felipe II, y la citada Provisión Real de Felipe V en 1739 que presentamos en este trabajo.

A partir de estos datos documentales y bibliográficos previos, en Álava, desde la alta Edad Media y hasta la Provisión de 1739, se conoce la existencia de 76 hospitales,<sup>70</sup> aunque se presume que debieron existir muchos más, ya que en la documentación se cita a

---

<sup>67</sup> Nos referimos a los estudios generales de Gerardo López de Guereñu y de José Iturrate -este último con extensiones monográficas de gran interés-, así como al monográfico del Hospital Santiago de Vitoria de Marcelo Núñez de Cepeda. (Véase la bibliografía).

<sup>68</sup> La copia microfilmada del documento ha sido donada al A.T.H.A., donde podrá consultarse. No obstante nuestro entusiasmo al proclamar lo inédito del texto, hemos de hacer notar que existen copias parciales del mismo en alguno de los diferentes ayuntamientos que gestionaron la respuesta de cada Hermandad. Así por ejemplo el de Vitoria tiene copia de su contestación en el A.M.V. Libro de Decretos nº 52.

<sup>69</sup> Aunque no se tiene constancia clara, el exhaustivo recorrido que este visitador hace por los pueblos alaveses nos hace suponer que lo hiciera acatando una de las varias Provisiones Reales de Felipe II en el siglo XVI previo a la reducción y concentración hospitalaria; o por las disposiciones emanadas del Concilio de Trento para evitar el fraude en los centros benéficos; o por ambas cuestiones a la vez.

<sup>70</sup> La cifra está calculada tomando la referencia del espacio geográfico de Álava en el siglo XVIII, excluyendo el Condado de Treviño (Burgos), la Hermandad de Orozco (pasa a Vizcaya en 1558) y las incorporaciones pasajeras del siglo XV. Se incluyen sólo los hospitales conocidos documentalmente. En el caso de Vitoria se contabilizan, además de los de patronato particular de San Pedro y San José, los de Santiago (Nuestra Señora del Cabello), San Lázaro y Santa María de patronato municipal aunque se concentren en 1590 en el de Santiago. (El de Santa María volverá a la actividad como hospicio o asilo). No se incluyen los especulativos, entre los que podríamos citar los vestigios románicos asociados al Camino de Santiago de Alaiza, Gazeo o Armentia (Sede Episcopal altomedieval), cuya importancia sitúa a estos lugares especialmente ligados a la ruta jacobea; o los importantísimos conventos mendicantes de San Francisco y Santo Domingo en Vitoria a partir del siglo XIII; o la general creencia de que el primitivo Hospital de Santiago (entonces Nuestra Señora del Cabello) se ubicó sobre un hospital para peregrinos ya existente.

menudo traslados de enfermos a pueblos en los que no se ha documentado todavía la presencia de estos centros. Así por ejemplo en el hospital de Villarreal:

*“Yten 8 reales por la conducción de 4 pobres enfermos desde la Villa hasta el lugar de Luco...”* (año 1748).<sup>71</sup>

Una buena parte de ellos se encontraban sobre la antigua ruta jacobea y existían ya en la Edad Media,<sup>72</sup> otros se relacionan con monasterios y santuarios,<sup>73</sup> y, finalmente, con la ruta hacia los puertos de Bilbao y Castro de la lana castellana y el vino de La Rioja.<sup>74</sup>

Estos hospitales probablemente estuvieron presentes en todas las Hermandades alavesas, aunque sólo tenemos noticias en 35 de las 53

<sup>71</sup> Recogido por Iturrate Sáenz de la Fuente, José. “El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava”. *Ohitura* nº 4, 1986, pág. 32.

<sup>72</sup> El listado de pueblos donde se localiza algún hospital desde la Edad Media hasta 1900 en Álava es el siguiente. Extraído de los trabajos de Gerardo López de Guereñu, José Iturrate, Micaela Portilla, Manuel Ferreiro y Juan Lezaun. El número de pueblos no coincide con el de hospitales ya que en alguno existía más de un centro, caso de Vitoria con 5 hospitales documentados.

Abecia, Alegría, Amurrio, Apellaniz, Aramayona (¿Ibarra?), Arbulo, Arceniega, Argandoña, Arroyabe, Arvigano, Audicana, Ayala (¿Respaldiza?), Bambio, Barria, Berantevilla, Berguenda, Bernedo, Betoño, Caicedo de Yuso, Contrasta, Corres, Cripán, Domaiquia, Echavari, Elguea, Elvillar, Estavillo, Foronda, Galarreta, Guevara, Heredia, Iarduya, Labastida, Labraza, Lagrán, Laguardia, Lanziego, Larrea, Llodio, Luzuriaga, Maestu, Magdalena, Manurga, Marieta, Mendijur, Monasterio Angosto, Nanclares de la Oca, Narvaja, Oquendo, Orbiso, Oyón, Ozaeta, Peñacerrada, Pipaón, Rivavellosa, Salinas de Añana, Salinillas Buradón, Salvatierra, San Roman Campezo, San Román de San Millán, San Vicente Arana, Santa Cruz, Sarria, Trespuentes, Ullibarri Arana, Ullibarrigamboa, Villarreal de Álava, Villodas, Vitoria, Vitoriano, Zalduendo, Zambrana.

<sup>73</sup> Hay datos sobre hospitales en los monasterios de Barria y Estíbaliz, así como en el Santuario de Nuestra Señora de Angosto. Se relacionarían además con estos centros de culto y peregrinación los hospitales de villas como Villarreal (Santuario de Urkiola), Arceniega (Nuestra Señora de La Encina, donde hay referencias a un hospicio), Llodio (Santa María del Yermo), o Bernedo (Nuestra Señora de Ocón).

<sup>74</sup> Ambos caminos, el primero desde Burgos y el segundo desde Logroño, confluían en Vitoria convirtiendo a esta villa en potente base comercial, siendo muestra de ello su pronta nominación como Ciudad, en 1431, o aún más teniendo en cuenta que carece de mar, su participación en la Hermandad de las villas de la Marina de Castilla en 1296.

Hermandades de la Provincia, y de la mayoría de ellos apenas sabemos de su existencia por breves alusiones en la documentación municipal o parroquial de los pueblos en los que dieron su asistencia. Posiblemente la trayectoria de algunos fue ir agotando sus rentas, la de otros la de ir perdiendo su sentido con el decaer de la ruta jacobea, otros serían víctimas del hundimiento de la ruta de la lana, otros arruinados en alguna guerra o epidemia, y por supuesto más de uno borrado por la mala administración, el fraude o la usurpación; por ello, aunque para 1739 han desaparecido ya la mitad de estos hospitales,<sup>75</sup> ha de hacerse sobresaltar que, a pesar de todas las dificultades, siguen documentándose en la Provisión Real de Felipe V 43 centros en 27 Hermandades, un 56,57% de los hospitales conocidos. Aunque habrá que matizar que de ellos, solamente funcionan 36,<sup>76</sup> de los cuales 22 mantienen rentas que le permiten subsistir con autonomía,

---

<sup>75</sup> Al igual que en las Provisiones de Felipe II (y en las peticiones de los procuradores de las ciudades a Cortes), en 1739 Felipe V da a entender un panorama hospitalario ruinoso: “...se hallaba con noticias, que de los Hospitales, que estaban fundados en estos nuestros Reynos, assi para la curacion de Enfermos pobres, como para el acogimiento de hospedage de Peregrinos, se hallaban muchos de ellos casi abandonados, sus fabricas ruinosas, sus rentas, ò perdidas, ò mal administradas, vsurpadas, y sin disposicion alguna, para que sirviessen à los fines piadosos de su ereccion...”. (AHN sig. 16.629.15/16).

<sup>76</sup>La cifra hace referencia a los datos de la Provisión Real aunque puede variar algo según matizaciones. Por ejemplo el de Guevara lo están reconstruyendo y aún no funciona ese año, en Contrasta se expresa que no existe y sin embargo Iturrate documenta dos hospitales que perduran hasta el siglo XIX, el de Apellaniz que aparece funcionando en 1739 se vende en 1752, el de Corres ha desaparecido diez años antes, en 1728, y no lo menciona el informe de la Hermandad, etc.

Según la Provisión Real de 1739, recordando que probablemente esté incompleta, los lugares donde existen hospitales que funcionan en ese momento son los siguientes:

Alegría, Amurrio, Apellaniz, Aramayona (¿Ibarra?), Arbulo, Arceniega, Arvigano, Ayala (¿Respaldiza?), Berantevilla, Berguenda, Bernedo, Contrasta, Cripán, Estavillo, Galarreta, Heredia, Labastida, Laguardia, Lanziogo, Maestu, Magdalena, Manurga, Marieta, Mendijur, Nanclares de la Oca, Oquendo, Orbiso, Oyón, Ozaeta, Rivavellosa, Salinas de Añana, Salvatierra, Santa Cruz, Sarriá, Ullibarrigamboa, Villarreal de Álava, Vitoria.

sustentándose el resto mediante el patronato municipal, las limosnas o a través de la Hospitalera.<sup>77</sup>

La valoración de la suficiencia de estas rentas, en ese aproximadamente 50% de hospitales que las declaran en la Provisión, no es factible ya que los datos de los redactores son en general muy imprecisos:

*“...su rentta anual no eszede de tres mill y doscientos reales que se distribuien y gastan en reparos de la dicha cassa y manutención de la ropa de lino y lana de dichas tres camas [según] las quantas que a costumbra dar dicho capellan mayor de quatro en quatro años...”*<sup>78</sup>

En otros casos se explayan en la enumeración de fincas y heredades, censos, arbitrios y privilegios extraídos de la carta fundacional que no permiten una actualización del valor, y si se expresa ese valor no es sino un mero redondeo:

*“Las Renttas que esta tiene y administra solo son de las sus heredades nominadas en dicha clausula [de la carta fundacional y citadas con anterioridad] que ella misma por si las labra y disfruta [la hospitalera] y segun ynforme que se a precedido arrendandolas darian en los presentes tiempos poco mas de una fanega de ttrigo...”*<sup>79</sup>

Por lo tanto, y salvando el caso del hospital de Santiago y el asilo de Santa María en Vitoria que contaba con rentas y recursos no comparables con el del resto de la provincia, se ha procedido a valorar el alcance de las rentas de un modo indirecto, basándonos en el tipo de contratación de los hospitaleros. Uno de los sistemas para hacerse con un hospitalero era poner a renta el hospital y sus heredades (labrantío, monte, huerta, leña, etc.); así, cuanto más importante fuera la producción previsible de estos bienes, más atractivo sería su arrendamiento y más candidatos habría a pagar una renta establecida a

---

<sup>77</sup> Como veremos, algunos hospitales ceden la casa y sus heredades gratuitamente al hospitalero a cambio de que mantenga el edificio, además de la propia labor hospitalera.

<sup>78</sup> Provisión Real de 1739, hospital de Bergüenda.

<sup>79</sup> Provisión Real de 1739, hospital de Manurga.

cambio de residir en el hospital, atenderlo de acuerdo a sus fines testamentales o sinodales, y beneficiarse del usufructo de sus bienes raíces. De esta manera encontramos 10 casos entre los 36 hospitales activos en 1739, a los que habría que sumar otros dos casos en que los hospitaleros están asalariados: en total 12 de los 22 hospitales que declaran tener algún tipo de renta, serían los que podríamos señalar como verdaderamente autosuficientes. Las rentas de los otros 10 hospitales que declaran tenerlas quedarían reducidas a alguna huerta, era, derechos de leña, etc., que no serían atractivos para mantener a ningún hospitalero a renta, por lo que en la mayor parte de estos casos nos encontramos con que se cede gratuitamente la casa hospital a un vecino pobre, mayoritariamente una mujer, para que subsista en ella con esos pocos recursos a cambio de mantener el edificio y la finalidad del mismo.

En el análisis topográfico puede verse cómo la mayor parte de los hospitales que llegan al siglo XVIII se encuentran próximos a los Caminos Reales y principales: a Bilbao, a Guipúzcoa y Francia, a Pamplona, a Estella, a Logroño, a Burgos o a Valmaseda en la antigua ruta hacia Castro y Santander.

Esta correspondencia de los centros hospitalarios con los caminos es sugerente de una clara simbiosis. Un camino transitado aporta pobres al hospital que de esta manera ha de cumplir su obligación asistencial y refuerza su sentido caritativo, pero también la presencia de hospitales jalonando escalas del camino ejercería un poder de atracción en los viajeros para adentrarse por las pésimas rutas llenas de peligros que era la red viaria del siglo XVII. Así, mesones y hospederías para quienes tuvieran oficio o recursos, y los hospitales para quienes carecieran de ellos, colaboraban en el mantenimiento y seguridad de los caminos.

Parejo a la seguridad corre el control social, en este caso de la pobreza y la vagancia. Desde los albores del Estado Moderno, inherente a la propia configuración mercantilista del mismo, hay un intento de desvestir a la pobreza del halo sagrado con el que había sido investido por la mentalidad medieval, dando lugar ese proceso desacralizador a las primeras normativas de control sobre la



mendicidad y la pobreza por Carlos I en 1540, que se suponen inspiradas en la obra “*De subventionem pauperum*” que publicara Luis Vives en 1525, y por Felipe II en 1565. El integrismo religioso de la Contrarreforma impedirá desvincular a la pobreza de su carácter divino, sin embargo se reforzará la búsqueda, separación y castigo de los llamados “falsos pobres”, gentes sin oficio ni empleo que, teniendo capacidades físicas para el trabajo, vagabundean de un lugar a otro sobreviviendo a expensas de la caridad ajena, y a los que se considera y equipara con maleantes y delincuentes. Las propias constituciones sinodales de 1698 lo advierten y regulan en su constitución V (Libro tercero, título XIV), bajo el epígrafe de “*De la acogida, y permanencia de viandantes en las casas de Hospitalidad*”:

*“...que ninguna persona sea en ellos acogida, sino es yendo de camino, y por vna noche sola, salvo en caso de enfermedad, ò necesidad notoria, [...] Y para evitar grandisimos fraudes, que ay en esto, es necessario tener cuidado con vnos hombres vagantes, los cuales passan la mayor parte del año en vn territorio, mudando lugar, y Hospital cada quinze, ò veinte dias, dando turno à todos, en esta forma, con titulo de pobres, ò peregrinos; los cuales suelen hazer cosas muy perniciosas. Por tanto: Ordenamos, que siendo conocido anden en este giro, no sean admitidos en el Hospital: porque este solo camino ay para que salga este genero de gente de la Provincia, dexando la tierra libre”.*<sup>80</sup>

Entre las medidas que se sugieren para el control de esta masa desestabilizadora del orden social estarán las represivas de la reclusión en Hospicios, solución que los Ilustrados del XVIII llevarán a la práctica bajo la bandera de la reeducación y la regeneración moral,<sup>81</sup> pero antes de ello -y a la par- hubo otras soluciones, entre las cuales consideramos que jugó un papel de primer orden el sistema hospitalario distribuido por los principales caminos del reino. El Estado Moderno, y en el caso español más por su devenir económico

<sup>80</sup> Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698, página 523.

<sup>81</sup> En Vitoria en 1777, estando en su Junta, y atribuyéndosele la redacción de sus estatutos, Valentín de Foronda, máximo exponente de la Ilustración en Álava y “el primero entre los de segunda fila” en España.

y social en esos siglos, producía más pobres que oportunidades para utilizar esta mano de obra, y tampoco tenía capacidad para reprimir su presencia ni siquiera dentro de las grandes ciudades; por ello, nuestra tesis apunta a que una solución a la presencia de esta masa empobrecida y desarraigada que nadie quería, podría ser la de mantenerla pululando por los caminos sin opción al asentamiento, situación en la que nuestros hospitales jugarían un papel esencial. Por un lado acogían al pobre y le facilitaban descanso y alimento, pero sólo por una noche, obligándole a continuar su camino ya que no se le acogería por más tiempo salvo inclemencia metereológica o enfermedad, caso este último que se solventaba, salvo gravedad evidente, con el traslado al siguiente hospital, donde se le acogería y volvería a ser conducido hasta el siguiente punto del camino. De esta manera el pobre, mantenido, no delinquiría, y sólo pudiendo pernoctar, no se asentaría en el lugar; la pobreza -al menos la foránea y desarraigada- se convertía en pasajera dócil.

### Hospitaleros.

Según los datos extraídos de los informes en contestación a la provisión real de 1739, existen con seguridad hospitaleros a cargo de estos hospitales en 31 de los 36 que funcionan, no aludiéndose a ninguna figura en 3 centros y en los otros dos expresándose que no lo hay.<sup>82</sup> La denominación de hospitalero es invariable, excepto en el caso de Vitoria que conserva la denominación de síndico u hospitalero,<sup>83</sup> y la utilización de expresiones circunstanciales como la de “inquilino” para referirse a un hospitalero arrendado.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup> En Arbulo nadie quiere ser hospitalero y se turnan los vecinos cada vez que hay un transeúnte al que acoger. En Ilárduya “*nenguno a querido vivir en el con el gravamen preciso de ospedar a pobres*”. (Provisión real 1739).

<sup>83</sup> En los hospitales de Vitoria, al menos en los tres bajo patronato de la ciudad, se utilizaban nombres diferentes para la figura del matrimonio hospitalero que los atendía: en el hospital de Santa María, ejercieron bajo el nombre de Síndico o Alcalde, en el de San Lázaro o Casa de la Magdalena, denominándose Síndico al marido y Cofradesa o Mayordoma a su esposa, y en el hospital Santiago bajo el nombre de Síndicos u Hospitaleros. Al ser concentrados los tres en 1590 en el

En ese momento, se documentan 10 hospitales a cargo de una hospitalera, otros 10 con un hospitalero y 8 que son asistidos por un matrimonio. Sólo en 3 casos no se especifica, aludiendo a la *“persona que vive en dicha casa hospital”*. Se recalca que es una imagen puntual y que en modo alguno quiere decirse que en determinado hospital siempre se contrata a un hombre, mujer o matrimonio: así, en el hospital de Villarreal se nos cita a un hombre como hospitalero en 1739, pero en 1791 hay un matrimonio, Pedro de Vengoa y Eulalia de Zurbano, lo que se explica aquí por ser éste uno de los hospitales que se arriendan, normalmente por un tiempo determinado antes de volver a ofertarse. En otro caso como el de Apellaniz, en 1739 leemos que *“en ella havita un vezino pobre”*, mientras que en 1600 *“pedieron quenta de los bienes y rropas del dho hospital a Catalina de Ballejo, hospitalera, muger de Mario Lopez”*,<sup>85</sup> probablemente un testimonio de su decaimiento ya que *“las dhas casas que al presente están en la dha villa con su parte de hera y uerta y mas una sabana y quatro varas de sayal para los pobres”*<sup>86</sup> que deja el fundador en 1565 se convierte en 1739 en *“una casa pequeña bieja [que] no tiene dicho ospital renta ni vienes muebles ni raizes ningunos”*, anticipo de su venta en 1752.

Otro elemento de discusión reside en que si bien los casos de matrimonio y de hospitalera no ofrecen duda, en relación a los hospitaleros masculinos sí la hay, ya que tradicionalmente se ha usado el nombre del varón por el de ambos; así, en el hospital Santiago de Vitoria, como hemos visto en el capítulo anterior hasta nuestro trabajo, sólo se conocía el nombre de 3 hospitaleras por 40 de

---

hospital Santiago, quedó ya sólo la denominación de sindico u hospitalero, con mayor expresión del primero en la documentación. Cuando vuelve a utilizarse el de Santa María como asilo u hospicio se hablará de hospitalero.

<sup>84</sup> *“Lo primero 15 reales que tiene satisfechos el mayordomo a Santos Burundano, inquilino del santo Hospital de la Misericordia, por el avio de 5 pobres enfermos a los lugares confinantes de la villa de Ochandiano, lugar de Luco y lugar de Ullibarri, y sus desayunos”*. (hospital de Villarreal, año 1763).

<sup>85</sup> López de Guereñu, Gerardo. “APELLANIZ. Pasado y presente de un pueblo alavés”. Ohitura nº 0, 1981, pág. 223.

<sup>86</sup> Ibidem.

hospitaleros, teniendo la certeza de que prácticamente fueron siempre un matrimonio los contratados por el ayuntamiento. Por lo tanto, es posible que alguno de los 10 casos de varones hospitaleros pueda ocultar, en realidad, un matrimonio.<sup>87</sup>

De los 31 hospitaleros que se citan, en 23 casos encontramos varias formas de contratación o de acceso al puesto que hemos concretado en tres categorías: arrendados, beneficiados y asalariados, no quedando clara la relación existente en los 8 restantes.

Arrendados: en 10 casos parece extraerse la conclusión de que sus administradores arriendan el hospital en remate público por una renta anual al mejor postor. A cambio, el inquilino se beneficiaría del usufructo de sus bienes y asumiría la obligación de atender a los asistidos, usualmente pobres viandantes. Este modo de hacerse con los servicios de un hospitalero suele coincidir con los hospitales de más renta y con la presencia de matrimonios como inquilinos, aunque no siempre. El arrendamiento se hace bajo contrato por tiempo

---

<sup>87</sup> A través de los documentos de esta Provisión Real, podemos poner nombre a varios de los hospitaleros y hospitaleras que ejercían aquel año en los hospitales alaveses. En Berguenda, Joseph de Urbina, mujer e hijos. En Salinas de Añana, Maria de Torres viuda con hijos. En Amurrio, Domingo de Lezama y Maria de Landaluze su muger. En Echavarri, Tomas Saenz de Buruaga. En Manurga, Ana Lopez de Lettona. En Arvigano, Isabel Martinez, viuda, y su hijo Juan de Pinedo. En Nanclares de la Oca, Santiago Ladrón de Guevara. En Ozaeta, Magdalena Lopez de Gordoia, para que viva sin pagar renta. En Heredia, Feliz Lopez de Arrieta para que viva sin pagar renta. En Alegría, María Martínez para que viva sin pagar renta. En Marieta, María González de Lopidana para que viva sin pagar renta. En Aramayona (Ibarra), Andrés de Ybabe Arraga. Y en Villarreal de Álava, Pedro de ¿? como arrendado.

Además, gracias a los trabajos Iturrate y López de Guereñu, conocemos a alguno más, si bien sólo los documentados en el hospital de Villarreal pertenecen al siglo XVIII: Santos Burundano, inquilino del Santo Hospital de la Misericordia de Villarreal de Álava se cita en 1763 y 1768; Pedro de Vengoa y Eulalia de Zurbano en 1791; y nuevamente, pero sola, a Eulalia de Zurbano supliendo por enfermedad a Sebastián de Zuleibar, en 1793. Ya del siglo XIX, se documenta a Pedro de Elevalde en 1825, Felipa Ortiz de Zárate hasta 1889 y, sucediendo a ésta Isabel García. En Arceniega, Iturrate cita a Martin Ruiz de Alecha en 1595 y a María de la Cámara en 1648. Por su parte, López de Guereñu documenta en Apellaniz a "*Catelina de Ballejo*" en 1600.

determinado, en el caso de Villarreal, López de Guereñu documenta un contrato en 1746 de 6 años renovables de mutuo acuerdo, señalando además que en otro contrato de 1727 la renta sería de 121 reales, aunque doce años después, en nuestro documento de la provisión real de 1739, la renta será de 75, apreciable diferencia que no ha de entenderse necesariamente como una disminución del potencial productivo de las rentas del hospital, sino que puede deberse a la propia dinámica de las subastas o a la escasez de aspirantes.

Beneficiados: en 11 casos parece que se cede la casa hospital gratuitamente para que viva una persona como hospitalera a cambio de asistir en él y mantenerlo: “...*teniendo dicho Concejo y vecinos en el referido ospital puesto un hospitalero que viba en el sin pagar renta solo porque recoja y cuide de los pobres que ban a el...*”.<sup>88</sup> En esta situación coincide que no suelen existir rentas o son muy escasas: una huerta, una era, leña, etc. No parece que existan contratos escritos que regulen esta relación, si bien encontramos al menos una carta fundacional que trata de preservar posibles usurpaciones: “*sin que las dichas ospitaleras puedan adquerir ni adquieran [...] la propiedad de las dichas heredades y vivienda ezepto el dicho huso frutto*”.<sup>89</sup> La no existencia de contrato no nos permite saber si tenían una duración determinada, aunque da la impresión que una vez que accedían al cargo lo ejercían hasta su incapacidad o muerte.

Asalariados: finalmente, sólo en 2 casos se expresa claramente que son asalariados del ayuntamiento.<sup>90</sup> El primero el de Santiago en Vitoria, el único centro de la provincia que podríamos considerarlo como un hospital en el sentido curativo, y que lo dejamos marginado del estudio en cuanto que, por sus peculiares características

<sup>88</sup> Provisión Real de 1739, hospital de Heredia.

<sup>89</sup> Carta fundacional del hospital de Manurga en 1639 copiada en la contestación a la Real Provisión de 1739.

<sup>90</sup> En realidad debería ser en al menos 3 casos, ya que tenemos la seguridad de que en el asilo u hospicio de Santa María, en Vitoria, sus hospitaleros estaban asalariados; sin embargo, siendo fieles al contenido del documento de la Provisión Real sólo se expresa aquellos que así lo testimonian, y en el caso de Vitoria el documento presenta varias hojas prácticamente en blanco que nos impiden saber si se alude a este centro o no y, de hacerlo, en qué términos.

distintivas, podríamos considerarlo un dato extremo de la muestra. De mayor interés es el caso del lugar de Ullibarri Gamboa al ser un pequeño núcleo de población rural en el camino de Vitoria a Guipúzcoa y a Francia, que no es ni siquiera villa y sin embargo, es el único caso –salvando Vitoria– en que aparece mencionado un salario para quien asista el hospital que, en ese momento, es una mujer al parecer sola. Ese salario venía impuesto por el fundador en 1608: “*A qual dicho fundador ttambien deyo cinco camas vestidas [...] quattro para pobres y la quintta para la Hospitalera o sirvienta, a la qual le consigno diez y seis Reales de Vellon*”.<sup>91</sup> Otro dato de interés en la fundación de este hospital es que su fundador impone a los vecinos la obligación de tener habitable el mismo a cambio de la ejecución de una obra pía “*para aiuda de tomar estado las Huerfanas Hijas nativas de dicho lugar y alivio de estudiantes*”.<sup>92</sup>

En todos los casos, la permanencia del hospitalero estaba supeditada al cumplimiento de los fines caritativos del hospital, ya que a su falta era de aplicación el régimen sancionador dispuesto en las Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698, en las que, además, parece indicar el estado de asalariado como el régimen por defecto:

*“Todo lo qual mandamos se cumpla, y guarde, so pena, que los hospitaleros sean privados, y echados de los dichos hospitales, y pierdan el salario del tiempo, que huvieren servido”*.<sup>93</sup>

Situación que ocasionalmente se daba, como la recogida por José Iturrate en Arceniega en 1794:

*“[La Junta de Caridad] habiéndose congregado en la sacristía de la iglesia matriz, acordaron [...] dar poder a Don Tomás [Tomás Antonio de Murga, cura beneficiado más antiguo] para que tome*

---

<sup>91</sup> Real Provisión de 1639, Hermandad de Ubarrundia, lugar de Ullibarrigamboa. El salario en 1739 es de doce Ducados de Vellón anuales.

<sup>92</sup> Ibidem.

<sup>93</sup> Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698, página 520.

*cuentas al vecino de la casa del Hospital, mal administrada por el vecino que la habita*".<sup>94</sup>

En el caso de la cesión gratuita del usufructo del hospital al Hospitalero, caso que hemos denominado "Beneficiado", la mayor parte son mujeres, 5 casos, siendo 3 los casos de los hombres y otros 3 desconocidos, aludiéndose a un "vecino pobre". Lo que interpretamos dentro del contexto de solidaridad vecinal de apoyo mutuo al desamparado.

La nula acción de protección social del medioevo había dado como fruto la organización de sistemas colectivos de autoprotección que pervivirán durante toda la Edad Moderna hasta la cobertura de la beneficencia pública y la aparición de los seguros sociales. Son bien conocidas las reglamentaciones de gremios y cofradías que incluían diversas formas de ahorro y colecta para socorrer a miembros cuando no podían trabajar, transitoria o definitivamente, o a sus mujeres e hijos al quedar viudas o huérfanos, llegando algunos a mantener sus propios hospitales. Otro ejemplo serían las vecindades que entre sus funciones incluían el socorro a los enfermos, en un contexto que implicaba subsistencia y pobreza, y sobre todo acompañamiento en el ritual de la muerte. Probablemente las "arcas de misericordia" sean el ejemplo que más ha perdurado, hasta mediados del siglo XX, y el caso más claro de esta solidaridad vecinal: en estos arcones de madera con dos o tres cerraduras asignadas a distintas autoridades del lugar, sin que faltara la eclesiástica, se guardaba grano y simiente para afrontar potenciales males cosechas que se traduciría en hambre colectiva, y más habitualmente para repartir o socorrer a los más pobres del lugar –normalmente viudas- de tal forma que pudieran sembrar una pequeña cosecha y sobrevivir. Así, el hospital, sobre todo el que carecía de rentas o éstas eran escasas o nulas, se convertía en una solución más a las necesidades de protección de los integrantes del colectivo local cuando caían en las redes del pauperismo y, sobre todo, del desamparo familiar, ofreciendo el puesto de hospitalero a quien siendo válido se

---

<sup>94</sup> Iturrate Sáenz de la Fuente, José. "El antiguo hospital de la villa de Arceniega". *Scriptorium Victoriense* 31, separata, 1984, pág. 211.

encontraba en esa situación, a cambio de que prestara la asistencia caritativa que se le exigía, y dando directamente asilo al impedido.

Además de los hospitaleros, no suele faltar en estos hospitales la cita a la figura del administrador, encargado éste de llevar la contabilidad y de presentar cuentas al patrono –habitualmente el Concejo-. Aunque en algunos casos la figura queda diluida en la mención al ayuntamiento o al Concejo como administradores, lo más común es encontrarnos el nombramiento por parte de aquél de una persona para que ejerza esta función habitualmente por un año: “...y se administra por un mayordomo que anualmente se nombra en dicha Villa...”.<sup>95</sup> En varios hospitales está a cargo del cura o de alguna autoridad religiosa, bien por mandato fundacional, bien por nombramiento por parte del Concejo, apareciendo algún caso en que es el hospitalero quien hace también de administrador.<sup>96</sup> Además de la contabilidad, en algunos pueblos se encargan del traslado de enfermos: “...y al Mayordomo secular que anualmente se nombra un real por conducirlo en su caballería al Hospital mas próximo de la ruta que dirixe.”,<sup>97</sup> función de la que se encargan los hospitaleros en otros: “...al inquilino del Hospital [...] que los condujo a los tránsitos de Ochandiano y luco”.<sup>98</sup>

### Acogidos.

Tanto en los acogidos como en los cuidados prestados, los hospitales alaveses siguen escrupulosamente las recomendaciones de las Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698, recordadas

---

<sup>95</sup> Provisión Real de 1739, Hermandad de Estavillo y Armiñón, Estavillo. Alusiones parecidas en varios hospitales más.

<sup>96</sup> Es atípico ya que para prevenir fraudes los patronos preferían administrar sus rentas bien por sí mismos o a través de terceros, pero por ejemplo en Manurga la hospitalera administra las rentas y también en el hospital de Santiago de Vitoria encontramos puntualmente ese caso en 1647, cuando muere el hospitalero y su hermano, que era el administrador, continúa con la viuda haciendo al mismo tiempo de hospitalero y administrador.

<sup>97</sup> Provisión Real de 1739, Hermandad de La Ribera, Rivabellosa.

<sup>98</sup> Hospital de Villarreal, año 1758.



periódicamente en los libros de fábrica de estos centros por los visitantes de la Diócesis; de ahí que, aunque no se recoja de manera expresa en los informes de las Hermandades alavesas a la Real Provisión de 1739, probablemente la asistencia y cuidados de todos los hospitales fuera similar aunque, tomando literalmente lo expresado en cada uno de los informes obtengamos aparentemente otros resultados, ya que en el requerimiento no se solicita una mención a los destinatarios o a los cuidados que suministra, probablemente porque se dé por supuesto que si existe un centro hospitalario en funcionamiento ha de servir para los fines tradicionales que se recogen en las sinodales, y al no solicitar esta información hubo pueblos que incluyeron menciones a determinados aspectos de los asistidos y otros que primaron cuestiones diferentes.

Así, aunque en varios hospitales se mantiene el apelativo fundacional de servir para el acogimiento de peregrinos, en 1739 esencialmente dan asistencia a transeúntes pobres o mendicantes, tanto sanos como enfermos. Si bien en 2 casos excluyen expresamente el acogimiento de enfermos,<sup>99</sup> la mayoría, 22 hospitales, hacen mención a los enfermos de manera expresa, aunque los trasladan a otros hospitales en cuanto pueden hacerlo, haciendo noche o no en el centro. Del resto que no menciona con claridad a los enfermos habrá de suponerse que con mucha probabilidad los acogían. Al menos 6 de ellos incluyen a los enfermos pobres o impedidos de sus respectivas villas, aunque en 3 casos más tenemos la seguridad de que también lo hacían. Llama la atención la alusión en el hospital de Salvatierra de *“prefiriendo los pobres naturales de esta dicha villa”*, lo que parecería una excepción al ser el único pueblo que lo expresa, sin embargo, los estudios de Iturrate sobre los hospitales de Villarreal y Arceniega nos muestra numerosas citas en las que esta acción asilar

---

<sup>99</sup> Se trata de los hospitales del Valle de Ayala y del de Sarriá. En el primero la alusión no está del todo clara: *“pobres como no esten enfermos”*, pero sí en el segundo *“una casa que sirbe para el hospedaje y recogimiento de pobres transittantes y no para enfermos”*. En cualquier caso una excepción dentro de la norma habitual de estos centros.

para con los vecinos desvalidos tiene un valor esencial, lo que podría interpretarse en la misma dirección que la señalada por Salvatierra.

Entendemos este valor reconocido al hospital por sus propios vecinos como la aportación de un beneficio que superase la incomodidad de ser foco de atracción para los viandantes pobres, y quizá delincuentes. En la Provisión Real no se aprecia esa asistencia al propio pueblo con el detalle que nos muestra Iturrate en sus monografías sobre Arceniega y Villarreal, pero probablemente muchos de estos hospitales compartían forma de actuar. Así, podemos apreciar cómo la actividad del hospital para con sus paisanos iba más allá de la faceta asilar, entre otras cosas por el corto número de camas que disponían y porque muchos de los necesitados contaban con familia o con suficiente autonomía para no ingresar en él. En consecuencia, interpretando las mandas testamentales del fundador, o bajo el parecer del patrono o del administrador de cada momento, parece común utilizar las rentas del hospital como tesorería de una asistencia caritativa pública, para repartir limosnas a pobres, vestir a huérfanos o ayudar a quien ha sufrido un revés:

*“Yten 120 reales que costaron los vestidos hechos a costa de los bienes del Hospital a Toribio y Alexandro de Arraiz, naturales de esta villa, pobres huérfanos de padre y madre y de tierna edad, por estar desnudos”.*

*“Yten 63 reales y medio que durante el año de su mayordomía se han dado de limosna a diferentes pobres vecinos y naturales de esta villa...”*

*“Yten 5 reales pagados a don Santos de Landaburu por incendio que se le quemó una casa en el lugar de Urrunaga...”*<sup>100</sup>

En consecuencia, en un contexto histórico donde la frontera entre la subsistencia y la pobreza es enormemente frágil y cualquier contratiempo puede dejar sumida a una familia en las garras del pauperismo, es entendible la casi veneración de una población hacia

---

<sup>100</sup> Iturrate, Sáenz de la Fuente, José. “El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava”. Ohitura nº 4, 1986, pág. 34.

su pequeño hospital cuando es consciente que su existencia puede ser vital en el mantenimiento de esa frontera. De otra forma no podría entenderse, por ejemplo, el ímpetu reconstructor de Arceniega una vez que su hospital quedó derruido tras el embate de la primera guerra carlista.

### Cuidados.

A excepción del hospital Santiago de Vitoria, el único de la provincia que se acercaría al concepto actual de hospital en el sentido curativo del término, y en el que la oferta de cuidados por parte de los hospitaleros tendía a cierta profesionalización en estas fechas, ya que a partir del año 1741 los hospitaleros contratados serán también sangradores o cirujanos menores, en el resto de hospitales rurales<sup>101</sup> los cuidados ofertados son los que suelen denominarse “paradomésticos”; es decir, aquellos cuidados que una persona obtendría de su entorno familiar, de contar con él, para cubrir sus necesidades. En definitiva, el hospital y los hospitaleros suplirían al hogar y al apoyo familiar necesario a quienes no contaban con ellos, de modo transitorio como peregrinos o viajeros, o permanente como ancianos o viudas dependientes, ofreciéndoles sustentos básicos como el descanso, el calor o el alimento, y otros más avanzados como el suministro de medicamentos o el traslado a otros centros y lugares, pero también cubriendo necesidades superiores como las espirituales y el buen morir. Como ya hemos hecho con anterioridad, la excepción

---

<sup>101</sup> El término rural puede usarse en Álava sin riesgo de confusión, ya que en el siglo XVIII sólo la ciudad de Vitoria ofrece un carácter marcadamente urbano. No obstante, somos conscientes de que no debe usarse en un sentido genérico, ya que otros hospitales existentes en Vitoria (San Pedro y San José) no ofrecerían mucho más que los de los pueblos. Una diferenciación de ambos podría seguirse a partir de la denominación en las Constituciones Sinodales de Calahorra de hospitales de curación para aquellos, como el de Santiago, con mayores capacidades, orientados fundamentalmente al enfermo y con asistencia diaria, residentes o no, de médicos y cirujanos. Quedando únicamente la denominación del resto, orientados fundamentalmente al acogimiento de transeúntes y desvalidos, sin ser expresamente hospicios en el sentido ilustrado. Por tanto quizá una buena expresión diferenciadora sea la de hospitales de curación y hospitales de acogida.

del hospital de Santiago obliga a dejar al margen este centro y su peculiar idiosincrasia<sup>102</sup> para no desvirtuar el análisis del resto.

Estos hospitaleros carecían de una formación específica para su labor, la cual además en muchos pueblos no era continua sino ocasional, ya que su carácter paradoméstico llevaba implícito que cualquiera podría desempeñar esa labor, tanto hombres como mujeres,<sup>103</sup> aunque no debía ser tan sencillo o atractivo cuando por ejemplo leemos en Ilarduya que *“aunque se le agrego a dicho ospital dos heredades para alivio del que en el viviese ninguno a querido vivir en el con el gravamen preciso de hospedar a pobres”*.<sup>104</sup> No obstante esta carencia de formación teórica, muy probablemente, al menos en los hospitales más concurridos, la continuidad en la asistencia a lo largo del tiempo permitiría un aprendizaje empírico.

Entre los cuidados que advertimos en las manifestaciones que realizan los distintos pueblos podemos citar los siguientes:

Descanso: es el cuidado por antonomasia de estos centros, íntimamente ligados en su origen al peregrinaje. Se da cama por una noche al transeúnte, como mandaban las constituciones sinodales, *“salvo si el tiempo fuere tan recio, que no pueda caminar”* o en caso de enfermedad, en cuya situación podían pernoctar hasta su restablecimiento, fallecimiento o traslado, que era lo más habitual.

---

<sup>102</sup> Puede verse una monografía sobre el mismo en Ferreiro, M. Lezaun, J. Pradell, A. “La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del siglo XIX”. Colegio Oficial de Enfermería de Álava. Vitoria, 2006.

<sup>103</sup> Este carácter “paradoméstico” ha llevado a algunos autores a defender la teoría de que históricamente pudiera haber condicionado sexualmente la actividad enfermera al género femenino. En el caso alavés en ningún caso puede afirmarse una orientación de género hasta la llegada de las hijas de la caridad al hospital Santiago en 1826, incluso aún entonces dicha congregación era auxiliada por enfermeras y enfermeros para las distintas salas de hombres y mujeres. Todavía en la gran epidemia de cólera de 1855 se contrató esencialmente hombres para la atención enfermera a los coléricos en los pueblos alaveses. Nuestra opinión es que el desarrollo preindustrial de finales del XIX, los conflictos bélicos y las comunidades religiosas femeninas, sustrajeron al hombre de este oficio y no antes de mediados del XIX.

<sup>104</sup> Provisión Real de 1739, Hermandad de Asparrena, lugar de Ilarduya.

*“aia de rrecivir y dar quenta y rrecado a todos los pobres que vinieren a dormir a dicho ospital, solamente por una noche, ha no venir enfermos, de manera que no tengan fuerzas ni alivio, de poder ir a otra parte, pues en tal casso previene, se les de cama y lumbre hasta tanto que mueran o sanen”*.<sup>105</sup>

*“...con dos camas de ropa para el ospedage de [los pobres] que estan en dos alcobitas ordinarias contiguas [...] se allan echas y dispuestas con ropa limpia y decentte...”*.<sup>106</sup>

Ingesta e hidratación: dar de comer al hambriento y de beber al sediento, axiomas cristianos que son la base del movimiento hospitalario. En algunos hospitales se les preparaba la comida, en otros, se da a entender que se les facilita los alimentos para que los preparen los propios acogidos.

*“an de dar a los pobres alguna berdura conforme al tiempo para que puedan hacer olla con berduras y coman una escudilla de caldo caliente que desean segun yo esperimenttado”*.<sup>107</sup>

*“Yten [...] dos reales del alimento de un enfermo que se tuvo en dho Hospital dos dias hasta haberse aliviado de su enfermedad”, “...y lo restante en alimento de pan y carne a los mismos, por hallarsen imposibilitados en dho hospital”*.<sup>108</sup>

Termorregulación: varios hospitales hacen expresión de que participan de la suerte de la leña como un vecino más; otros tienen como rentas propias el uso de hayedos y robledales. Junto al descanso es la atención que más se cita en la Provisión Real.

*“que a los pobres que acudieren a dicho hospital no les faltase leña para enjugarsen quando bengan mojados y se puedan calentar”*.<sup>109</sup>

---

<sup>105</sup> Provisión Real de 1739. Arvigano, copia de Carta fundacional.

<sup>106</sup> Provisión Real de 1739, Ozaeta.

<sup>107</sup> Provisión Real de 1739, Echávarri, copia de carta fundacional.

<sup>108</sup> Recogido por José Iturrate en el hospital de Villarreal. Op. Cit.

<sup>109</sup> Provisión Real de 1739, Manurga, copia de carta fundacional.

*“...y para que assi les hagan lumbre obligo e ypotteco [...] las ramas de treinta y zinco robles que ttengo [...] y no se cuertten por pie y las ramas estten permanenttes para este efecto”.*<sup>110</sup>

Higiene: dentro de los cánones del momento no es una higiene personal, sino del medio: lencería colada, suelos barridos, escudillas lavadas...

*“...ai en él una muger de mas de zincuenta años que cuida de la limpieza de casa y de la ropa...”.*<sup>111</sup>

*“...se ttiene sattisfazion del cuidado de dicha hospittalera y sus hijos en el buen tratamiento y hospedaje [...] limpieza como ttodo lo dicho es muy publico y nottorio”.*<sup>112</sup>

Espirituales: Varios hospitales hacen referencia al carácter piadoso de los hospitaleros. Las constituciones sinodales, por su parte, ordenan que se rece y se diga la Doctrina Cristiana.

*“Item, que en los dichos Hospitales aya vn Oratorio con su Cruz, è Imágenes, y Agua Bendita; y el que tuviere cargo de dicho Hospital, haga que los pobres rezen en èl, y reciban Agua Bendita antes que se acuesten, y en levantandose”.*<sup>113</sup>

*“Que habiendo alguno o algunos [pobres] hagan que todas las noches recen el Rosario a María Santísima, por ser muy de su soberano agrado”.*<sup>114</sup>

No obstante, fuera de estas recomendaciones sinodales y de sus visitadores, José Iturrate recoge en Arceniega un documento más concreto:

*“Yten pagué por las estampas de María Santísima del Rosario y la de San José 16 reales, y las coloqué a los lados del santo Cristo, con el objeto de que la hospitalera rece el rosario delante de dichas*

---

<sup>110</sup> Provisión Real de 1739, Echávarri, copia de carta fundacional.

<sup>111</sup> Provisión Real de 1739, Estavillo.

<sup>112</sup> Provisión Real de 1739, Salinas de Añana.

<sup>113</sup> Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698.

<sup>114</sup> Hospital de Villarreal, nota del visitador en 1764.

*estampas, y encomiende a Dios, en compañía de los pobres del pueblo... ”.*<sup>115</sup>

Terminalidad y postmortem: acompañamiento en la muerte, amortajamiento y entierro, eran también tareas que competían al hospitalero, aunque al parecer era una acción extra en sus competencias ya que suele cobrar por ello. No viene recogido en los informes a la Provisión real, pero en los estudios de José Iturrate sobre los hospitales de Arceniega y Villarreal aparecen con frecuencia en los cobros de los hospitaleros:

*“Yten [...] 64 rls por el gasto de dos pobres forasteros que murieron en referido hospital. Yten por las mortajas y ceras 28 reales ”.*<sup>116</sup>

*“Yten 14 reales pagados a Eulalia de Zurbano, hospitalera, por lo que suplio en la enfermedad de Sebastian de Zuleibar, vecino de Ochandiano, quien murio en dho Hospital, y en cuidar a otro enfermo frances ”.*<sup>117</sup>

Traslado: en caso de enfermedad de un transeúnte, en cuanto se podía eran trasladados al siguiente pueblo para acercarle a su destino, o bien conducido a un hospital con más recursos para su curación.

*“Se le admite en data 30 reales por la condusion de quinze pobres enfermos con caballería desde dicho Hospital hasta el lugar de Luco y lugar de Ochandiano, yncluso los alimentos que se les prestó ”.*<sup>118</sup>

*“...se dava en cada un año una fanega de trigo a la ospitalera por el travaxo ocupación y asistencia que tenia con dichos pobres*

---

<sup>115</sup> Iturrate Sáenz de la Fuente, José. “El antiguo hospital de la villa de Arceniega”. Scriptorium Victoriense 31, separata, 1984, pág. 221.

<sup>116</sup> Ibidem.

<sup>117</sup> Iturrate, Sáenz de la Fuente, José. “El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava”. Ohitura nº 4, 1986.

<sup>118</sup> Ibidem.

[...] y al *Maiordomo* [...] un real por conducirlo en su caballería al Hospital mas proximo de la ruta que dirixe”.<sup>119</sup>

Iturrate recoge un documento muy expresivo de estos traslados, mostrando cómo un enfermo pobre era trasladado de pueblo en pueblo, cada uno haciéndose cargo en su jurisdicción, desde Burgos a su pueblo, Mañaria, en Vizcaya, y al que además ayudan económicamente con una limosna:

“Yten [...] 4 [reales] a un pasajero pobre enfermo de Mañaria que traian de Burgos y le condujeron desde el lugar de Urrunaga a esta villa”.<sup>120</sup>

Limosna, seguridad: Los transeúntes seguían su camino con una ración para la jornada que les permitiera llegar al siguiente hospital, a los lugareños que no podían ser acogidos en el centro, se les facilitaba recursos para la subsistencia.

“...ymbertia en dar a cada uno de los que benian impedidos un *Quarton de pan, un par de guebos y medio quartillo de vino...*”.<sup>121</sup>

“Yten 36 reales dados de limosna [...] a cinco enfermos pobres y vecinos de esta villa”, “Yten 16 reales dados [...] a Juan de Zaldivar, pobre enfermo; 8 a Antonia Ortiz de Zárate, tambien pobre enferma...”.<sup>122</sup>

Avanzados e instrumentales (medicina y barbería): En la mayor parte de los casos, los contratos del municipio con éstos incluían la asistencia gratuita al hospital, por lo que no es fácil encontrar menciones a los mismos en la documentación referida a los hospitales, ya que básicamente consta de apuntes económicos y los gastos correspondientes a aquellos profesionales quedaban englobados en su salario. Indirectamente podemos ver su acción a través del gasto de farmacia:

---

<sup>119</sup> Provisión Real de 1739, Rivabellosa.

<sup>120</sup> Iturrate, Sáenz de la Fuente, José. “El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava”. Ohitura nº 4, 1986. Pág. 53.

<sup>121</sup> Provisión Real de 1739, Rivabellosa.

<sup>122</sup> Recogido por José Iturrate en el hospital de Villarreal. Op. Cit.



*“...sus reditos [se] convierten y consumen en reparos de dicha casa hospital comprar algunas vasijas y muy poca ropa y pagar al voticario el corto salario que tiene asignado”*.<sup>123</sup>

Iturrate recoge en Arceniega citas algo más tardías en el mismo sentido:

*“Al cirujano y boticario, por la asistencia y botica necesaria para los enfermos de Hospital”, “...pagué a este boticario para una medicina de Manuel de Barcena, con la que aseguró el Físico que sanaría este enfermo y pobre...”*.<sup>124</sup>

En Villarreal, Iturrate recoge una curiosa utilización del cirujano para administrar la caridad, probablemente en relación al conocimiento que adquiriría sobre el terreno de las necesidades de los enfermos:

*“...da en gastos dicho mayordomo veinte reales esntregados a Pedro Antonio Saenz de Viteri, Maestro Cirujano, para repartir entre pobres enfermos necesitados de la villa”*.<sup>125</sup>

Administrativos: Aunque el requisito de anotar las entradas y salidas, así como los fallecimientos, estaba indicada para los hospitales de curación, lo que en Álava se reducía básicamente al hospital Santiago Apóstol de Vitoria, sin embargo, aparecen anotaciones en muchos libros de fábrica de estos centros rurales como asiento contable, que hace las veces de registro no sistematizado.

*“Ordenamos, y mandamos, S.S.A. que en cada Hospital, donde ay copia de enfermos, y curacion, aya vn libro, para assentar en èl los que se vienen à curar: y el assiento sea en toda forma, y con claridad; poniendo en èl el nombre, Patria, y estado de los enfermos: y si*

---

<sup>123</sup> Provisión Real 1739, Labastida.

<sup>124</sup> Iturrate Sáenz de la Fuente, José. “El antiguo hospital de la villa de Arceniega”. Scriptorium Victoriense 31, separata, 1984, pág. 221.

<sup>125</sup> Iturrate, Sáenz de la Fuente, José. “El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava”. Ohitura nº 4, 1986, pág. 38.

*falleciere en el Hospital, se ponga tambien la nota de muriò con su dia, y año... ”.*<sup>126</sup>

### V. 2. 3. Conclusiones.

- Se distinguen 3 modalidades de hospitaleros: el asalariado, el arrendado y el beneficiado.
- En sus actividades, de cuidado básico o inmediato, se conserva la idea tradicional de suplir la atención familiar de la que carecen los acogidos en estas casas (paradoméstica).
- Hospitales y hospitaleros formaban, dentro de la villa en la que se asentaba, parte de la red de solidaridad vecinal y apoyo mutuo tradicional que limitaba el desamparo del pobre o del anciano sin apoyo familiar.
- La mayor parte de los hospitales están junto a vías principales de comunicación, lo que favorecía el tránsito de personas en una situación de pésimos caminos.
- La red hospitalaria moderna pudo jugar un papel de control social evitando el asentamiento de vagabundos en las villas, así como de la delincuencia al facilitar medios de subsistencia a los menesterosos.

### V. 3. Recursos humanos sanitarios en la Álava del XVIII.

Al igual que el documento de la provisión real de Felipe V de 1739 que acabamos de ver, que es una privilegiada mirada al sistema hospitalario alavés del XVIII y a quienes trabajaban en ellos desde el cuidado enfermero básico, contamos también con otros dos documentos de gran valor para ampliar la imagen de los actores sanitarios alaveses en esta primera mitad del siglo. El primero de ellos se trata de un documento que podríamos englobarlo en los censos de pobreza, ya que su finalidad era determinar quiénes de los moradores

---

<sup>126</sup> Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698.

tenían la consideración de vecinos y cuántos podían englobarse dentro del concepto de necesitado de las ayudas benéficas; uno de sus puntos de mayor valor reside en que aporta la valoración de sus propios coetáneos a partir de lo que ven en aquel momento, y no son interpretaciones contemporáneas a partir de datos temporalmente descontextualizados. Está realizado por los mayores de las vecindades vitorianas y por vecinos de diferentes concejos alaveses, si bien éstos últimos es evidente que son muy parciales. El documento puede consultarse en el A.T.H.A., sig. D.H. 1238, nº 1-B. (año 1732) y proporciona además del nombre, la ocupación, dónde reside y cierta orientación de sus capacidades de supervivencia, siendo más claros en los casos en que determinan la pobreza, ya que ésta suele categorizarse de solemnidad. No expresa si ejerce en el mismo lugar de residencia, pero como eso era lo habitual podemos suponerlo sin gran riesgo.

El segundo de los documentos puede consultarse en el A.H.P.A., sig. ES.01059.AHPALAVA/38.1//31741 y se corresponde con una *“Relación de títulos de cirugía, protomedicato, álgebra, botica y sangrado presentados al Diputado General de Álava”* al año siguiente, en 1733, que enmarcamos dentro de las políticas de Felipe V para ordenar la caótica situación sanitaria en España. Se trata de un documento también incompleto, faltando hojas al final,<sup>127</sup> pero que se complementa con el anterior, tanto por la consecución de fechas como por los datos que aporta. Certifica la legitimidad de sus titulaciones, y aporta datos sobre su origen y residencia, suponiendo igualmente que ejercen donde residen como vecinos o, como mucho, en sus alrededores.

A pesar de que, salvo la matrona de Vitoria, no se citan las de los pueblos, probablemente por estar casadas y no ser contabilizadas como vecinos,<sup>128</sup> puede decirse que con el conjunto de estos datos,

<sup>127</sup> No aparece, por ejemplo, ningún vitoriano.

<sup>128</sup> Los listados se hacen tomando como unidad la condición de vecino, lo que incluye al miembro varón adulto cabeza del núcleo familiar, así como a otros miembros varones que o bien son autónomos (un hijo con oficio por ejemplo) o bien ya tienen la condición de vecinos de antes (un padre dependiente, por ejemplo),

unidos al conocimiento de hospitales y hospitaleros en la provincia que describíamos en el apartado anterior, prácticamente podemos dibujar el panorama real de los recursos humanos -salvando la referida ausencia de las matronas- y estructurales disponibles en Álava en aquellos años, lo que nos proporciona dentro del modelo de salud, una buena visión del factor de estructura sanitaria. Qué duda cabe de que la ausencia de las matronas en los listados, muestra una vez más del machismo imperante en la época, emborrona algo el dibujo, pero aún y todo lo consideramos de un gran valor.

### V. 3. 1. El censo de vecinos de 1732.

Encargado de su realización a los mayores de las vecindades vitorianas y a determinados vecinos y autoridades en el caso de los pueblos, parece que la finalidad de esta relación era conocer la situación de pobreza en la que se encontraban algunos vecinos para poder actuar en consecuencia. Desconocemos si el censo tuvo alguna aplicación práctica, nosotros no la documentamos a corto plazo, pero es posible que sirviera para un primigenio planteamiento de hospicio de alcance provincial, haciendo paralelismo con la relación que veíamos en su apartado correspondiente respecto al censo de pobres de 1776, si bien en este último caso su alcance era sólo vitoriano.

A continuación transcribimos las partes del listado en los que se citan a vecinos afines a las profesiones sanitarias. Como se verá incluimos a médicos y boticarios, además de a cirujanos -la práctica totalidad romancistas además de sangradores-, barberos, matrona y hospitalera, ya que la finalidad es tratar de ver el conjunto de la respuesta sanitaria alavesa desde el punto de vista de sus recursos

---

incluyéndose sólo a las mujeres cuando éstas son viudas (por eso aparecerá por ejemplo nuestra hospitalera Francisca de Nanclares). Dentro de la categoría de vecinos quedaban excluidos algunos varones que únicamente tenían la categoría de residentes. La diferenciación tiene plena vigencia en la actualidad en muchos concejos alaveses, donde los vecinos disfrutaban de algunos beneficios, como la suerte de leña en el monte comunal, y ciertas obligaciones, como las veredas o trabajo comunal, quedando excluidos otros habitantes a los que sólo se les reconoce la categoría de residentes.

humanos oficiales. Dado que se ha de entrecortar muchas veces la transcripción, hemos decidido no entrecomillarla ni entrecorchetarla, por lo que salvo aclaraciones entre paréntesis y los puntos suspensivos aludiendo a saltos en el texto, ha de entenderse que se trata de citas textuales.

De todos los Veze; Moradores y Viudas de que se compone la M,N, y M,L, Ciudad de Vitoria y Lugares de su Jurisdiccion.

1ª Vecindad de la Herreria

Morador: Joseph de Escudero Zirujano tiene un Criado y vive en Casa de Renta

Pobres de solemnidad: Jazinto Fernandez de Goveo maestro Barbero vive en casa de renta

2ª Vecindad de la Calle de la Herreria

Vecinos: Manuel Lopez de Briñas, maestro Zirujano. Vive en casa de renta y tiene diferentes criados

1ª Vecindad de la Calle de la Zapateria

Vecinos: Francisco de oro Apoticario lo exerze por si solo y bibe en casa de renta

Pedro de Marichalar apoticario lo ejerze por si solo y bibe en casa de renta

2ª Vecindad de la Calle de la Zapatería

Vecino: Matheo de Cariñano Maestro Zirujano, mantiene un aprendiz; tiene así mismo en su compañía a Cristobal el Votaeta su suegro quien lo mantiene por no poder travaxar en su exercizio por los dilatados años, y aunque este suxetto tiene una casa y es en la que ambos viben tiene Zierta pensión. Sin que se les conozcan ha ambos otros vienes.

Vecino: Ignacio de Uribe Maestro Zirujano viba en casa de renta, mantiene dos criados sin que se le conozcan otros bienes.

Vecino: Francisco de Amezaga Maestro Ziruxano vive en casa de renta mantiene dos Criados sin que se conozcan otros vienes.

3ª Vezindad dela Calle de la Zapateria

Vecino: Miguel Diaz de Durana, Barbero, Vive en casa de renta

Vecino: Lucas de Ocariz barbero. En casa de renta

Vecino: Francisco Antonio Jil Maestro Ciruxano. en casa de renta

4ª Vezindad de la Calle de la Zapateria

Vecino: Anton de Bicuña Maestro Barvero; pobre de solemnidad, vive en casa de renta

1ª Vezindad de la Correria

Vecino: Joseph de Muga Maestro Boticario. Bibe de su ofizio

3ª Vezindad de la Correria

Solteras: Catalina de Yvanes, comadre de niños vive de su trabajo y en casa de renta.

Vezindad de la Villa de Suso

Francisco de rubias Portero de Vara de esta dicha Ciudad y almottazen deesta dicha M.N Provinzia. Vive en el hospital de Sta. Maria de que es Patrona esta dicha M.N. Ziudad cuidando de diferenttes pobres mugeres que havitan en el que son pobres de solemnidad y andan ..., no se le conozen vienes rayzes ni muebles de considerazion

1ª Vezindad de la Calle de la Cuchillería

Morador: Juan Albaro, Medico asalariado por la ziudad

Viudas: Francisca de Genclares (sin duda Nanclares)  
Hospitalera

1ª Vezindad de la Calle de la Pintoreria

Vecino: Gabriel de Yriondo Maestro Zirujano, bibe en casa propia y bibe dezentemente, y tiene dos criados.

Moradores: Miguel de Aguirre maestro Zirujano bibe en casa de rentta

Vecindad de Sto. Domingo defuera

Vecino: Pedro de el Carpio Zirujano, vive en casa de Rentta y tiene algunos vienes muebles y solo con su oficio vive

Por su parte, en la provincia documentamos los siguientes expedientes:

Amarita.

Esteban fernandez de Eribe zirujano es vezino i goza de oficios pastos y aprovechamientos conzexiles i rentero en quatro fanegas i suio seis i en dos bueies i un rozin seiscientos reales

Martin garcia de garaio Zirujano es Vezino i goza lo mismo que el de arriba i ... en siete fanegas i ... otro tanto i en una yegua i un rozin duzienos reales

Salinas de Añana.

Nicolas de Angulo zirujano vive de el salario en que esta conduzido y no ttiene otro aprovechamiento

Miguel de Angulo su hijo lo mismo

Joseph de Briñas lo mismo

Andres de lalastra Botticario tiene casa y vive de su ofizio

Nicolas gonzalez medico vive del salario en que esta conduzido y no se le comunica Bez ... ni aprovechamiento

Bernedo.

Joseph de Gosoaga Cirujano desta Villa y su partido, vive del salario y conducta que los Pueblos le contribuen sin que tenga hacienda propia ni a renta ni es Vezino ni goza de los probechos ofizios ni cargos de la republica.

El Lizdo. Dn. Joseph de Zaroalde Medico asalariado en esta V<sup>a</sup> y su partido vive del salario que los Pueblos le contribuen por su exerzizio y no es Vezino ni goza de los aprovechamientos ni cargos

onrosos de la republica ni se le conoze vienes algunos mas de un rozin para su servizio.

PabloYbañez de Susso Boticario de esta V<sup>a</sup> y su partido y del salario que le contrivuien los Pueblos vive pero no se le conoze vienes algunos ni es Vezino ni goza de los aprovechamientos ni cargos onorificos de la republica

Berguenda.

Vizente perez de Nanclares y andres de Urtuzar no son vezinos se mantiene deel salario de zirujanos por que estan conduzidos y no tienen aprovechamiento ni hazienda

Hermandad de Estavillo.

Matthias de Albiz maestro Cirujano y solo vive con lo que los Pueblos le contribuien por su conduzion no es vezino ni goza de los oficios y aprovechamiento conzejiles

Hermandad de Morillas.

Marcos de Arberas Zirujano deesta juzon. No se conozen mas bienes que el salario, que se le da, Y no se le comunican ... conzajiles ni ofizios

Salvatierra.

D. andres de Bordas Medico asalariado de esta Villa vive solo de su Salario que tiene de conduzion no es Vezino ni se le contribuyen aprovechamientos y oficios conzexiles

Barttome De Jaureguizar Baticario no tiene salario por la villa y solo vive de lo que los particulares le contribuyen por conduzion y rezeta, no goza aprovechamientos ni oficios de republica

Ygnacio de Arriaran Zirujano es Vezino y goza de cargos conzejiles, no tiene conduzion con la villa y se alimenta del salario particular trae a Renta Diez Fanegas de tierras y gana por ellas nuebe fanegas de trigo de renta.

Francisco Antonio Garcia Zirujano es Vezino y goza de cargos conzejiles no esta de asalariado ni tiene bienes propios ni a Renta, goza oficios y aprovechamientos conzejiles



Joseft de Bajos Ziruxano es Vezino goza los aprovechamiento y oficios Conzejiles tiene casa propia ... y ocho fanegas de tierras de sembrar dura que pueden redituar siete ducados y cinco fanegas de trigo no tiene conduzion con la villa, vibe del salario particular

Diego Ygnacio de Arriaran Ziruxano es Vezino goza de los oficios y aprovechamientos conzejiles, no tiene conduzion con la villa, bibe del salario particular y paga de renta nueve ducados por la Casa

La villa de Alegria.

Francisco Yñiguez de Gordoa, Cirujano tiene hacienda raiz

Domingo Yñiguez de Gordoa Cirujano paga de renta nueve fanegas de trigo de renta al año y su ganado vale veinte ducados

Arbulo.

Pasqual martinez de Arbulo Cirujano no tiene hacienda raiz paga de renta quize fanegas de trigo al año y vale su ganado mill reales

Nicolas Matinez de Arbulo Cirujano su hacienda raiz vale una fanega de trigo de renta al año y paga quatro fanegas y ambos viven de su ofizio.

Albeniz

Pedro Saez de Munain, vive de lo que le contribuien los lugares por su conducion, no tiene hacienda Raiz propia ni de renta, no es Vecino, ni se aprovecha de los emolumentos conzegiles, si bien goza de los honores de Hermandad

Maestu.

Anttonio de Echebarria Zirujano de dicha Villa y su parttido no es Vezino ni goza de los aprovechamientos y cargos onoríficos de la villa ni hermandad ni siembra en esta solo se le conoze media fanega de sembradura de hazienda propia y vive del salario y conduzion que le dan los Pueblos

Leorza

Zirujano, Anttonio Perez de Arenaza

Santa Cruz de Campezo.

Joseph de Chavarria Ziruxano noes vezino ni tiene vienes algunos conozidos vive de el salario que le dan los Pueblos por su conduzion

Dn. Mathias Chasco Medico de dicha villa y su partido vive de lo que le contribuien los Pueblos de su partido por su conduzion no es vezino ni goza de los aprovechamientos y honores de la Republica ni tiene bienes algunos conozidos mas de un Macho para el servizio de su persona que vale setenta ducados.

Juan Ramos de Zalama Boticario de dicha villa y su partido es Vezino y como tal goza de los aprovechamientos y cargos onrrosos del Pueblo, paga seis fanega de trigo de renta y tiene diez y ocho de sem ... de hazienda propia.

Antoñana.

Gregorio Lopez de Ybarra Zirujano conducido en dicha villa y su partido vive deel salario que le contribuien los Pueblos por su exercizio no tiene hazienda conozida, mas de un rozin para el servizio de su persona ni es vezino ni goza de los provechos conzexiles ni cargos dela republica ni ermandad

La Villa de Contrasta.

Francisco Fernandez Cirujano desta V<sup>a</sup> y su partido que vive deel salario y conducion que le dan los Pueblos y no sele conoce vienes raizes alguno ni ganados si solo una Pollina que vale quatro ducados, no es vezino ni goza de los ofizios de la republica ni de los aprovechamientos conzejiles.

La Villa de San Vizente (de Arana).

Zirujano, Gregorio Ochoa de Alda no es vezino ni tiene vienes alguno conozidos ni esta casado, vive en compañía de Josepha Fernandez su madre que esta viuda y lo pasa con el salario que le contribuien los Pueblos de su conducion no siembra cosa alguna ni goza de los honores ni provechos dela Villa

Llodio.

Zirujanos, Antonio de uriondo, Miguel de Garaita ... Los cuales solo viven de lo que adquieren en su oficio sin que se les conozcan otros arvitrios, ni se les aian repartido oficios conzejiles

Hermandad de Arrastario

1 Zirujano

Vemos pues una gran dispersión de estos profesionales por toda la geografía alavesa, y aunque el listado no esté completo y generalizar pueda tener sus riesgos, consideramos que debemos llamar la atención sobre algunos elementos. En primer lugar nuestra figura más representativa, el barbero, está en franco retroceso, recluido en Vitoria y recayendo sobre ellos las escasas alusiones a pobreza, habiendo sido desplazados por un mayor número de cirujanos que además, como veremos en la relación siguiente, han sido aprobados por el protobarberato de sangradores y, en algunos casos, de algebristas. Además algunos de estos cirujanos, romancistas no lo olvidemos, tienen criados a su cargo (aprendices) mientras que los barberos, aunque sean maestros, no los tienen, evidencia -pensamos- del cambio que se está produciendo: si un chico entrara como aprendiz del barbero sólo podría llegar a ser barbero con los años de práctica a su lado, mientras que en el mismo tiempo un aprendiz de cirujano podría examinarse de sangrador -prácticamente equivalente a barbero- pero además, la misma práctica le posibilitaba llegar a ser también cirujano; luego las ventajas eran evidentes.

Un segundo elemento es que, exceptuando los casos de pobreza de solemnidad, la mayor parte de los barberos y cirujanos de Vitoria vive en casas de renta, de alguna manera muestra de un poder adquisitivo ajustado,<sup>129</sup> lo que parece corresponderse con la imagen de

---

<sup>129</sup> Habría que matizar esto, ya que Vitoria está en esos momentos encorsetada por sus murallas creándose arrabales extramuros como vía de escape a esa concentración. Por tanto, lograr vivir intramuros de por sí no era fácil y evidentemente se traducía en buenos ingresos por alquiler, luego los propietarios

los pueblos en los cuales muchos de los cirujanos no gozan de la etiqueta de vecino, la mayor parte no tiene bienes propios, ganando un jornal ejerciendo particularmente o acordando un salario con varios lugares, hermandad o partido, incluso algunos han de complementar sus ingresos con algún pequeño labrantío o algún animal de matanza.

El tercer elemento es tal vez el más importante para comprender la calidad de la asistencia sanitaria en el mundo rural alavés. Quitando Vitoria y los grandes pueblos, no hay médicos en la inmensa mayoría de los lugares que solamente se ven asistidos por cirujanos y éstos, en modo alguno son profesionales formados académicamente sino meros prácticos que han logrado el aprobado del protomedicato, entre otras razones de peso, por la raquíca presencia médica y por la aún mayor de cirujanos latinos, sólo uno en Vitoria, que obligaría a tener mano ancha en sus evaluaciones.

V. 3. 2. La relación de títulos presentados al Diputado General de Álava de 1733.

Como hemos comentado, puede localizarse en el A.H.P.A., sig. ES.01059.AHPALAVA/38.1// 31741 este documento correspondiente a la “*Relación de títulos de cirugía, protomedicato, álgebra, botica y sangrado presentados al Diputado General de Álava*” de 1733. Sin lugar a dudas debe enmarcarse dentro de las medidas conducentes a frenar el intrusismo, como la seguida en Vitoria en 1715, y que alentaban las reales provisiones como las de 1728 ó 1736, aunque también documentamos esas medidas en otros lugares, así por ejemplo en la Hermandad de La Ribera en 1729 hay unas diligencias del 29 de abril del alcalde ordinario de dicha Hermandad que ordena presentar títulos a quienes en su jurisdicción ejercían la medicina, la cirugía, farmacia o realizaban sangrías.<sup>130</sup>

---

preferían ser rentistas a vender sus propiedades, máxime con la inestabilidad monetaria de aquellos tiempos.

<sup>130</sup> A.H.P.A. ES.01059.AHPALAVA/1.7//33903.

Debe aclararse que es un documento incompleto, faltando como ejemplo más representativo los cirujanos vitorianos. Aclarar también que, al ser la finalidad la verificación de los títulos, en bastantes casos no se expresa dónde ejercen o si lo hacen, y en algunos ni siquiera donde residen -con lo que podríamos extrapolar que ejercen allí- anotándose por el contrario de manera habitual su lugar de origen que en varios casos no son de Álava, si bien debemos entender que, puesto que se los presentan al Diputado General de la provincia, es porque residen o ejercen aquí.

Al igual que en el caso previo, salvo aclaraciones entre paréntesis y puntos suspensivos, ha de entenderse como citas textuales a pesar de no entrecomillarlas.

Ignacio de Yzaguirre natural dela villa de Azcoitia Vezino de el lugar de Delica en la Herm de Arrastaria exsivio tittulo en forma expedido por los Médicos de Camara Alcaldes examinadores de el prottomedicatto en la villa de Madrid a 12 Mayo de 1713.

presentto el tittulo de Ziruxano y algevista Joseph de Uza natural deel lugar de Jujuli expedido por los ... deel real Protomedicatto de fecha en Madrid 19 Juniode 1721

Millan Dettorrijos natural de la Villa de ... vez. de el Lugar de espexo, dos ttitulos expedido el uno por el Real Protto Medicato para exercer el arte de Ziruxia y Algebra y el otro por los protto Barveros xenerales para usar del arte de sangrador flovtthomano el de Sangrador a 16 de Marzo y el otro de Zirux a 17 de el mismo y año de 1701

Pasqual Martinez de Arbulo natural y vezº de el lugar de Arbulo exivio un ttitulo para exercer el ttitulo de Ziruxia y Algebra expedido por los deel Real prottomedicatto en Madrid a 13 de ... 1701 y otro del arte de sangrador expedido por los Prottoarveros en 16 del dicho mes de ... y año de 1701

Nicolas martinez de Arbulo natural deel lugar de Arcaia Vezº deel de Arbulo presentto el tittulo de Zirujano y Algebra ... 10 de

Julio de 1727 ... y el de sangrador expedido por los protto Varveros Grales en 30 de Jullio de dicho año de 27

Domingo de Armentia natural deel Lugar de Vitoriano en el Valle de Zuia presentto el titulo deel Arte de Ciruxia y Algebra expedido por los médicos de Camara ... a 5 de Julio de 1731 ... y el de sangrador de los proto Barveros en 10 de Septiembre deel dicho año de 32

Domingo Martinez de Yturralde exhivio los ttittulos de Cirujano Algebra y Sangrador, el uno dado por dichos Medicos de Camara del Real protomedicato en 5 de Abrill de 1712 y el otro por los protobarveros en Veinte y seis de Marzo de dicho año de 12.

Miguel de Belarde natural deel lugar Rivallosa exhibio y presentto el titulo de Ciruxia y Algebra expedido por los Medicos de camara ... en Madrid a 3 de Diciembre de 1700 ... el que se le despacho en lugar y por haversele perdido el titulo de Veinte y ocho de Abril de 1690 según expresa el que ha presentado

Miguel de Verde natural dela Villa de Maestu presento el titulo de ciruxia y Algebra expedido ... en 7 de Junio de 1732 ... y otro deel Arte de Sangrador despachado por los protobarveros ... en doze de Julio del mismo año de 1732

Miguel de Abecia y leiba natural de la Villa de Salinillas, diocesis de Calahora, presento un titulo de Ciruxia y Alxebra ... a 29 de Mayo de 1705

Iñiguez de Gordoa natural de la Villa de Alegria, presentto el titulo deel Arte de Ciruxia y Algebra ... en Madrid a 13 de octubre de 1708

Francisco Antº Yñiguez de Gordoa natural de dicha Villa el titulo de Ciruxia y Algebra expedido en Veinte de Julio de 1701 ... y el de sangrador del dia 12 de Julio deel mismo año de 701

FranciscoAntonio Garcia natural de la Villa de Salvatierra, presento un titulo de Ciruxia y algebra ... en Madrid a 29 de agosto de 1729 ... y hassi mismo exhivio otro de sangrador flebotomiano expedido ... a 31 de octubre de dicho año de 729

Bartholome de Jaureguizar natural de la Ciudad de Viana Diocesis de Calahorra y vezino al presente de la Villa de Salvatierra, presento un Titulo de Boticario ... a 13 de Julio de 1725

Francisco de Orueta y Muxica natural deel lugar de Zuaza ... presento un titulo de sangrador flabotomiano a 19 de Agosto de 1710 ... y assi mismo exhibio otro titulo de Ciruxia y Algebra expedido a 17 de Agosto de 1729

Juan Joseph martinez natural de la Villa de Alverite Vecino de la de Oion presentto tittulo de Ziruxia y Alxebra a ... de Marzo de 1699 ... el mismo presento el ttittulo de sangrador flovotomiano a 17 Diciembre de 1698

Joseph martin deuca (¿) natural deel lugar de Sarria en el Valle de Zuia exsibio y presento el tittulo de Sangrador ... a 12 de Junio de 1730 ... y elde Zirujia Y Algebra expedido ... 19de Abril de 1732

Antonio de echavarrria natural de la Villa de Santta Cruz de Campezo exhibio titulo de Zirugia Albegra y Sangrador en 22 de Marzo de 1709

Maheo de Thamayo natural de la Villa de Cantabrana residente en el lugar de Corro presento el titulo de Sangrador 7 spebre de 1712

Francisco Lopez de Urvina natural deel lugar de Zumezu y rresidentte en el Valle de Cuarttango exsibio ... titulo de Zirugia Algebra y sangrador a 27 de Jullio y 23 de Agosto del año de 1700

Juan franzisco Garcia de vicuña natural de la villa de Salvattierra ... ttittulo deel arte de Botticario a 23 Abril de 1725

Diego Ygnacio de arriaran natural de la Villa de Zalduendo y rresidente en la de salvattierra ... titulo de Zirugia y Algebra ... en 28 de henero de 1726 y de sangrador de 22 de Maio de dicho año de 26

Joseph de Yrivarren echavarria natural de la Villa de Leza y rresidentte en la de santta Cruz de Campezo presento el ttittulo de Zirujano y Algebra a 7 de Agosto de 1730

Thomas Pere de Zudaide natural deel lugar de echavarri de Zigoitia presento el titulo de sangrador a 9 de Mayo 1696

Juan de Zelama natural de la Villa de Santa Cruz de Campezo exivio el tittulo de Voticario ... 2 henero de 1706

Joseph de Avajos natural y residente en la Villa de Salvatierra exivio los tittulos de Zirugia y algebra y sangrador ... los dias 6 y 11 de Junio del año pasado de 1706

Francisco Ygnacio de Arriaran natural de la Villa de oñate y Vezino de la de Salvatierra tittulo de Zirugia Algebra y Sangrador dia 14 de Marzo 1693 y 22de Mayo de1694

Gregorio ochoa de Alda natural de la Villa de San Vicente de Arana y vezino deella ... titulo de Ciruxia y Algebra expedido 10 julio de 1727 y el de sangrador a 17 del mismo mes de Julio y año de 1727

Mathias chasco natural del lugar de Azedo diocesis de Pamplona y residente en la villa de Santa cruz de Campezo presento un titulo de Medico ... a 9 de Juliode 1693

Gregorio lopez de Ybarra natural del lugar de Matauco presento un titulo de Ziruxia y Algebra dado en la ciudad de Corella a 23 de Agosto de 1711 y asimismo exhibio otro titulo de Sangrador ... en dicha ciudad de Corella dicho dia 23 de Agosto ... de 1711

Joph Frnz natural del lugar de la población vecino y residente en la Vila de Villa buena ... titulo de Ciruxia y algebra e ... 30 de Agosto 1728

Martin Ramirez natural de la ciudad de Naxera y residente en la Guardia presento un titulo de Medico ... 13 Diciembre de 1721

Domingo Garcia Hurtado natural de la Villa de Samaniego ... titulo de Sangrador flebotomiano ... a 22 de setiembre de 1713 ... y assi mismo ... otro de Ciruxia y algebra ... a 26 de sptiembre de 1713

Felix Carrettero natural dela Villa de simancas ... rresidentte en el lugar de Rivavellosa ... titulo de sangrador ... doce de Agosto de 1722 y de Zirugia y Algebra expedido ... 2 de Abril de 1728

Antonio de Legorburu, natural de la Villa de Oñate presento el titulo de sangrador ... a 4 de septimbre de 1692 y el de Ciruxia y Algebra ... a diez de Noviembre del mismo año



Pedro Saenz de Munayn natural de la Villa de Ydia ... titulo de Cirugia y Algebra ... a 10 Septbre de 1712 y el de sangrador a 7 de octubre de 1713

Salvador deGarai natural de la Villa de Marquiniz exsivio ttitulo de sangrador ... 24 Diciembre de 1729

Manuel Martinez de mediavilla natural de la Villa de Alesanco y residente en la de Marquiniz ... titulo de Zirugia y Algebra ... 5 henero 1732

Manuel Vizente de Aguirre natural de Yzoria (¿)... el ttitulo de zirugia y Algebra ... 29 Maio 1732 ... y el de sangrador ... en 19 de Julio deel mismo año de 32

El Bachiller D. Manuel deel Varrío natural de la Villa de Vanares presento el titulo de Medico ... 24 Nov de 1724

Angel de Angulo natural de la Villa de Morilla presento ttitulo de Zirujano y Algebra ... 8 de Agosto de 1724 ... y el de sangrador expedido a 12 Agosto de dicho año de 24

Julio de Colarte natural de la Villa de Torrecilla de los Cameros presento un titulo del Arte de boticario 17 Diz de 1696

Joph Antt<sup>o</sup> deolozaga natural de la Villa de la Puebla ... ttitulo de ciruxia y algebra 5 abril 1723 y otro de sangrador flebotomiano ... a 7 de abril de dicho año de 1723

Diegode Gaviña natural deel lugar de Amurrio presento el titulo de Sangrador ... a 5 de Julio de 1710 y otro de Ziruxia y Algebra ... el referido día y año de 1710

Pedro de Ur... salazar natural del lugar de soxo ... dos titulos el uno de Ciruxia y algebra ... 10 Junio 1713 ... y otro de sangrador flebotomiano ... 12 del mes de Junio y año de 713

Francisco de onsono natural de la Ciudad de Orduña ... dos titulos el uno de ciruxia y algebra ... 19 de Julio de 1730 y otro de sangrandor flebotomiano ... 22 de Julio de dicho año de 30

Diego Phelipe Coreve salazar natural de la Villa de Soxo ... dos titulos uno de ciruxia y alxebra espedido ... a 16 Octubre de 1729 y otro de sangrador flebotomiano a 9 de Noviembre de dicho año de 29

Aptonal Gomez natural del lugar de Leciñana de la oca presentto el tittulo de Ciruxano y Sangrador este ultimo expedido por ... 22 mayo de 1713 y el otro de cirugia y algebra ... 23 de Maio de dicho año de 13

El Bachiller D. Juaquin de Liziaga natural de la Villa de Tolosa y vecino de la de la Vastida presentto el ttitulo de la facultad de Medicina ... a diez dias deel mes de Jullio de 1698

Andres de Arana Peciña natural de la Villa de la Vastida presentto el ttitulo de Sangrador expedido ... a 3 de Mayo de 1707 ... el mismo exivio el ttitulo de Ziruxia y algebra ... a 4 de Mayo del de 707

Francisco Vañares natural de la Villa de Huercanos y vezino de la de la Vastida presentto el ttitulo de Votticario... a 9 de Agosto de 1703

Matthias deUrruttia natural de la villa de escoriaza Vezino deel Valle de Aramayona presentto ttitulo de Zirugia y Algebra espedido ... 17 Agosto 1711 y el de sangrador flavottomiano ... en 19de Agosto de 1711

Marttin de Briñas natural de la Villa de Mendoza vezino deella presentto los tittulos de Zirugia Algebra y Sangrador expedidos en ... 27 y 28 de Junio de 1714

Juan Ortiz de Cortazar natural deel lugar de Yurre vezino deel de Antezana presentto el ttitulo de sangrador ... a 11 de Junio de 1725 y el de zirugia y algebra a 14 de Abril de 1726

Pablo yvañez natural y vezino de la villa de Bernedo exsivio el ttitulo de Botticario ... a 30 de Junio 1723

El Bachiller Dn Joseph de Zaroalde natural de la ciudad de Santo Domingo y Vº de Vernedo presentto el ttitulo de Medico ... a 30 de Junio de 1728

Joseph franzisco goroaiga y Berrueco natural de la Villa de Sta Maria de Campezo y vezino de dicha Villa de Venedo ... dos ttittulos el uno de sangrador y flevottomano expedido ... a doce de Junio de 1722 y el otro de Zirugia y algebra a 16 de Junio de 1722

Juan Bautista ... de Ysaro natural dela Villa de Salvatierra y vezino de la de la Bastida presento el ttitulo de Botticario ... a ttres de Noviembre de 1728

Diego Saenz de Arzamendi natural deel lugar de Landa exsibio dos ttittulos el uno de sangrador y flevottomiano ... a 21 de Jullio de 1725 y el otro de Zirugia y Algebra ... 31 de Mayo de 1730

Santiago de Aragon natural de la Ciudad de burgos presentto el ttittulo de Medico ... a 10 de Jullio de 1720

Domingo ximenez natural de la Villa de Lonca exsibio el ttitulo de Sangrador flebottomiano ... a quatro de octtubre de 1704 y otro de Zirugia y algebra expedido ... dicho dia quatro de octubre y año de 1704

Juan Francisco gonzalez de Zumelzu natural y vezino de la Villa de Nanclares de la oca exsibio los ttittulos de sangrador flevottomiano ... 11 de noviembre de 1712 y el de Zirugia y algebra a 12 de dicho mes y año

Francisco javier saenz natural del Varrio del cortixo presento dos titulos el uno de sangrador flebotomiano ... a cinco de Junio de 1723 y el otro de ziruxia y algebra expedido ... a 13 de Abril de 1728

Bartholome gonzalez natural de la villa de Samaniego presento el ttittulo de Zirugia y algebra ... 25 deSep de 1726

El Bachiller Dn Juan ... de Aguirre deel lugar de Zuaza exsibio el ttittulo de medico ... a 11 de febrero de 1732

Juan anttonio de Castresana natural deel Valle de ... exsibio dos ttittulos el uno de zirugia y Algebra y el otro de sangrador flevottomiano ... amvos con fecha a 5 de Junio de 1714

Thomas piz. de Nanclares natural de el lugar de vilodas exsibio dos ttittulos el uno de Zirugia y Algebra expedido 17 de Maio de 1720 y el otro de Sangrador y flevottomiano ... 25 de Mayo de 1720

Bartolome Lopez de verrizveitia natural de la Villa de la Puebla presentto dos ttittulos, el uno de Zirugia y algebra 1 Jullio 1687 y el otro de sangrador flavotomiano ... a 2 de Jullio de 1687

Antonio Lasarte natural y vezino de la Villa de la Bastidda presentto dos titulos el uno de Ciruxia y algebra 24 Noviembre de 1723 y el otro de sangrador flebotomiano ... 27 noviembre de 1723

Martin de Castillo natural y vezino del valle de oquendo en la Hermandad de Ayala exsibio los titulos de Ziruxia Algebra y Sangrador, el de sangrador en 17 de abril y el de Ziruxano en 22 de Junio ambos de 1728

Baltthasar Alvarez natural de la Ciudad de Santto Domingo de la Calzada presentto el ttittulo de sangrador expedido ... a 9 de Jullio de 1716

Pedro de latorrennsia natural de el valle de oquendo exivio dos ttittulos el uno de Ziruia y Algebra expedido 2 de Junio de 1703 y el otro de Sangrador ... a 4 de Junio de 1703

Andres de zertrijas natural de la ciudad de Nagera presentto dos ttittulos el uno de Zirugia a 26 demayo de 1711 y ... el otro de sangrador a 9 de maio de 1701

Andres de Azcaratte natural de la Villa de Bergara presentto dos ttittulos el uno de Zirugia ... a 13 de Abril de 1688 y el otro de Sangrador ... a 21 de Jullio de 1687

Francisco de Urruela natural de el lugar de Herti presentto el ttittulo de Zirujano y algebra ... a 30 de Junio de 1723

El Bachiller Dn Franzisco Thomas Arrania natural de la villa de San Asensio exsivio el ttitulo de Medico ... a 19 de Sptbre de 1723

Bartholome Fernandez natural de la villa de Sopuela presentto dos titulos el uno de ziruxia y aljebra y el otro de Sangrador flebotomiano a 29 de maio de 1717

Presento los ttittulos de zirugia Algebra y Sangrador ... Deurizar vezino de Leza a 15 y 20 de Junio de 1731

Antonio fernandez de Lavia natural deel lugar de Santa Coloma exhibio un titulo de Sangrador expedido ... a 12 de Agosto de 1700

Bernave de Arteche natural de San Vicente de Abando exhibio el titulo de Boticario ... siete de Junio de 1688

Julian de belasco natural de la Villa de Arciniega exhivio los titulos de ciruxia Algebra y Sangrador ... los dias 18 y 22de septiembre de 1713

Marcos de Arveras natural del lugar de Delica presento un titulo de Sangrador flebotomiano ... a 31 de mayo de 1713

Bartholome Leopoldo Lopez de Verrizbeitia natural de la Villa de laGuardia presento dos titulos.

(A partir de aquí, faltan las hojas restantes).

### V. 3. 3. Conclusiones.

Vemos pues cómo entre los dos listados, descontando los repetidos, en el intervalo 1732-1733, se documentan más de 80 barberos y cirujanos en Álava, siendo ya muy escasos los primeros porque, como apreciamos en el segundo listado, casi todos los cirujanos se examinaron con anterioridad de sangrador, muchos con una diferencia de días o incluso el mismo día obtuvieron el título de sangrador en el Protobarberato y el de cirugía en el Protomedicato,<sup>131</sup> lo que les facultaba para ambos oficios. Por tanto al mero barbero le resultaría difícil competir con quienes ofertaban un mayor abanico terapéutico, de ahí que no nos extrañe descubrir que entre los declarados pobres sólo aparezcan barberos. Por otra parte, el hecho de que la mayoría de los cirujanos que vemos desperdigados por los pueblos alaveses en realidad sólo suplantán a los antiguos barberos,

---

<sup>131</sup> Y también de algebrista, por lo tanto aprobados para la cirugía y la traumatología, si bien, algunas prácticas como la odontología y la podología seguían en la esfera del protobarberato y de ahí pasarían al practicante a mediados del XIX.

pero teniendo la aprobación de ambos tribunales, implicaría una mejora sustancial en el corpus de conocimientos entre estos prácticos del cuchillo y las tijeras. Habrá de anticiparse y recordar que estos cirujanos son romancistas y que a medida que los cirujanos académicos o latinos vayan aumentando en número se irán viendo relegados a una calificación profesional idéntica a la que tenían los barberos unos siglos antes respecto a los entonces únicamente cirujanos. Finalmente en la ordenación de la nomenclatura de las profesiones y ocupaciones quirúrgicas de 1836 se creará el título de “cirujano de segunda clase” para designar a estos cirujanos que vemos en los listados alaveses y diferenciarlos del latino o académico que serán ya los únicos cirujanos a secas, estableciéndose definitivamente una separación entre la línea médica y la enfermera, ya que la primera alcanzará la licenciatura y equiparación médica, mientras que la segunda se refundirá con los sangradores y otras figuras en el practicante, antesala de la actual enfermera. La frontera vendrá a estar en el XIX en el bachiller, ya que obteniendo este título académico era posible franquear el título profesional de “segunda” o de “tercera”<sup>132</sup> clase y optar a licenciarse en cirugía.

La expansión de estos cirujanos romancistas, o de “segunda clase” después, por la geografía alavesa rural -a medio camino entre la dispersión guipuzcoana y la concentración castellana- vendría explicada por el mutuo entendimiento entre la limitación salarial de éstos y los reducidos recursos de los concejos que, en general han de agruparse para contratar (“*conduzidos*” en la documentación) a uno de ellos,<sup>133</sup> aunque en el listado vemos cómo algunos de estos cirujanos viven sólo de su oficio particular. En palabras de José M<sup>a</sup> López Piñero “...no resulta extraño que estos ‘cirujanos de segunda clase’, de limitadas pretensiones económicas y sin temor a vivir en los

---

<sup>132</sup> Una vez desaparecido el Protobarberato e instituido el Protocirujano, los cirujanos de tercera clase vendrían a ser los sangradores sin más.

<sup>133</sup> O hacerlo mediante las mancomunidades establecidas de los Partidos judiciales o la Hermandad.

*más remotos lugares, interesaran especialmente a los pequeños municipios rurales*".<sup>134</sup>

Además, estos sanitarios se veían en un equilibrio frágil ya que sus contratos dependían por un lado de sus capacidades y de la necesidad del pueblo de cirujano, pero del otro, de la voluntad de la oligarquía dominante y de la competencia de otros profesionales, lo que dado el número que barajamos para Álava no sería infrecuente. Ya habíamos citado el caso de Aspárrena, en que un cirujano romancista en connivencia con la autoridad de Araia había despachado al médico de Zaldueño, y resulta más fácil documentar los casos de demandas por incumplimiento de los contratos o impagos de los salarios acordados,<sup>135</sup> muestra de la precaria situación de nuestros antecesores que, en lugar de ir a menos continuaremos documentándola a lo largo del XIX y, aún, serán queja continua en las primeras manifestaciones del colegio de practicantes de Álava a inicios del siglo XX.

---

<sup>134</sup> López Piñero, José M<sup>a</sup>. "Santiago Ramón y Cajal". Publicaciones de la Universidad de Valencia. Editorial Universidad de Granada. 2006. Pág. 105. Continua aludiendo a que los ingresos salariales de estos cirujanos de segunda clase "*eran menos de la mitad de los que tenían los médicos rurales peor situados y quedaba muy por debajo de los habituales en los estratos medios urbanos, tanto entre los profesionales liberales como entre los empleados importantes de la administración pública*". Págs. 105 y 106.

<sup>135</sup> A.H.P.A. 1.6//29991. Causa civil entre Alejandro de Losa, cirujano, vecino de Amárita, demandante, y el concejo de Ullibarri-Gamboa, demandado, por incumplimiento de contrato verbal [...] e impago de salarios. 1776-12-04/1779-01-20. Idem 1.6//28009. Solicitud del concejo de Villaluenga denegando salarios a Agustín de Estrada, cirujano de Nubilla (Álava). 1798-01-19/1798-02-07. A.R.Ch.V. Pleitos civiles. Pérez Alonso (OLV). Caja 0627.0004. Pleito de José Antonio de Olozaga, de Logroño [...] sobre pago [...] de los salarios que le debe el concejo de Laguardia del tiempo en que fue cirujano titular de dicha villa. 1786/1788.





## Capítulo VI. El siglo XIX.

### De la Beneficencia Pública a la “cuestión social”.

Entre 1789 (Revolución Francesa) y 1848 (Revolución Liberal) toda Europa vivió una sucesión de convulsiones políticas y sociales destinadas a cambiar el sistema sociopolítico que había regido en el continente desde el final de la Edad Media, y que había estado caracterizado por el dominio de una nobleza empeñada en mantener su poder político y territorial, con procesos productivos ligados a las rentas de la tierras y globalmente amparada por la idea de tradición en el sustrato ideológico que sujetaba una poderosísima Iglesia. Los revolucionarios franceses llamarían a este modelo “*Antiguo Régimen*” y, desde entonces, las ideas de libertad política, económica, social, de pensamiento y de expresión irían ganando terreno -muchas veces a golpe de fusil- de la mano de una nueva élite ansiosa de reemplazar a la nobleza tradicional en la estructura social; la burguesía.

Álava no sería una excepción en estos azarosos tiempos. A la línea argumental señalada se sumaría, además, su peculiar sistema de Fueros, cuya abolición formaba parte del ideario liberal de Estado que postulaba la igualdad de todos los ciudadanos ante una misma ley.

El siglo había comenzado en Álava a finales de 1807 con la invasión francesa, que había convertido a Vitoria en la capital de la corte de José Bonaparte, dando inicio a una dicotomización social entre la burguesía comercial, favorecida por la expropiación de bienes eclesiales y la intendencia militar francesa, así como una parte de la nobleza -etiquetada de afrancesada-, por un lado y, frente a ellos, el campesinado, clérigos, la nobleza tradicional y grupos urbanos que alentaron la insurrección movidos, entre otras causas, por la creciente presión fiscal derivada del mantenimiento de las tropas francesas.

El 21 de Junio de 1813 tuvo lugar la Batalla de Vitoria, que supuso la salida de José Bonaparte y el final de la ocupación francesa en España. En Vitoria se constituiría el primer ayuntamiento constitucional acorde a las Cortes de Cádiz de 1812 que representó una fugaz configuración del estado liberal. Con la Restauración absolutista de Fernando VII en 1814, retornó la ciudad a las formas tradicionales de gobierno, restableciéndose la Diputación Foral y dando inicio a la persecución y apresamiento de numerosos liberales.

El Pronunciamiento de Riego en 1820 (Trienio Liberal), retomando la Constitución de Cádiz, daría a Vitoria el primer gran impulso hacia la modernidad: se impondrá la elección del ayuntamiento por sufragio indirecto; se iniciará una serie de importantes operaciones higienistas -siendo la tónica dominante en las instrucciones de Salud Pública del momento- destinadas a la prevención de epidemias (viruela y tuberculosis principalmente); también se inició tímidamente el crecimiento de la ciudad hacia el sur superando la almendra medieval, prácticamente inalterable desde el siglo XVI, a partir de la Plaza Nueva que había sido construida en 1781 como futuro nexo entre la ciudad antigua y la nueva que ahora empezaba a vislumbrarse; coincidirá también con este trienio la inauguración del nuevo hospital de Santiago (1820), la construcción del teatro (1821, en el solar que ocupara el anterior hospital) y el inicio de los parques de la Florida y de la Senda.

El nuevo regreso de Fernando VII (1823-1833, la década ominosa) paralizará toda la iniciativa constructiva, retornándose a viejos esquemas políticos que reprimieron todo atisbo de liberalismo.

Al finalizar este periodo se otorgó a Vitoria, definitivamente, la capitalidad de Álava, convirtiéndola en el centro administrativo, económico, cultural y religioso de la provincia, rompiendo así la tenaz resistencia de la provincia durante el siglo anterior al liderazgo de la ciudad.

La inminencia de la Primera Guerra Carlista (1833-1839) impediría a la ciudad desarrollar estas funciones de capitalidad y supondrá un paréntesis generalizado en el desarrollo de la misma, dejando además patente una fractura social irreconciliable entre el Tradicionalismo -personalizado por el carlismo religioso y foral- de predominio rural, y un liberalismo heterogéneo, que persistirá a lo largo del siglo restante, asentado fundamentalmente en la ciudad.

Finalizada la contienda y hasta los años inmediatamente posteriores a la revolución liberal de 1868, la ciudad vivirá uno de los periodos más fructíferos, cuyo mayor exponente será una generación de vitorianos que dinamizaron la vida cultural hasta el punto de que se conociera a Vitoria como la “*Atenas del Norte*”. Políticamente, la burguesía local se había hecho un hueco entre los cargos municipales gracias a la implantación del sufragio censitario basado en la riqueza individual; no obstante, este poder burgués apenas quedará circunscrito a la ciudad, ya que en el resto de la provincia los clanes nobiliarios y la Iglesia continúan rigiendo a la población rural, de orientación más marcadamente carlista.<sup>1</sup>

Durante este periodo, mientras el mundo rural parece mantenerse impertérrito al avance del siglo, la ciudad vivirá grandes

---

<sup>1</sup> Respecto al auge de la burguesía, Antonio Rivera lo ejemplifica en la pugna por el trazado de la calle principal que uniría la Plaza Nueva y la estación de ferrocarril en 1864, ya que de la decisión se derivaba el incremento de valor de unos terrenos o su depreciación. La victoria de la posición de los burgueses frente a la nobiliaria sería representativa de su aumento de poder, ya que su postura iba en contra de toda perspectiva urbanística, pues como puede apreciarse, la actual calle Dato no nace, como cabría esperar, de un acceso de la plaza, sino que se halla desplazada. En Rivera Blanco, Antonio. “La ciudad Levítica, continuidad y cambio en una ciudad del interior (Vitoria, 1876-1936)”. Diputación Foral de Álava- Departamento de cultura. Vitoria, 1992. Pág. 25.

cambios demográficos y urbanísticos. En el plano de 1887 la ciudad triplica la extensión sobre el plano de 1848 a expensas de una ciudad nueva, clara y notoriamente diferenciada de la ciudad vieja tanto por los grupos sociales que la habitaban, como por el tipo de construcción, la densidad de población o las condiciones higienistas de las mismas.

Para mediados de la centuria la ciudad había adquirido el carácter terciario que, a expensas del predominio de tres tipos de uniformes, mantendrá hasta el desarrollismo industrial del s. XX: Ciudad entre Francia y la meseta, su función militar había ido aumentando desde la Guerra de Independencia, exacerbándose durante las Guerras carlistas, llegando a triplicar ocasionalmente el número de tropas a la población civil; el segundo grupo uniformado sería el clero que, desde la creación de la Diócesis de Vitoria en 1851, abarcando las tres provincias vascas, no paró de crecer introduciéndose en todos los ámbitos, públicos y privados, especialmente a través de colegios privados donde se formaban los hijos de las clases medias y altas que, finalmente, serán quienes introducirían el tercer uniforme, las criadas (aprox. un 6% de la población en 1867).<sup>2</sup>

El periodo finalizará con una crisis de subsistencia en el mundo rural de la provincia. La conjunción de malas cosechas y la llegada del ferrocarril que daba salida al cereal castellano, junto al fracaso de la incipiente industria azucarera para extender el cultivo de remolacha, hizo que aumentara notablemente la emigración de la provincia hacia la capital a lo largo de la década de los 60, conformando un grupo heterogéneo de asalariados, germen de un incipiente proletariado urbano. Estos movimientos demográficos sobrepasaban la capacidad física del casco medieval, únicas viviendas que la mayoría podían permitirse, dando lugar a un tercer espacio urbanístico al norte, extramuros; arrabales en los que se cobijaban entre otros, esta

---

<sup>2</sup> Rivera Blanco, Antonio. “Del pasado al presente: las transformaciones de la vida cotidiana”. En Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.). “La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea” Editorial Txertoa. 1995. Págs. 410-411. El porcentaje está calculado a partir del comentario del autor que señala una población aproximada para Vitoria en aquellos momentos de 20.000 habitantes. Imizcoz y Manzanos (Op. Cit. Pág. 160) hablan de un 6,5%.

población emigrante que sería la que permitirá un lento pero paulatino crecimiento de la población vitoriana, ya que el crecimiento vegetativo fue negativo hasta 1900.

Con la revolución liberal se proclama la libertad de enseñanza en 1869, dando lugar a la creación de la Universidad Libre de Vitoria, uniéndose a otras entidades culturales surgidas a la sombra de la generación de la *“Atenas del Norte”* (el ateneo, el liceo, la escuela de artes,...) cuya vida fue rápidamente truncada por la Segunda Guerra Carlista (1872-1875). Las políticas laicas y desamortizadoras del periodo, enajenando bienes eclesiásticos y comunales en la provincia, activarían la oposición de la Diputación y de la Iglesia que realizarán proclamas a favor del foralismo y los valores tradicionales sustentados en la religión. La fractura social de las élites locales en Vitoria entre carlistas y liberales se consumaría con el estallido de la guerra. La contienda fratricida convirtió a la ciudad en una guarnición militar que paralizó toda la vida civil. En esa situación, no es de extrañar que la *“Restauración”* borbónica fuera bien acogida en una ciudad doblegada por el sacrificio de la guerra a las mismas puertas de la ciudad.

La monarquía constitucional sustentada por el bipartidismo alternante conservador/liberal dio cierta estabilidad política a España, lo que permitió, a nivel local, retomar su lenta expansión. Tímidamente aparecía cierta actividad industrial -muy lejos de la alcanzada en las otras provincias vascas- y con ella la emergencia de la clase obrera, grupos populares asalariados ajenos a los modos tradicionales de producción amparados en las leyes de solidaridad familiar, gremial o de vecindad, lo que conducirá a nuevos procesos de socialización.

En 1876, el turno conservador (Cánovas del Castillo) abolirá los Fueros aumentando la intervención del Estado en la provincia a través de la fórmula del Concierto Económico -todavía hoy vigente-, lo que encendería apasionadas defensas de los Fueros tanto entre carlistas como entre liberales. Hasta 1890, en que se aplicó el sufragio universal, los liberales doblaban en porcentaje de votos a los carlistas (década de los 80 con sufragio censitario); a partir del sufragio

universal las clases populares iniciaron la marcha hacia la edad de las masas dando un vuelco radical al panorama municipal vitoriano, los carlistas doblarán a los liberales y hará acto de presencia una tercera vía, de enorme importancia en el siglo XX, los republicanos.

Coincidirá con esta última década la desaparición de la generación de la “*Atenas del Norte*” junto a la élite política del último medio siglo, lo que unido a la mitificación de la armonía foral y la irrupción política de las masas populares, dará pie al cronista liberal Alfaro Fournier a hablar de una ciudad desencantada, testimoniando cuán poco se parecía aquella colina medieval amurallada de unos once mil habitantes en 1800 a la urbe moderna de 1900 con 30.701 habitantes.

La ciudad había cambiado, pero no había logrado subirse al tren de la industrialización. Políticamente se debatía entre la tradición y la modernidad, y su economía dependía en exceso del mundo rural de la provincia que administraba y, sobre todo, de los uniformes que la habitaban, hasta tal punto que el traslado de la Capitanía General de Vitoria a Burgos en 1893 provocó el motín de la población vitoriana que veía marcharse, con aquella decisión, una importante fuente de ingresos.

Y si políticamente el siglo XIX supone el fin del Antiguo Régimen, dentro del campo sanitario supondrá el fin del galenismo como doctrina médica. Las semillas del despertar renacentista que eclosionaron en la mentalidad científica de finales del XVII y el XVIII verán sus frutos al declinar este siglo XIX con la medicina social, la higiene pública y especialmente con la bacteriología. La curación comenzará a imponerse sobre el cuidado

Probablemente uno de los mayores logros sanitarios del siglo XIX, o si se prefiere, del espíritu de la Ilustración y del sistema liberal, será la cristalización de los planteamientos sobre la enfermedad, viéndola como un proceso eminentemente social (Rousseau) e higiénico (Johan Peter Frank),<sup>3</sup> sobre los que el Estado asumía su

---

<sup>3</sup> En 1790 J.P. Frank había publicado su alegato “La miseria del pueblo, madre de enfermedades”.

responsabilidad. Con ellos como ejemplo, se apunta ya el paso de la medicina de las “constituciones” medioambientales y el higienismo del XVIII, a la medicina “social” del XIX: *“Con la medicina de la Ilustración se perfila lo que será uno de los puntos neurálgicos de la geografía médica del siglo XIX: la consideración de un ‘espacio social’, que unido al espacio puramente físico, debe ser estudiado, analizado meticulosamente, si se quieren desentrañar los procesos morbosos”*.<sup>4</sup> Elementos que en Álava veremos aparecer intermitentemente entre las convulsiones políticas y las epidemias de cólera del XIX, para ser ya un discurso firme entre los sanitarios finiseculares.<sup>5</sup>

Quedaba ya señalado en el capítulo anterior cómo el concepto de Beneficencia Pública implica el deber del Estado Moderno (deber colectivo) de asistir a aquellos ciudadanos en situación de dependencia social o sanitaria, confrontándola a la Beneficencia Caritativa como deber de cristiano (deber individual) que se heredaba desde el medioevo. La reforma, ideada por los ilustrados del XVIII<sup>6</sup> y ejecutada por los liberales del XIX, rompe con la sacralización del pobre y del mendigo que se arrastraba desde la Edad Media, donde se les consideraba parte integrante de la sociedad, un tercer estado que servía de expiación de pecados a los estados nobiliario y eclesial a través de una caridad también sacralizada.

Así, el elemento más distintivo del periodo es la consolidación de esta Beneficencia Pública controlada y gestionada por el Estado a través de políticas municipalizadoras y provincializadoras que trataron de eliminar, con relativo éxito, la asistencia particular de fundaciones personales y obras pías. Las políticas desamortizadoras y de enfrentamiento con la Iglesia, por lo menos hasta el concordato con la Santa Sede, redujo el papel de la misma en la actividad asistencial de

<sup>4</sup> Urteaga, Luis. Op.Cit.

<sup>5</sup> Valga como ejemplo el discurso de Apraiz Sáenz del Burgo, Ramón de. “La Vivienda del pobre. Su influencia en la salubridad pública y necesidad urgente de mejorar sus condiciones higiénicas”. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar. Vitoria, 1893.

<sup>6</sup> No debería ser necesario insistir en las bases renacentistas de Vives y Giginta.

corte caritativo tradicional, y sobre todo de las Órdenes religiosas de tradición asistencial y masculinas como los Hermanos de San Juan de Dios,<sup>7</sup> en un intento de reducir el poder económico de la Iglesia, mientras que se fomentaba la introducción de Órdenes menos arraigadas y sin tanto poder económico ni bienes raíces como las Hijas de la Caridad, lo que modificará también el elemento de género en la actividad asistencial.

La construcción del hospital Santiago en 1807 supone una actualización plena en las infraestructuras hospitalarias del momento, y mantiene a lo largo del siglo unas condiciones asistenciales, estructurales y de gestión claramente superiores a la media estatal.<sup>8</sup> Al inaugurarse realmente como hospital en 1820 se ensaya un nuevo modelo organizativo que surge del espíritu de la Constitución de Cádiz y de los cambios ilustrados a favor de una asistencia pública. El hecho de que se cree la Junta de Beneficencia en 1821, anticipándose un año a la ley de beneficencia de 1822 en la que se recomienda su constitución, vendría explicado por la experiencia previa del Hospicio que contaba con una Junta de Gobierno desde 1777. La creación de esta primera Junta de Beneficencia del hospital y la Cárcel rompe radicalmente con la forma de organización secular del hospital y sienta las bases para una gestión descentralizada y parcialmente autónoma del poder municipal, que, aunque oligárquica en cuanto a la extracción social de sus miembros, es la base del actual sistema público.<sup>9</sup> La pervivencia de la Junta, al lograr el favor real, tras la

---

<sup>7</sup> En la de Mendizabal (decreto del 25 de julio de 1835) los Hermanos de San Juan de Dios se vieron obligados a abandonar 52 hospitales en España. Herrera Rodríguez, Francisco. "De la época isabelina a la Transición democrática: una revisión de la enfermería española". VII Congreso Nacional y II Internacional de Historia de la Enfermería. Granada, 2004. También en *Temperamentvm* 2007, 5. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t.php>>.

<sup>8</sup> Cfr. Ferreiro Ardións, Manuel. Lezaun Valdubieco, Juan. Pradell González, Ángela. "La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del S.XIX". Colegio de Enfermería de Álava (ed.). Vitoria, 2006.

<sup>9</sup> La creación de la Junta de Beneficencia del hospital de Santiago y Cárcel da buena fe del espíritu reformador del liberalismo decimonónico, a tenor de lo recogido en el decreto del ayuntamiento, en virtud de los puntos sexto y séptimo del artículo 321 de la Constitución de 1812 que, por primera vez, reclama para el estado y los



abolición de todas las reformas liberales al regresar Fernando VII al poder en 1823, ha de considerarse todo un logro.

El mismo interés despertado por los aspectos sociales se mantendrá por el higienismo, corriente ilustrada que afianzará el liberalismo, apreciándose en Vitoria a la par del Trienio Liberal: derribo de parte de las murallas, mejoras en el abastecimiento de agua, embocinado del río Zapardiel o construcción del cementerio de Santa Isabel a extramuros de la ciudad. Medidas éstas dirigidas de modo genérico a prevenir enfermedades de carácter epidémico cuyo agente causal y modo de contagio todavía no estaba claro pero se asociaban a la pobreza y al hacinamiento (viruela y tuberculosis, principalmente). Comienzan a aparecer también distintas normativas conducentes a regular determinadas actividades, como curtidos y carnicerías, cuyos restos y despojos se arrojaban directamente a los cantones y resbaladeros, muchos de ellos aún sin empedrar. Otras normativas frecuentes hacen alusión a la regulación de la prostitución, siendo de destacar la importancia de la incidencia de la sífilis, según se atestigua en el hospital Santiago.<sup>10</sup> A pesar de las normativas, el cirujano titular Gerónimo Roure describe las calles de Vitoria como un lugar en el que “*conviven hombres, animales y toda clase de desperdicios y basuras*”, por lo que en 1854 impulsa la creación de una Comisión de Salubridad, encargada de velar por el estado higiénico y sanitario de la ciudad. A pesar de ello, todas estas medidas no pudieron evitar la llegada y propagación de la epidemia de cólera que afectó a España entre 1853 y 1856 y que llegó a Vitoria en 1855, siendo la más intensa de las tres que padecería la provincia durante el siglo (1834, 1855 y 1885).<sup>11</sup>

---

organismos públicos la asunción y el control de la asistencia social. Aunque bien es cierto que las importantes reformas aparecidas en las nuevas ordenanzas y reglamento del hospital del año 1821 apenas durarán lo que el Trienio Liberal (hasta 1823).

<sup>10</sup> Acebal de la Peña, Ana. “Enfermedades y medicinas en el Hospital Santiago. 1880-1890”. Tesis Doctoral, sin publicar. 1993. Ejemplar disponible en el A.T.H.A.

<sup>11</sup> La mortalidad entre los afectados en 1855 fue aproximadamente de un 28%. Eduardo Velasco describe las mismas calles de la ciudad antigua de la siguiente manera: “*en las calles se trazaba un canal de aguas inmundas sobre el que tenían*

A raíz de la epidemia de 1855 se determinará el derribo de los arcos y portales de entrada a las estrechas calles de la ciudad vieja, trastocando definitivamente su imagen medieval y, a partir de este núcleo urbano medieval, la ciudad se extenderá en dos direcciones, hacia el sur en un ensanche planificado, típicamente decimonónico, y hacia el norte en forma de un desorganizado y desatendido arrabal. De este último escenario apenas tenemos datos, pero de los otros dos espacios, la ciudad vieja y la nueva, poseemos la descripción de varios coetáneos que dan ejemplo de las diferencias arquitectónicas, higiene y salubridad de las mismas, que no son sino un ejemplo de la paulatina diferenciación social, económica y política entre la ciudad vieja y la nueva. Ramón de Apraiz, médico y colaborador periodístico, publicaba un artículo -ya en 1907- refiriendo diferencias en la densidad de población que oscilaría entre los 17 y 27 m<sup>2</sup>/hab. en la ciudad vieja, por 84 m<sup>2</sup>/hab. en el ensanche. Otra estadística vendría a relacionar la mortalidad con las variables de pobreza o condiciones de vida, refiriendo una mortalidad en periodos de epidemia de 47 de cada 1000 habitantes en la vieja y 33 en la nueva.<sup>12</sup> Gerónimo Roure comprueba que existen “15 ó 20 casas inhabitables que alojan entre 500 ó 600 personas”.

Probablemente una de las mayores aportaciones en la reducción de la mortalidad en la provincia, especialmente la infantil, fue el impulso a la vacunación antivariólica, que se generaliza en Álava en 1873,<sup>13</sup> adelantándose al resto de España, merced al buen hacer del

---

*sus luces abiertas las casas, alzándose sus muros en derredor de aquellos estanques perfumados, sombríos, lóbregos, en espacios angostos, sin sol y sin ventilación. Con todo esto no es de admirar que el cólera entrara en Vitoria”. Y respecto a la virulencia de la epidemia, Saturnino Ruiz de Loizaga describe la siguiente trágica estampa: “los carros tirados de bueyes recorrían los pueblos recogiendo cadáveres de los portales o bien los que eran lanzados desde los balcones o ventanas; en muchos pueblos no había quien los enterrara y numerosos eran los muertos que se hacinaban en los cementerios mientras los sanos se dedicaban a novenas y funciones religiosas”.*

<sup>12</sup> Cifras extraídas de Rivera Blanco, Antonio. “Del pasado al presente...” págs. 416 y 421. También en “La ciudad levítica...” pág. 30.

<sup>13</sup> Aunque la inoculación humana ya se realizaba desde finales del s. XVIII en Álava gracias a la acción divulgadora de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del

cirujano municipal Gerónimo Roure. De 1873 a 1876 se realizan en toda la provincia cerca de 3.000 vacunaciones, resaltando el propio Roure su incidencia en la desaparición de algunos brotes epidémicos, por lo que la Diputación decidió crear un Centro de Vacunaciones en su propio edificio.

Respecto a la asistencia social y sanitaria, a lo largo del siglo XIX, en España, precursores como Mateo Seoane o Francisco Méndez Álvaro, tratarán de reformar/crear un sistema sanitario que diera cabida a las nuevas corrientes metodológicas y de pensamiento que se abrían paso en Europa a lomos del liberalismo; sin embargo, la convulsa situación del país durante la centuria no permitirá un desarrollo continuado de las ideas sanitarias que se apuntaban en la Constitución de Cádiz o en el malogrado proyecto de código sanitario (1822) durante el Trienio Liberal, pero en los intervalos de control liberal se formulará una extensa normativa, cuya vigencia, en algunos casos, se prolongará en buena parte del siglo XX, como por ejemplo la concerniente a higiene pública y a la reorganización de las profesiones sanitarias. Punto este último que había llegado al paroxismo nominal y que exigía una clarificación oportuna para poder discernir los ámbitos de actuación de cada cual.

El hito esencial para la profesión enfermera fue el reconocimiento del título de practicante donde confluyeron distintos oficios como los cirujanos menores o los sangradores<sup>14</sup> que desde el comienzo del siglo hasta la unificación de 1857 habían ido perdiendo autonomía y facultades. Aunque el término practicante ya se utilizaba con anterioridad,<sup>15</sup> su denominación oficial parte de la ley de 9 de

---

País (el propio Foronda describe el procedimiento en una de sus cartas sobre la salud pública de 1793). El inicio de las vacunaciones en masa vendría impulsado por las devastadoras epidemias de viruela que fueron especialmente virulentas a mediados del siglo, en Vitoria particularmente la de 1866 y 67.

<sup>14</sup> Usamos sólo estas dos nominaciones por ser las que hemos visto que quedaban definidas en la centuria siguiente, siendo ya escasas las alusiones a los barberos y no apareciendo en la documentación alavesa otras muy reconocidas como los ministrantes, figura creada a partir de la RO del 29 de junio de 1846.

<sup>15</sup> En Vitoria lo documentábamos a mediados del XVIII, y en principio se da como inicio de esta denominación la Real cédula de Felipe V del 29 de enero de 1717.

septiembre de 1857 en el que se establece la profesión de practicante, dando continuidad a la ley de Bases para la instrucción pública -Ley Moyano- de 1855. La regulación de la profesión se hace de forma transitoria en la R.O. de 26 de Junio de 1860 hasta la publicación del reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas el 21 de noviembre de 1861, que autorizaba impartir estas enseñanzas en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid. En sus artículos 15 y 16 se refiere a las materias teóricas y prácticas que debían conocerse y aprobarse para obtener el Título de practicante:

*“Artículo 15.- Para aspirar al título de practicante se necesita haber cursado y aprobado las siguientes materias teórico-prácticas:*

*1º.- Nociones de anatomía exterior del cuerpo humano y con especialidad de las extremidades y de las mandíbulas.*

*2º.- Arte de los vendajes y apósitos más sencillos y comunes en las operaciones menores, y medios de contener los flujos de sangre y precaver los accidentes que en estas pueden ocurrir.*

*3º.- Arte de hacer las curas por la aplicación al cuerpo humano de varias sustancias blandas líquidas y gaseosas.*

*4º.- Modo de aplicar al cutis tópicos irritantes, exutorios y cauterios.*

*5º.- Vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones, ventosas y manera de sajarlas.*

*6º.- Sangrías generales y locales.*

*7º.- Arte del dentista y del callista.*

*Artículo 16.- La práctica en estos estudios será simultánea con la enseñanza teórica, y bajo la dirección del mismo profesor. El discípulo, para ser admitido al ejercicio de reválida, presentará certificación del director del establecimiento, expresiva de haber desempeñado allí el servicio de practicante a satisfacción de los jefes, y en calidad de aparatista o de ayudante de aparato.”*

Sin embargo, a pesar de la reglamentación, la nueva figura de practicante coexistía con cirujanos menores o ministrantes que podían ejercer en pueblos donde no había médico o cirujano y que hasta 1846 tenían facultad para aplicar medicaciones internas,<sup>16</sup> estableciéndose en muchos pueblos como único profesional responsable de la salud de sus habitantes. Dada la también penosa situación económica de muchos médicos rurales, propició la acusación de intrusismo por parte de éstos, en un intento de desplazarlos para evitar su competencia. El resultado fue la supresión de los estudios de practicante en 1866, pero como no podía cubrirse el vacío de éstos se creó una nueva figura, la del Facultativo habilitado de Segunda Clase, que no dejaba de ser el mismo profesional barato que competía con el médico por los pueblos impidiéndole unas ganancias más dignas.<sup>17</sup> Puesto que no suponía ninguna solución ni al problema médico ni a las necesidades sociales se retorna a la profesión de practicante dos años después según la Orden de 27 de Octubre de 1868 perviviendo oficialmente hasta su anexión a la figura de A.T.S. en 1953, y hasta hoy en la expresión coloquial refiriéndose al enfermero masculino. No obstante el mantenimiento nominal del término practicante durante los siguientes cien años, en el último cuarto del XIX todavía se darán modificaciones de suma importancia en las competencias del mismo. La más importante la acontecida a partir del RD de 4 de junio de 1875 por la que al practicante se le inhabilita para “*el arte del dentista*” quedando así separado de una de las acciones -junto a las sangrías- más emblemáticas de aquél barbero *sacamuélas* de quien las había heredado.<sup>18</sup> Conservará por tanto el ejercicio de la cirugía menor,

<sup>16</sup> La RO de 29 de junio de 1846 limita el campo de los cirujanos ministrantes y los cirujanos sangradores, especialmente en el farmacológico, creando la figura del ministrante a secas que, en apenas 10 años, dejará de existir al aparecer la del practicante, aunque pervivirá hasta la unión de ambos por Decreto en 1868.

<sup>17</sup> No queremos decir que ésta fuera la única causa de la mala situación del médico rural, ya habíamos citado el ejemplificante *memorial* de Vicente Crespo, o los discursos de Apráiz respecto a Álava que coincidían en acusar a las prácticas caciquiles de las autoridades locales como una de las causas fundamentales de su deterioro económico.

<sup>18</sup> Por parte de los odontólogos se celebra este decreto, con razón, como el final de una etapa negra de oficio casi miserable en el que nada se había avanzado en la

matizada a lo largo de la primera mitad del XX en varias ocasiones, y el del podólogo, o callista para ser fieles no sólo a la expresión generalizada sino al alcance de sus conocimientos y habilidades.

En Álava veremos cómo efectivamente hasta después de la epidemia de cólera del 55 las denominaciones mantienen la complejidad nominal del momento, con cirujanos de segunda y tercera clase, cirujanos sangradores, profesores de cirugía, ayudantes de cirugía, etc., para referirse a conceptos competenciales similares que acabarán desapareciendo con la Ley Moyano a favor del practicante. Habrá de puntualizarse el temprano asentamiento del término practicante en el hospital de Santiago, desde 1826, si bien jugaron ahí dos situaciones que se complementaron: por una, la desaparición del Enfermero Mayor -que era cirujano sangrador- al llegar las Hermanas de la Caridad y por otra, la existencia de un cirujano latino (o de *estuche*) que ostentaba evidentemente esa denominación; al buscar una nueva expresión para aquél enfermero-cirujano se decidieron por mantener la de practicante que ya se había utilizado con anterioridad en el hospital durante el XVIII para definir al ayudante del cirujano y así, al crearse oficialmente la figura de practicante la impresión de acierto hubo de ser plena. Comentar también aquí cómo la denominación de barbero que veíamos escasear ya en el siglo anterior se hace difícil de ver en el XIX, y cuando aparece lo hace referido a la acción estética incluso al vincularse a la cirugía, en cuyo caso se le cita como mero criado o mancebo para rasurar a cargo de un cirujano; luego podemos casi aseverar que ya los barberos carecen de actividad sanitaria aunque continúan ligados al aprendizaje quirúrgico.<sup>19</sup> Con

---

salud dental, y el inicio del desarrollo de la profesión desde una perspectiva científica amparada por el prestigio de la medicina. Desde la enfermería, cabe preguntarse si acaso el despunte del practicante no hubiera podido canalizar ese desarrollo.

<sup>19</sup> A.R.CH.V. Pleitos Civiles. Escribanía Zarandona y Wals. Pleitos Olvidados. C. 3344/11-L. 1212. En este pleito José Miguel de Iturralde, cirujano vecino de Murguía, se querella contra los ayuntamientos de Sarría, Jugo, Amézaga y Luquiano reclamándoles los salarios de tres años de servicio. Los concejos alegan por su parte “no estar obligados por tener a Ramon de Izaga como cirujano, puesto que el dicho Miguel no atendía el servicio ni mantenía a un sangrador, y a un criado para rasurar barbas como convinieron en el contrato”.

posterioridad a la Ley Moyano entendemos que cualquier alusión a barberos debe entenderse como pertenecientes al gremio de peluqueros.<sup>20</sup>

Respecto a las matronas, la Ley de 1857 consolida la regulación de 1804 (Real cédula del 6 de mayo), reglamentándose junto a los practicantes en la Orden de 1861 y definiéndose su corpus de conocimientos:

*1. Nociones de obstetricia, especialmente de su parte anatómica y fisiológica.*

*2. Fenómenos del parto y sobreparto naturales y señales que los distinguen de los prenaturales y laboriosos.*

*3. Preceptos y reglas para asistir a las parturientas y paridas y a los niños recién nacidos, en todos los casos que no salgan del estado normal y fisiológico.*

*4. Primeros y urgentes auxilios del arte a las criaturas cuando nacen asfícticos y apopléticos.*

*5. Manera de administrar el agua de socorro a los párvulos cuando pelagra su vida.*

---

La práctica de los concejos de contratar a un cirujano obligándole a poner a su cargo un sangrador y un barbero fue usual en el medio rural alavés del XIX. Manuel Solórzano lo cita así mismo para Guipúzcoa en el caso de Hernani en 1826 en el que se obligaba al cirujano a tener “*mancebo sangrador y tienda para rasurar*”. Solórzano Sánchez, Manuel. “Francisco Zaragüeta y Linzuain”. Disponible en: <<http://www.euskonews.com/0298zbk/gaia29804es.html>>. En Álava lo habíamos visto con anterioridad en la epidemia de peste de 1599, y en 1668 vemos en Lagrán que en el contrato con el cirujano Gregorio Lopez de Berriz, vecino de Baños de Ebro, se incluye “*afeitar a cada vecino con su hijo mayor o criado*”. Hemos interpretado siempre a estos criados como aprendices.

<sup>20</sup> Desde la R.O. de 1 de octubre de 1860 se había prohibido a los barberos y a los que no tuviesen el título de practicante, sangrar y ejecutar operaciones de cirugía menor. De hecho, el último de los barberos que con seguridad realizaba sangrías se documenta en 1848: “*Solicitud de Jose Tamayo, barbero y sangrador de Laguardia, para que se le pague por su trabajo con los presos de este partido...*”. A.T.H.A. Sig. D.694-10.

Entre las condiciones exigidas para aspirar al título de matrona estaban las de haber cumplido 20 años de edad, ser casada -y contar con la autorización del esposo- o viuda, llevar buena vida y costumbres -demostrándolo mediante fe de alguna autoridad- y haber cursado la primera enseñanza elemental completa. Este último elemento de unos estudios de base supone un salto cualitativo de enorme valor desde la perspectiva de género, partiendo primero de la alta tasa de analfabetismo general en España y segundo, de la especial incidencia de la misma en la mujer, pero evidentemente implicaba un gran paso hacia la profesionalización y hacia la recuperación de un reconocimiento que había sido usurpado por la cirugía.

En Álava, tras perder el rastro de las matronas municipales a finales del XVIII, al suplantarlas el cirujano titular como comadrón, no volvemos a tener noticias de matronas desde instituciones municipales hasta la casa de maternidad a mediados del XIX; si bien, nos consta el ejercicio privado de éstas.<sup>21</sup>

Por último, la enfermería del cuidado básico continuará silenciada en las normativas generales durante este siglo, aunque a medida que los centros de beneficencia, que crecieron en número y capacidad, fueron siendo desbordados por el crecimiento demográfico y la paupérrima situación del incipiente proletariado capitalista, las nuevas estrategias de Beneficencia Domiciliaria a la par del desarrollo de la medicina social -especialmente a partir de los descubrimientos bacteriológicos finiseculares- anunciaban ya la irrupción en el campo de la salud pública de las visitadoras sanitarias. Con anterioridad, no

---

<sup>21</sup> Actas municipales AMV17-2-1826:

*“Yo el infraescrito secretario hizo presentacion del titulo expedido por los Sres. Doctores Cirujanos de Camara de S.M., vocales de la Real Junta Superior Guvernativa de los Rº Colegios, y de la facultad de Cirugia del Reino, a favor de Silberia Gil y Gil, nral. del Rio de Mouro, Reino de Portugal, para egercer el arte de partear con el pase de la Diputacion Gral de esta M. N. y M. L. Servª de fecha trece del actual por el que se previene qe. puede usarse por la interesada, sin perjuicio de Dhos fueros y pribilegios; en Cuya virtud acordaron S.S.S qe la citada Gil en el preciso y perentorio termino de un mes presente documentos qe califiquen la Conducta moral y politica que a observado en la epoca del abolido Sistema Constitucional”.*



podemos dejar de citar las primeras voces pidiendo una formación adecuada para quienes trabajaban cuidando enfermos, entre las que destaca indudablemente la de Concepción Arenal (1820-1893), quien como es conocido, ya en 1870 señalaba la necesidad de unificar a practicantes, matronas y enfermeras.

En Álava, las escuetas noticias sobre quiénes ejercían los cuidados básicos apenas pasan por saber de su existencia, y prácticamente reducido a quienes trabajaban en el hospital de Santiago. Habíamos dejado el siglo XVIII haciendo referencia a que en el matrimonio hospitalero se había producido un corte a mediados de siglo al incorporarse hospitaleros que además eran cirujanos sangradores (menores o de segunda) que, aunque no ejercían como tales en el hospital, les confería un mayor estatus que a sus esposas, quienes aparecían como meras ayudantes más o menos al nivel de los criados y criadas. En principio, tanto el hospitalero como su mujer y criados estarían dentro de nuestra calificación de enfermería del cuidado básico o inmediato. A principios del XIX desaparecerá el matrimonio hospitalero quedando sólo el marido ejerciendo como tal, pero además actuando como cirujano sangrador y siendo ayudado por una enfermera y un enfermero en una imagen que podríamos trasladar a la actual de una enfermera eminentemente técnica que delega cuidados básicos en la auxiliar. La imagen se borra prontamente, pues al llegar las Hermanas de la Caridad en 1826, la Superiora ocupará el espacio del viejo hospitalero y las hermanas la de los enfermeros. Quedará el hospitalero ya sólo como enfermero instrumental con el término de practicante, y las hermanas se auxiliarán con diverso personal subalterno de difícil adscripción a las actividades asistenciales enfermeras por la ausencia documental en este periodo.

Desaparecido el matrimonio hospitalero, las tres figuras que terminarán confluyendo en la A.T.S. parecen delimitarse más nítidamente. De manera clara las matronas y los practicantes tras la Ley Moyano, no tanto la enfermería básica que carece de normativa y formación, pero que, a pesar de su indefinición, ya denominaremos globalmente enfermeras.

## **VI. 1. De hospital cuidador a hospital curador. La enfermería en el hospital de Santiago de Vitoria en el siglo XIX.** Colabora Ángela Pradell González.

La evolución de la profesión en el hospital puede seguirse a partir de las ordenanzas y reglamentos que rigieron el establecimiento y que determinan claramente las funciones de los distintos profesionales que realizaron su labor en el mismo.

Los textos básicos a los que nos referimos son las Ordenanzas de 1821, las Ordenanzas de 1829, el Reglamento para el gobierno interior de 1837 (válido aún en 1861) y el Reglamento para el servicio de practicantes de 1879, a los que unimos otros reglamentos del hospital Santiago que regulan a profesionales concretos, siendo de especial interés el del médico-cirujano ayudante de profesores de 1879.<sup>22</sup>

### VI. 1. 1. Ordenanzas de 1821. El Enfermero Mayor.

Aunque su validez teórica sería hasta las siguientes ordenanzas de 1829, probablemente no duraran más allá de 1823, en que se extingue la Junta de Beneficencia<sup>23</sup> tras el retorno de Fernando VII o, como mucho, en 1826 con la llegada de las Hijas de la Caridad y la creación de la nueva Junta de Caridad o del hospital. Así lo considera también Núñez de Cepeda en su *“Hospitales Vitorianos”* donde refiere que tras extinguirse la Junta de Beneficencia en 1823 vuelve a regirse como antiguamente. Es decir, según las Ordenanzas de 1764. Por tanto, podemos definir un primer periodo cronológicamente algo dudoso, entre 1820 y 1826, donde la figura de referencia en el hospital

---

<sup>22</sup> Todos ellos se encuentran disponibles en el A.T.H.A., Fondo hospital Santiago; si bien se han hallado también algunos ejemplares en el A.M.V., el A.D.V., y en la Fundación Sancho el Sabio de Vitoria. Dada esta concreción documental en el A.T.H.A., obviaremos la continua llamada a notas al referirnos a estas ordenanzas y reglamentos.

<sup>23</sup> Ésta se había creado en 1821, tras la proclamación de Riego, retomando la nuevamente válida Constitución gaditana de 1812 y que refrendará la Ley de Beneficencia de 1822. Cfr. Ferreiro, Lezaun y Pradell, op. Cit.

va a seguir siendo la del hospitalero, ahora rebautizado como Enfermero Mayor, en la persona del cirujano Manuel Ramón de Echevarria.<sup>24</sup>

Este Enfermero Mayor nace como unión de otras dos figuras, la del Síndico u Hospitalero y la del Sangrador o Cirujano menor que, como ya habíamos visto se da de facto desde mediados del XVIII, pero que con las nuevas ordenanzas va a pasar de ser “costumbre” de los últimos años a figura ordenada; es decir, va a existir realmente.

No sabemos si fue sólo por esta razón de la existencia previa de hospitaleros sangradores, o por la apuntada en la Junta, que justificaba la exigencia de que el hospitalero fuera sangrador o cirujano en que, uniendo estas figuras en la del Enfermero Primero o Mayor -además de la eliminación del Administrador, y otros cambios en el personal-, “no solo [...] se hallarían mejorados los servicios, sino también en una gran economía [...], pues antes ascendía a 14.824 reales el presupuesto de gasto de personal y ahora sería sólo de 8.800 ...”<sup>25</sup>. Fuera cual fuera la motivación lo cierto es que se crea una figura enfermera con muy amplias atribuciones en la práctica, tanto asistenciales como organizativas. Es el profesional clave en la vida del

<sup>24</sup> Fue elegido por la corporación municipal entre 4 aspirantes: A.M.V., AA.MM. Acta del 9 de abril de 1821. Fol. 186 r.

“En seguida se trató de hacer la elección, y nombramiento de enfermero mayor para el referido Hospital, y se leyeron todos los memoriales de los que le pretendían, á saber el D. Francisco Nicomedes de Olaortua, Cirujano aprobado, el de Bruno de Elorza practicante de la misma facultad, y los de D. Manuel de Echavarria, y D. Vicente Rodet, tambien Cirujanos aprobados; y despues de haber examinado SSS detenidamente los meritos, y Circunstancias de cada uno, y por aclamacion de todos, y de conformidad fue electo por Enfermero mayor el precitado D. Manuel Ramon de Echavarria, vecino de esta Ciudad con la circunstancia de que no ha de tener parroquia alguna, ni ha de salir del Hospital á exercer su facultad.”. Con posterioridad se confirma que se trata de cirujanos menores. Respecto a Echevarria, aunque aquí es citado como cirujano desconocemos que grado tenía en ese momento, ya que en 1830 se señala que obtuvo el título en 1824: A.M.V. Personal. 17/026/018: “d. Manuel Ramon de Echavarria natural de Antezana de alava, diocesis de Calahorra, obtuvo su titulo de los SS Doctores Cirujanos de Camara [...] en Madrid a diez de Junio de mil ochocientos veinte y cuatro [...] habiendo sido examinado en el Real Colegio de San Carlos”.

<sup>25</sup> La cita es de Núñez de Cepeda y está extraída a partir de los datos del acta municipal del 28 de marzo de 1821, fol. 160 v.

hospital; a nivel administrativo su autoridad sólo está por debajo del miembro de la Junta que actúa de Semanero y, en el asistencial, está a un mismo nivel que los facultativos -médicos y cirujano (el latino evidentemente)-, los cuales sólo vienen al hospital a realizar la visita médica, una hora por la mañana y otra hora por la tarde para ordenar los tratamientos o recetarios de alimentos y de medicamentos, y en el caso del cirujano además para realizar disecciones anatómicas y ejercer de Comadrón. Como se había anticipado, cuidados instrumentales del sangrador o cirujano menor y cuidados inmediatos del hospitalero, van a unirse y a hacerse permanentes en el hospital donde va a residir. A cargo del Enfermero Mayor está toda la labor asistencial que hoy vinculamos a los cuidados enfermeros, siendo auxiliado por un enfermero segundo para las salas de hombres y una enfermera para las de mujeres, realizando éstos los cuidados más inmediatos que hoy atribuiríamos a las funciones de la auxiliar de enfermería.<sup>26</sup> También están a cargo del Enfermero Mayor la supervisión de servicios hosteleros como la cocina y lavandería, así como la de los criados o mozos, a los que no identificamos carga asistencial. Finalmente, también realiza acciones propias de su condición de sangrador como el afeite y rasurado.

La importancia del Enfermero Mayor queda patente en las propias Ordenanzas, donde después de repasar las funciones del personal directivo de la Institución (Semanero y Mayordomo) y del ministro sacerdote, se describen las del Enfermero Mayor precediendo a las de médicos y cirujano. Siendo, además, las más extensas y de las que más adelante destacaremos lo esencial. Al inicio del articulado se recogen los principios sobre los que se basa esta figura; no tiene desperdicio:

*“El Enfermero Mayor es el depositario de la vida y reputación del hombre y mujer que entran en el hospital. Así su celo, sus*

---

<sup>26</sup> Enfermeras que ya veíamos existir desde 1841 en la alusión a los criados de Martín Ruíz de Gamiz. A partir de estas ordenanzas, la expresión de criado o mozo parece referirse a empleados subalternos no asistenciales, pero la confusión vendrá luego, con la llegada de las Hijas de la Caridad, donde comienza a denominarse enfermero a estos auxiliares domésticos.

*conocimientos y su silencio deben ser bien conocidos antes de confiarle este puesto. El celo por los enfermos se extiende no solo a cumplir lo que los facultativos mandan sino a prevenirles toda comodidad, a velar incesantemente sobre los ayudantes y mozos. Debe tener ciertos conocimientos de anatomía, elementos de Medicina y Cirugía y sin ejercer, los más usuales de la Farmacia.”*

Para su correcto desempeño se le exigía residir en el propio hospital y no faltar del mismo salvo en lo imprescindible, debiendo quedar entonces su ayudante. Para ello se le exigía exclusividad, no pudiendo tener “*parroquia*” fuera del hospital. Podía estar casado y tener familia, pero no hijos casados dentro de la vivienda del hospital.<sup>27</sup> Así, el Enfermero Mayor permanece 24 horas en el recinto los 365 días del año, siendo el profesional que asegura una continuidad completa en los cuidados a los enfermos ingresados. Su labor de 24 horas queda reflejada en la ordenanza que obliga a tener en su cuarto una campanilla con alambre a la calle para responder a las posibles admisiones durante la noche.

En sus labores se auxiliaba de un enfermero segundo o ayudante, Tomás de Goya,<sup>28</sup> que se encargaba de las salas de hombres y de una enfermera o ayudanta, Ramona Villaplana, que hacía lo mismo en las salas de mujeres, para una ocupación media en tiempos de paz de entre 20 y 30 enfermos. De las funciones de éstos enfermeros ayudantes las Ordenanzas lo reducen a que “*estos dependientes estan sujetos en un todo á las ordenes del enfermero mayor*”, con la advertencia de que su desobediencia o mal trato a los enfermos será castigada “*según su mérito por la Junta, á virtud de queixa del enfermero mayor, o indicación de los Señores Semaneros*”. Son, junto a mozos y criados, el único colectivo sobre el que se advierte un régimen disciplinario, supervisado por el Enfermero Mayor y el Semanero.

<sup>27</sup> Por tanto parece que se reproduce la imagen del matrimonio hospitalero, si bien, la esposa a perdido la equiparación por la obligación profesional del marido de ser cirujano menor o sangrador.

<sup>28</sup> En el acta municipal del 11 de abril de 1821 (Fol. 187 v), aparece como “*Tomas de gorja*”.

Del Enfermero Mayor, siguiendo las funciones encomendadas en las Ordenanzas, se puede extraer una secuencia de su trabajo diario, que podría ser la siguiente:

El día se inicia al alba con las labores de higiene, entonces *“cuidará de que todas las mañanas se abran las ventanas al amanecer, se limpien los vasos de las heces intestinales cuya operación ejecutará tantas cuantas veces se ensucien, quemando enseguida un poco de vinagre para purificar el aire”*, seguidamente *“hará barrer todos los días las quadras por fuera y por debajo de las camas cuantas veces hubiere necesidad con escobas de palma”*. Tras lo cual se inicia el arreglo de camas, sin que expresamente se indique el lavado de enfermos, ya que los patrones de higiene personal no se corresponden con los actuales, entre otros motivos por la carencia de agua corriente en los hogares, siendo únicamente mencionada tal actividad al ingreso. *“No omitirá día alguno de cerciorarse por sí mismo de que sus ayudantes han hecho las camas de los enfermos y han removido las de aquellos que no están en disposición de levantarse”*, para ello *“tiene siempre en su poder doble número de sábanas, almohadas, camisas y demás ropas necesarias a cada enfermo que le entregará el Mayordomo cambiándolas por otras iguales limpias”*.

También *“ha de ayudar a los enfermos imposibilitados a levantarse de la cama para sus precisas necesidades, o ha de encargar a los ayudantes le acompañen en este acto, aprovechando este intermedio para hacer la cama o mudarle si tuviese necesidad”*.

En caso de un nuevo ingreso, deberá *“recibir la baxa o cédula del Médico o cirujano firmada por uno de los semaneros, para la admisión del enfermo le dispone la cama con jergón, colchón, dos sabanas, almohadas y mantas, la hace calentar, y pone o hace poner en ella al paciente [...] recoge sus vestidos, dinero y alhajas y efectos, los anota al respaldo de la cédula con el número de cama en que ha sido colocado, y entrega esta y aquellos al Mayordomo”* ya que *“el medio mejor para impedir el que se introduzca mota en el establecimiento, es el que al momento que un Enfermo llega al Hospital se le desnude enteramente, se le quite hasta la camisa*

*poniéndole una limpia, y que hasta cerciorarse de que su cuerpo no abriga inmundicia alguna no se le coloque en la cama. La ropa que deja o trae de su casa será inmediatamente labada, colada y hervida...”, finalmente, “cuida de que cada enfermo tenga encima de su cama una escupidera que hará limpiar después de que los facultatibos hayan reconocido el esputo, o antes si el enfermo le arroja en abundancia”.*

Tras estas labores, se inicia la visita médica, que varía de invierno a verano aunque en ambos casos llama la atención su prontitud, siendo de una hora por la mañana (de 6 a 7 en verano y de 7 a 8 en invierno) y otra hora por la tarde (de 3 a 4 en verano y de 2 a 3 en invierno), en ellas el Enfermero Mayor “acompaña a los facultatibos a la visita llevando dos recetarios el uno de alimentos y el otro de medicamentos, en los que anotará por si mismo lo que aquellos prescriban a cada enfermo por orden y número de camas. Si [...] en el intermedio de una visita a otra hubiere notado alguna novedad en el enfermo la hará presente al facultatibo para que haga de su observación el uso que crea conveniente”.

Al finalizar la visita médica se dedica a sus recetarios de alimentos y medicamentos, para ello “recibe con peso á presencia del Mayordomo las libras de carne que se hayan traído de la carnicería a razón de media libra por cada enfermo, y a vista de ambos la recibe la cocinera y las pone en la olla con los garbanzos u otras legumbres o verduras que los facultatibos manden”. Supervisa a la cocinera cuidando de que “sazone bien las comidas y tenga siempre de repuesto caldos o gelatinas para las necesidades que puedan ocurrir; que las raciones sobrantes del medio día las reserve para la noche disponiéndola en gigote para los convalecientes y demás a quienes los facultatibos permitan tomarlos”, sin descuidar la limpieza de la vajilla para lo que “encarga muy particularmente a la cocinera y vela en que los platos y tazas como todo lo demás que sirve al servicio de los enfermos estén bien fregados”.

De los medicamentos, aunque el hospital se surte a través de un farmacéutico, “hay algunos que por [...] simplicidad y por la economía grandísima que resulta á los establecimientos públicos,

*debe confiarse a personas conocidas que no hayan estudiado aquellas carreras. Tales como las Tisanas, las Pociones decitoras, Pociones simples, Lookes simples, Cataplasmas, Fomentativos, y Lavativas cuya preparación deberá hacerla el enfermero mayor*". Una vez preparados *"aplicará los tópicos que dispongan los facultatibos y tendrá siempre prevenidos en un aparato que la Junta facilitará, el mejor surtido de vendajes de todas clases que esta disponga"*. Para la realización de estas funciones y otras que precisaran conocimientos y habilidades especiales, la Junta exige que el Enfermero Mayor *"debe ser, [...] Sangrador y a ser posible Cirujano"*, sobreentendiéndose que se refiere a cirujano menor o de segunda clase en la posterior nomenclatura.<sup>29</sup>

Entre estas tareas se habría iniciado el horario de visitas de familiares, de 9 a 11 por la mañana y de 4 a 6 por la tarde, siendo obligación del Enfermero Mayor el control de las mismas, así, *"no permitirá visitar a los enfermos [...] sino a las personas que a su juicio sean de conocida prioridad y conducta [...]. Sobre lo que se le encarga la más estrecha responsabilidad..."*. *"No permitirá que se introduzca en las quadras de los enfermos y claustros comida alguna sólida ni ligera ni bebidas de ninguna especie; y cuando alguna persona vaya a visitar los enfermos en general, o alguno en particular le hará entender esta prohibición rogándole deje lo que lleva, y si tuviere sospecha de que introduce alimentos le negará la entrada"*.

Al finalizar estas visitas *"cuidará de distribuir las comidas a las once de la mañana y seis de la tarde, y los caldos y medicamentos a las horas prescritas por los facultatibos"*. *"Distribuye o hace distribuir a su vista las comidas ayudando a tomarlas o dándolas él mismo a los enfermos que por si no puedan valerse de sus miembros, y en este caso como en todos los demás ejerce y encarga a sus ayudantes el mayor amor y cariño con los pacientes"*.

Respecto a estas labores de supervisión, el Enfermero Mayor *"vigilará cuidadosamente la conducta del Ayudante, Enfermera, Mozo y Cocinera, les encargará el cumplimiento de sus obligaciones,*

---

<sup>29</sup> Habría también cirujano de tercera clase que vendría a equipararse al sangrador.



*el amor y caridad para con los enfermos, el Silencio en todos respetos, la urbanidad para con todos, y toda condescendencia compatible con la situación de los pacientes”, y en caso “de la menor falta de cumplimiento de estos deberes dará inmediatamente parte a los semaneros para que providencien lo que crean conveniente”.*

Otras funciones encomendadas al Enfermero Mayor, en relación al uso y pericia de los instrumentos cortantes son las de *“que ha de afeitar una vez a la semana a los enfermos y cortarles el pelo cuando lo necesiten (y cuando haya necesidad)”*.<sup>30</sup>

Al igual que era responsable de la entrada de las visitas, también lo es respecto al abandono del recinto por parte de los enfermos, por lo que las ordenanzas le encomiendan que *“impedirá la salida a la calle de todo enfermo convaleciente que no se hallara despedido por alta y dará parte a los Señores semaneros si alguno se preparase a salir sin esta formalidad, a menos que los facultatibos no lo ordenen”*.

Al finalizar la jornada, se retira a sus habitaciones con su familia, dejando a cargo de los ayudantes las salas de enfermos, por ello *“ha de cuidar que el ayudante, el mozo y la ayudanta duerman cada uno en una de las quadras para acudir al socorro de los enfermos, al mantenimiento de la luz, y a prevenir cualquier accidente que pueda ocurrir, en cuyo caso tocará la campana para despertarlos sin abandonar el peligro o necesidad que ocurra”*.

*“Si por la noche [notase alguna novedad en los enfermos] y si fuese de su concepto de tal gravedad que considere necesario llamar al facultatibo, lo mandará llamar sin perdida de tiempo avisando previamente al Sacerdote de la Casa para que esté a su cabecera y le preste los auxilios espirituales de que pueda necesitar”, así mismo, “enviará al mozo a tocar la campana de agonía en el momento que el Señor Sacerdote se lo mande”*.

---

<sup>30</sup> Labor que no debe ser muy del agrado del enfermero, ya que en los próximos reglamentos será de los pocos cuidados que se recalca y recuerda la obligación de hacerlo, no mencionándose la detallada descripción del resto de funciones que se dejan sobreentendidos en expresiones como “según costumbre” o aludiendo a las presentes ordenanzas.

En este repaso a sus obligaciones puede observarse con facilidad la identidad de una enfermería absolutamente moderna, y lo que es más importante, queda claro que esa figura enfermera es el engranaje principal e imprescindible para el funcionamiento del hospital. Desgraciadamente sus días estaban contados, ya que la llegada de las Hermanas de la Caridad en 1826, modificaría completamente el organigrama del hospital y, especialmente, la figura del Enfermero Mayor.

Antes, en 1823, con el retorno de Fernando VII y el enfrentamiento entre realistas y constitucionalistas, se disuelve la Junta de Beneficencia acordándose en abril de 1824 volver a ser regido como antes de 1820, con las Ordenanzas de 1764. La feroz persecución de todo atisbo de liberalismo llegó también al hospital donde al menos el capellán Pedro Ortíz de Zárate, el cirujano Cipriano María de Urívarri y el farmacéutico Justo Somonte tuvieron que abandonar sus puestos y huir de la ciudad.

Poco sabemos de los cambios internos dentro del hospital en los años siguientes hasta 1826, probablemente no hubo tiempo de evidenciarse y, salvo el cambio de denominación del Enfermero Mayor que pasó a llamarse Ecónomo, éste debió de continuar con las funciones recogidas en las Ordenanzas de 1821, por mera costumbre y porque la orden supresora de las modificaciones de 1821 tenían como fin esencial eliminar la Junta rectora, que se suponía un ejercicio demasiado liberal, y no tanto la labor asistencial, que probablemente era la que se habría instituido desde mediados del XVIII al aparecer los primeros hospitaleros sangradores, y que las nuevas Ordenanzas sólo refrendaron. Por tanto, aunque hasta las Ordenanzas de 1829 no apreciaremos claramente los cambios acontecidos, pensamos que la prometedor figura del Enfermero Mayor habría desaparecido en 1826 y no antes, siendo la causa más directa la llegada de las Hijas de la Caridad, cuyas hermanas con la Madre Superiora a la cabeza -que pasará a ser la figura clave en el hospital- asumirán las tareas asistenciales y organizativas del antiguo matrimonio hospitalero, quedando el sangrador en las funciones tradicionales del barbero, pero

a diferencia de aquél, que era externo al hospital, con la peculiaridad de continuar siendo residente en el centro.

#### VI. 1. 2. Contrato con las Hermanas de la Caridad de 1826.

Núñez de Cepeda en su *“Hospitales Vitorianos”* justifica el contrato de la institución con las Hermanas de la Caridad por las *“continuas desavenencias entre Administradores, Cirujanos y Hospitalero”* así como por *“el deficiente servicio que, tanto en comidas como en medicamentos y limpieza se dejaba sentir en el Hospital”*, lo que indicaría una mala gestión del Enfermero Mayor. Y, sin que podamos corroborar documentalmente estos hechos, probablemente pesaría también en la decisión la recomendación que en su artículo 14 hacía la Ley que regía la Beneficencia Pública (1822):

*“Las juntas municipales preferirán, en lo posible, las Hermanas de la Caridad para desempeñar todos los cargos de beneficencia que les están encomendados, especialmente en la dirección de las Casas de maternidad, y en la asistencia de los enfermos de ambos sexos en los hospitales”.*

El 30 de agosto de 1826 el ayuntamiento se pone en contacto con el Visitador General y Director de las Hijas de la Caridad en España para negociar el envío de un grupo de Hermanas en la forma y condiciones que quedaron reflejadas en documento público. El 17 de diciembre de 1826 llegaron siete hermanas más Sor María del Carmen Velasco como Superiora, comenzando a encargarse de los servicios del hospital el 1 de Enero de 1827.

Destacamos en el siguiente extracto de la escritura pública<sup>31</sup> los elementos que nos resultan más interesantes para comprender su actividad y posición dentro del hospital; la numeración que precede se refiere al artículo reflejado en el pliego de condiciones:

---

<sup>31</sup> Otorgada en Madrid el 23 de Noviembre de 1826 entre D. Fortunato Jen, Visitador General, y la Ciudad de Vitoria ante el notario D. Claudio Sanz, sobre las condiciones en que las Hermanas de la Caridad habían de prestar sus servicios

2ª *“Las Hermanas de la Caridad deberan observar las ordenanzas y reglamentos que actualmente rigen, [...] menos aquellos que directa o indirectamente se opusieren a las reglas de su Instituto...”*<sup>32</sup>

3ª *“... por lo que respecta a las ordenes verbales, o advertencias que los Señores Mayordomos o Junta de gobierno tuvieren por conveniente hacer para el mejor servicio de los enfermos, no se dirigirán a las hermanas particulares sino a la misma Superiora en derechura, que es la sola responsable, y de quien unicamente dependen las hermanas; pero bien podran los facultativos decir de palabra a las hermanas que sean cabezas de sala, lo que entiendan ser util o necesario para el mejor orden de la enfermería y en cosas de menor importancia”*.

4ª Aunque estarán sujetas a la Junta de Gobierno y sus individuos de Semana, *“de ningun modo tendran obligación de obedecer a ninguno de los empleados y dependientes subalternos del mismo Hospital, ni estos tendrán autoridad alguna en las hermanas. [...] aun podra la misma Superiora dirigir y gobernar siempre según las ordenanzas [...] las operaciones de los demas personas sirvientes y dependientes [...] y aun reprenderlas y corregirlas por sus defectos y aun despedirlas en caso necesario, dando luego aviso a los Señores Mayordomos o Junta de Gobierno para su conocimiento y gobierno”*.

7ª *“que todos los empleados y dependientes del Hospital las traten, respeten y obedezcan con el decoro correspondiente a su respetable estado, en cuanto sea relativo al mejor desempeño de sus respectivas obligaciones”*. Vemos en estos tres últimos artículos la posición de poder de la que parte la Madre Superiora, así como el especial régimen disciplinario respecto a las hermanas, que se desvincula de la línea directiva civil para depender únicamente de la línea religiosa, bajo la que además se sitúan los empleos auxiliares.

---

<sup>32</sup> Teóricamente se refieren a las Ordenanzas de 1764, ya que las del año 1821 fueron suprimidas por exceso de liberalismo habiendo desaparecido la Junta de Beneficencia, Junta que ahora se trataba de recuperar tras súplica al Rey, y que funciona de hecho a partir de este año de 1826 aunque el beneplácito real vendrá con fecha de 1829.

8ª *“Tendran a su cargo las Hermanas de la Caridad y cuidaran de desempeñar con el celo propio de su instituto el servicio de todas las salas del Hospital de Santiago de la Ciudad de Vitoria, a escepcion de las del mal venereo, y parturientas, en las que solo cuidaran de que los Enfermeros o Enfermeras asistan con puntualidad, y cumplan todas sus obligaciones, y de que nada se estravie ni malgaste en cuanto a comida, ropa, y demas utensilios del Hospital”.*

9ª *“Las Hermanas de la Caridad desempeñaran la cocina, despensa, almacén de ropas de lino y lana, la roperia de los enfermos y el bendaje, y asistirán igualmente a las personas presas en cuanto a su cuidado; pero no serán responsables de su custodia y encierro, por no ser esto analogo a su profesión, será igualmente de obligación de las mismas el cortar y coser la ropa nueva de lienzo del Hospital, e igualmente componer y remendar la usada”.* La línea que se apreciaba en las Ordenanzas de 1821 de diversificación laboral con cocinera, lavandera, etc., desaparece para retornar a una figura polivalente al estilo secular del matrimonio hospitalero. Además de estas funciones recogidas, se ocuparán, en la práctica, también de la farmacia y de la portería.

10ª *“Serán alimentadas y mantenidas las Hermanas de la Caridad [...] a espensas del citado Hospital, el cual las dará habitacion [...] se las proveera así mismo de tablados colchones y gergones, sabanas, almohadas, mantas, cobertores y cortinas, que sean menester para dividir las camas en el dormitorio según tienen costumbre. Y para el sustento o alimento contribuirá el Hospital diariamente a cada una de las Hermanas una onza de chocolate y cuatro onzas de pan por desayuno, dos onzas de arroz, fideos, o semola para la sopa; y si fuere de pan cuatro onzas por cada una de las comidas, dos onzas de garbanzos, una de tocino, doce de carne para comida y cena, una libra de pan con reserva de tomar mayor cantidad si la necesitasen, medio cuartillo de vino, una onza de aceite, medio real de vellon para verdura, ensaladas, y postre; y además huevos u otra cosa equivalente que sea menester para los que se hallen delicadas o inapetentes: y en los días que las Hermanas*

*quieran o deban comer de pescado, se las dara el valor de la carne en dinero para que lo puedan emplear en lo que las acomode. Y las Hijas de la Caridad ofrecen desde ahora espontaneamente dejar a beneficio del Hospital todo lo que las sobre, o dejen de tomar de los citados articulos por no necesitarlos".* A pesar del exceso de concreción, no parece distanciarse mucho de la dieta ofrecida a los enfermos.

11<sup>a</sup> *"Tambien suministrara el Hospital a las hermanas el vidriado y demas utensilios para la cocina y refectorio particular de las mismas, manteles y servilletas necesarias para su servicio, el jabon y leña para labar y colar sus ropas, y el carbon que necesiten para guisar y para sus planchados; a las ancianas y a las que se hayan imposibilitado en el servicio del Hospital se las contribuira con todo lo necesario para manutencion, vestido, y el auxilio de los facultativos y todas las medicinas precisas para su alivio. Ultimamente para el vestuario, calzado, y demas gastillos particulares de las hermanas, las contribuira el Hospital con 40 reales vellon mensuales por cada una,...".*<sup>33</sup> Resulta difícil hacer comparaciones precisas respecto al salario, pero a modo de ejemplo el practicante, también con alojamiento pero probablemente sin manutención, venía a cobrar, en 1829, unos 195 reales al mes (seis reales y medio al día).

20<sup>a</sup> *"Si, lo que no es de esperar, se suscitase en lo sucesivo alguna duda, disputa, o disension sobre la inteligencia o interpretacion de los articulos contenidos en esta contrata se procurara terminar pacifica y amigablemente entre los Señores Mayordomos o Junta de Gobierno y el Señor Visitador General de la Congregación de la Mision, sin que jamas con ningun motivo pueda ninguna de las dos partes promover recurso alguno, ni acudir a ningun tribunal por ser cosa muy agena de una y otra parte el andar en instancias y pleytos: mas si por ningun termino pudiesen convenirse, se estipula y prefiere el que cese este convenio o contrata, y queden las dos partes tan libres como antes de ella, ...".* En la

---

<sup>33</sup> El jabón ha de entenderse de tocador, ya que para la colada se utilizaba cenizas hasta bien avanzado el siglo; en Vitoria el jabón para colada comenzó a fabricarse en 1860.

práctica, esta renuncia a una hipotética mediación en caso de conflicto, podría constituir un importante elemento de coacción, aunque no parece que se dieran situaciones de enfrentamiento. Más bien por parte del ayuntamiento se verbaliza una continua gratitud a la labor de la congregación.

VI. 1. 3. Ordenanzas de 1829. Del Enfermero Mayor al Practicante.

Publicadas ese año, se dictaron el año anterior y su gestación venía desde 1826 en que se constituyó la nueva Junta de Caridad o del hospital. Serán parcialmente ampliadas en el Reglamento de 1837 y modificadas por otros reglamentos específicos, pero su esencia será válida en los siguientes 100 años.

Las Ordenanzas respondían a dos necesidades, la primera, desmarcarse de la Junta de Beneficencia de 1820, excesivamente liberal para el momento, a la vez que lograba el reconocimiento y aprobación del Rey para el gobierno del hospital a través de una nueva Junta, no muy diferente de la previa en cuanto a la forma, a contracorriente de lo que sucedía en otros lugares. Y segundo, dar cabida a un nuevo modelo organizativo en base a la presencia de las Hijas de la Caridad.

Respecto a la enfermería será este segundo elemento el que más nos interese. Las obligaciones de la Madre Superiora e Hijas de la Caridad se describen en segundo lugar por detrás de las de la Junta Directiva, aunque sólo se esbozan, ya que no aparecen desarrolladas documentalmente hasta el reglamento de 1837. No obstante esto, queda patente el gran cambio que acontece en el organigrama del hospital. La Madre Superiora se sitúa inmediatamente bajo el Semanero, y le sustituye en caso de ausencia de aquél, organizándose a partir de ella todo el Orden Interior del establecimiento. Médicos y cirujano continúan siendo meros visitantes, tienen poder decisorio en los actos médicos pero no forman parte de la estructura estable ni de la vida interna del hospital, aunque comienzan a apreciar la utilidad de su infraestructura para su formación en la nueva medicina

anatomoclínica (operaciones, autopsias, etc) destinando una habitación a estos fines a las que eran convocados todos los médicos de la ciudad. En cuanto a la enfermería se produce un cambio radical; el antiguo Enfermero Mayor desaparece, a pesar de continuar en el puesto Manuel Ramón de Echevarría hasta 1833, ahora bajo el nombre de Ayudante o Practicante del hospital. Constituye éste un mero ayudante técnico del médico y cirujano, dependiendo directamente de ellos con una importante pérdida de autonomía, y quedando enormemente mermadas sus viejas atribuciones.<sup>34</sup> Las funciones gestoras y de supervisión -que había heredado del Síndico u Hospitalero- han pasado a la Madre Superiora, buena parte de sus funciones técnicas y manuales como Sangrador han sido asumidas por el Cirujano Mayor que aumenta sus competencias (parejo al prestigio que logra en los campos de batalla y en el auge de la anatomoclínica) y sólo las realiza *“si alguna vez los confiase el Cirujano Mayor al Practicante por no poder operar él mismo en aquel momento”*, y en cuanto a la labor asistencial inmediata que realizaba o supervisaba con ayuda de un enfermero segundo y una enfermera, pasan a ser desempeñadas por las Hijas de la Caridad que se sitúan a un mismo nivel que el practicante. Pierde también su posición de “autoridad” sobre enfermeros, mozos, criados, cocinera, etc. que pasan a la línea de dependencia y disciplina de las Hijas de la Caridad, y éstas exclusivamente de la Madre superiora.

El cambio en la práctica no debió ser brusco, entre otras cosas porque se espera a 1837 para regular de manera explícita las funciones de la Congregación, y porque la pervivencia de la persona de Manuel Ramón de Echevarría hasta 1833, que tan altas funciones desempeñaba en la jerarquía del hospital hasta entonces, hubo de mantener una lógica inercia de resistencia al cambio. Sin embargo, sobre el papel, las funciones del practicante, relegadas al último lugar

---

<sup>34</sup> No obstante debía estar capacitado, ya que en enero de 1833 solicita una compensación por *“los trabajos extraordinarios que presto en el [hospital] durante la indisposición del cirujano titular D. Braulio antonio de Fuidio y despues de su muerte”*.



en las Ordenanzas, dan a entender un cambio radical. Esta redefinición de sus atribuciones puede resumirse en las siguientes funciones:

*“Será de su cargo acompañar puntualmente en todas las visitas de mañana y tarde a los facultativos”, durante la misma “deberá llevar con toda limpieza, claridad y exactitud, los recetarios de medicinas, y alimentos, anotando en ellos cuanto ordenen y dispongan los Físicos”.*

Al finalizar las visitas *“cumplirá exactamente y por sí mismo cuanto en ellos [los recetarios] se ordene, relativo a sus propias obligaciones”.* No quedan especificadas estas obligaciones, pero entendemos que se refieren a su cualidad de Sangrador, ya que otras referidas en las ordenanzas del 21 sobre los alimentos y la farmacia pasan a depender de la Madre Superiora y las Hermanas, según se intuye en el convenio y se recogen en el posterior reglamento de 1837. Así, respecto a los alimentos, las ordenanzas recogen que *“puesto el debido asiento en el recetario de alimentos, y firmado de su puño y letra, lo entregará a las respectivas hijas de la Caridad destinadas a las Salas, para que cumplan lo que en ellos dice relación a su servicio”.*

La realización de estas obligaciones propias de su oficio queda restringida en el caso de aplicarlas sobre mujeres ya que *“en las Salas de mujeres solo se ocupará en suministrar el Cirujano mayor lo que necesite para las funciones de su cargo”.* En el caso de los hombres se especifican las siguientes, *“en las Salas de hombres, será de su cargo la rasura, cortar el pelo, y administrar las lavativas”*, advirtiendo que *“ningún criado suyo podrá ocuparse en la aplicación o uso de las lavativas, no teniendo una conocida pericia para ello, ni mucho menos en la administración de otros medicamentos”.* De la misma manera, indirectamente aquí se induce que el practicante administra medicamentos (probablemente sólo externos), también se ha de sobrentender la capacidad para realizar otras actividades propias del cirujano menor en el siguiente artículo: *“Todas las noches desde nueve a diez deberá visitar todas las Salas, y ordenar la administración de los Sacramentos si lo cree necesario; como también la aplicación de algún remedio propio de sus*

*conocimientos*”. Ahora bien, se puntualiza perfectamente que todas esas tareas son delegadas ya que sólo se realizarán si se las confía el Cirujano mayor por no poder operar él mismo.

En el artículo 7 por primera vez se hace mención directa a una actividad anatomoclínica como eran las autopsias, de enorme importancia en el avance médico y en la vinculación de dicha profesión al mundo hospitalario, en ellas el practicante *“cuando se ofrezcan disecciones anatómicas, deberá preparar para ellas todo lo necesario, estando en compañía del Cirujano mayor”*.

A la limitación de las funciones, respecto a las que tenía el Enfermero Mayor, aparecen algunas concesiones que podrían entenderse como contrapartidas. La principal es la autorización a poder ejercer fuera del hospital: *“Si alguno de sus parroquianos necesitase de él especialmente de noche, podrá salir a ejercer sus funciones con la precisa obligación de indicar a su familia y a las hermanas veladoras en donde se encontrará por si algo ocurre”*, y aunque se remarca la necesidad de estar siempre localizable, puede salir del hospital *“de día o de noche [...] a ejercer sus funciones, o a negocios particulares”* con más facilidad que la que disfrutaba el Enfermero Mayor al que se ordenaba *“que no ha de faltar del hospital sino en lo muy preciso y entonces ha de estar en el su ayudante”*.

También *“podrá percibir por los militares enfermos el contingente que le está asignado”*, tema este muy teórico, pues el pago de las estancias militares, especialmente durante las contiendas carlistas son fuente de continuos litigios entre el hospital, el mando militar y el Estado, para finalmente cobrar mal, tarde o permutarse por deudas públicas u otras de las que difícilmente fueran a beneficiarse el practicante.

Finalmente las Ordenanzas dejan testimonio del sueldo otorgado al practicante: *“Gozará por todos los insinuados trabajos el diario de seis y medio reales vellón, dándosele habitación dentro del mismo establecimiento, a disposición de la Junta Directiva”*, por lo que ha de entenderse que no queda incluida la alimentación.

Por su parte las Hijas de la Caridad asumen las funciones que anteriormente realizaban las enfermeras, y que habíamos comparado con las que hoy día realizan las auxiliares de enfermería, a las que unían funciones hosteleras como la cocina y la lavandería. Sus labores tienen un elemento particular y diferenciador respecto a sus predecesoras, referente al régimen disciplinario, ya que éstas sólo pueden ser reprendidas por su superiora y el resto de personal les *“deberán tratar con todo el respeto y miramiento que se merecen por todas consideraciones”*. Lo que en la práctica llevaba especialmente a los criados y sirvientes, que se encontraban bajo su directo mando, a prestarles obediencia.

Como vemos, el cambio acontecido en la profesión es radical, al menos sobre el papel, y marcará el peculiar desarrollo de la misma hasta nuestros días. Destacamos tres elementos fundamentales: en primer lugar la desaparición del Enfermero Mayor como figura que no sólo unificaba cuidados inmediatos e instrumentales, sino que además realizaba funciones administrativas, docentes y asistenciales;<sup>35</sup> en segundo lugar la vinculación religiosa que desde entonces tendrá la enfermería merced a la extensión y generalización en todo el país, en centros públicos y privados, de la Congregación;<sup>36</sup> y en tercer lugar, la separación de género, quedando el cuidado inmediato en manos femeninas frente a la tradición histórica del hospitalero o matrimonio hospitalero.

Este periodo de transición del Enfermero Mayor al Practicante y de establecimiento de las Hermanas de la Caridad podemos finalizarlo en 1837 cuando se dicta el nuevo reglamento para el gobierno interno y que supondrá la definitiva estabilización de la Congregación religiosa al frente del hospital y la adecuación del mismo a su forma

---

<sup>35</sup> No identificamos funciones investigadoras.

<sup>36</sup> La enfermería queda así ligada a representaciones de vocación, abnegación, sacrificio, caridad, servicio, etc. a las que se asocia la figura de la religiosa. Más tarde, ya a inicios del s. XX, las Damas de la Cruz Roja o el bum de las enfermeras durante la guerra de Marruecos, no son sino una extensión laica de esa Representación que se mantendrá viva, entre otras razones, por el gran conflicto bélico del s. XX: la Guerra Civil y el posterior integrismo religioso.

de organización. A Sor María del Carmen Velasco que había llegado con las primeras hermanas en 1826 le sustituye, tras su fallecimiento en 1831, como superiora Sor María Teresa Bosch hasta 1836 en que es trasladada, llegando entonces Sor Josefa Apezteguía, que regirá el hospital hasta 1863, en lo que será el periodo más largo bajo el gobierno de una misma superiora, ya que la tónica general será la de una supervivencia más escasa.

Respecto a los practicantes, al ya citado Manuel Ramón de Echevarría, Enfermero Mayor desde 1820 y documentalmente practicante desde 1829 (probablemente desde 1826) le sucede en 1833 Buenaventura Oráa tras haber sido cesado el primero.<sup>37</sup>

El 31 de diciembre de 1833 *“El Ayuntamiento de esta ciudad con vista del oficio de esa Junta Directiva en que proponía los cuatro individuos que le parecían aptos para el desempeño de la plaza de Ayudante de Cirugía del Hospital Civil, ha elegido entre ellos a Don Ventura Orá, quien desde el día está pronto à pasar al Establecimiento a egercer su destino, debiendo al efecto el removido Don Ramon Echabarría dejar inmediatamente desembarazada la habitación que ocupaba [...]”*.<sup>38</sup>

Ventura (o Buenaventura en otros documentos) Oráa iniciará por tanto su labor a principios de 1834, año en que llegaría la primera de las tres epidemias de cólera que se sufrirían en la provincia durante el siglo, la novedad de esta patología y su virulencia supuso una verdadera prueba de fuego para todo el sistema sanitario, incluido el

---

<sup>37</sup> El motivo fue su posición a favor de la sublevación carlista de octubre de 1833 con Valentín de Verástegui a la cabeza. Recobrado el control por los liberales, en acta del 27 de noviembre hacen ver el *“mal comportamiento de la mayor parte de los empleados de la ciudad durante la epoca de la rebelión...”* citándose de manera expresa *“la del Ayudante de Cirujano del Hospital”*. Su persecución se extenderá a otros destinos, ya que Echevarria logra ser elegido como Cirujano en el hospital militar, ya en plena guerra civil, pero enterado el ayuntamiento comunica al centro militar los motivos de su cese en el de Santiago para que también lo expulsen del hospital militar. No obstante, debió continuar ejerciendo en Vitoria, ya que en la epidemia de cólera del 55 lo veremos reaparecer fugazmente.

<sup>38</sup> Ventura Oraa había obtenido 12 votos, frente a los 4 de Francisco de Ugarte.

hospital, evidenciándose las carencias del mismo especialmente en la provincia.<sup>39</sup>

#### VI. 1. 4. Reglamento para el Gobierno Interior de 1837. Consolidación de las Hijas de la Caridad.

Se aprobó por el ayuntamiento el 29 de Noviembre de 1837, y todavía seguía vigente en 1861 en que se realiza una segunda edición del reglamento, siendo este último el único documento que ha podido localizarse. Se trata de una ampliación de las Ordenanzas de 1829 justificada por la necesidad de incluir las obligaciones de la Madre Superiora e Hijas de la Caridad que no habían sido desarrolladas en aquellas, también se aprovecha para incluir funciones nuevas a algún colectivo o para incidir en la importancia de algunas normas, quizá porque no se cumplían con exceso de celo.

A partir del articulado puede extraerse un organigrama relativamente diferente al extraído en las ordenanzas de 1829, que sólo puede explicarse por el hecho de que en las ordenanzas del 29 las Hijas de la Caridad llevaban poco tiempo como para reformar esquemas seculares de funcionamiento y convencer a la Junta del hospital de la utilidad de su organización.

El cambio más significativo acontece en la Superiora. Aunque oficialmente el Semanero, como miembro de la Junta, es quien detenta la autoridad de la misma durante su mandato (en teoría una semana), cada vez se acerca más a un mando representativo garante del cumplimiento de las ordenanzas y régimen interno, cuya autoridad ejecutiva se vuelve más excepcional, ya que en el gobierno permanente del día a día es la Madre Superiora quien hace gala de

---

<sup>39</sup> A.M.V. Personal. 17/026/018 (02/06/1830):

*“d. Bentura de Oraa natural de Villanueva de la Oca Diocesis de Calahorra: expedido su titulo [...] a tres de Noviembre de mil ochocientos uno [...] para ejercer la facultad de Cirugia en todas las Ciudades [...] empleando los medicamentos locales y haciendo las operaciones que juzgare conbenientes incluso la sangria para la curacion de las enfermedades esternas, y que de ningun modo pueda ordenar medicina alguna interna...”*

esos atributos. A su cargo directo se encuentran la Hijas de la Caridad que asumen todo tipo de actividades asistenciales y auxiliares a excepción de las reservadas para el practicante que siguen siendo esencialmente las vistas en las ordenanzas del 29.

Las Hermanas abarcaban el cuidado inmediato del paciente pero también del propio edificio; no sólo atendían al enfermo en sus necesidades básicas de higiene, alimentación, eliminación, movimiento, etc. de manera directa, sino que también se encargaban de barrer y limpiar todas las “salas, tránsitos, comunes y galerías” -a excepción del interior de la Puerta Principal de la que se encargaba la familia del practicante- “condimentar y cuidar de las comidas” “cuidando del fregado de la basija”, de su distribución así como de la lavandería, además cuidaban del edificio no permitiendo “que en parte alguna del Establecimiento se juegue, se cante, se baile a ninguna hora, ni se manchen las paredes”, así mismo se encargan del acceso exterior y del control de las visitas. Para estas labores se ayudaban, al igual que el practicante, de criados y un enfermero.<sup>40</sup>

Por su parte los practicantes apenas modifican su posición, quedando consolidada como ayudante técnico del médico y del cirujano, a un mismo nivel que las Hermanas de la Caridad de cuyas funciones asistenciales apenas participa.

De Buenaventura Oráa nos queda constancia indirecta de que en 1847 se le aumentó el salario de 6 reales y medio -que reflejaba las Ordenanzas de 1829- a 8 reales. Al año siguiente se sobreentiende que está enfermo y le sustituye de forma interina su yerno Manuel Garmendia desde el 5 de febrero de 1848 hasta el 2 de enero de 1850 en que fallece Oráa. Entonces, la Junta publica la vacante en el Boletín

---

<sup>40</sup> Nada tiene que ver esta figura de enfermero con la que veíamos a primeros de siglo ayudando al Enfermero Mayor, se acerca más a la de mozo aunque no puede descartarse que tuviera alguna tarea directamente asistencial, sobre todo en las salas de hombres. El término enfermero todavía se usa hoy en día en el hospital Santiago para definir a un colectivo masculino que realizaba funciones polivalentes entre celador y auxiliar de enfermería antes de que el hospital dejara su carácter provincial para unirse a la red de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud a finales del s. XX, donde fueron equiparados a la figura del Celador.

Oficial de la provincia de Álava presentándose al menos 11 solicitudes manuscritas<sup>41</sup> entre los que se encuentra la de Manuel Garmendia que, tras presentarse como “*cirujano aprobado en el Colegio Nacional de San Carlos*”, hace valer su condición de interino en el hospital sustituyendo a su suegro. A pesar de que la mayoría de los escritos presentados ofrecen perfiles más atractivos, la Junta otorga la plaza a Garmendia.<sup>42</sup> Al año de haber conseguido la plaza, Garmendia reclama con carácter retroactivo el aumento de salario que se le había reconocido a su suegro en 1847 (de seis reales y medio a ocho), siéndole concedido. Este escrito muestra pues que durante el tiempo de interino cobró una cantidad inferior y que al obtener el puesto se le asignó el salario reflejado en el Reglamento y no el pactado personalmente con Oráa. La explicación puede residir en el hecho de que ante la inexistencia de coberturas sociales fuera el propio Ventura Oráa quien pagara a su costa el sustituto y también a que la necesidad de sustitución no implicaba que la suplencia fuera total sino que lo más probable es que Oráa continuara en activo, hasta su muerte, en la medida que le posibilitara su enfermedad.

Durante este periodo sobrevendrá la segunda y más llamativa de las epidemias de cólera en 1855. Nuevamente el hospital, que acondiciona dos salas para coléricos, verá afectada su vida diaria al ser necesario en la ciudad los servicios de todo el personal sanitario disponible. La virulencia de esta epidemia fue tal que todos los recursos humanos existentes con anterioridad, y aún los incrementados en los meses previos a la llegada a Álava, resultaron del todo insuficientes, por lo que toda ayuda se consideró bienvenida. Pasada la epidemia se documentan en el hospital unas “*aulas de*

---

<sup>41</sup> Son las que hay testimonio documental, pero no puede asegurarse que se encuentren todas.

<sup>42</sup> En diciembre de 1866 en resolución de una queja presentada por otro Practicante que habrá en el Hospital, la Junta desvela en referencia a la elección de Garmendia en 1850 que “*los pretendientes tenían mayores conocimientos y superiores títulos facultativos que los que se necesitan para un destino que mas que gran pericia facultativa requiere bastante práctica; y por serles conocida la del D. Manuel Garmendia y por otras circunstancias particulares de familia le proponen en primer lugar de la terna ...*”.

*formación*” donde los médicos del centro imparten clases y conferencias al resto de médicos de la ciudad, estudiantes e interesados, dejando claro cómo el hospital se constituye en un centro esencial en la formación del propio médico que lo distingue de sus compañeros no hospitalarios en cuanto a capacidad y conocimiento. El hospital se hace atractivo para el médico que se presenta en mayor número a las vacantes surgidas y, de conseguirla, no la abandona hasta su fallecimiento.

El 5 de febrero de 1858, Garmendia escribe a la Junta aludiendo al crecido número de enfermos acogidos, lo que le ha obligado a valerse de la ayuda de otro practicante y solicita la creación de una o dos plazas más de Practicantes idóneos. El 11 de febrero la Junta acepta la presencia de un segundo practicante que ha de estar a cargo y costa de Garmendia por lo que aumenta su salario a 16 reales diarios advirtiendo *“sin que el practicante figure para nada en las nóminas de pago”*. La Junta añadirá una normativa específica en 5 puntos de la que sólo queda constancia en el acta de esa resolución con fecha 18 de febrero de 1858.

*“1. El sueldo de los 16 reales que se asignan al Ayudante de Cirugía con la obligación de sostener un practicante, se entiende los diez reales como asignación propia del Ayudante y los 6 reales para el practicante, estendiéndose [...] una sola nómina á favor del primero.*

*2. El practicante dependera en todos los asuntos del servicio de los S<sup>res</sup> facultativos y en ausencia de estos del Ayudante.*

*3. Nunca faltarán del Establecimiento a la vez el Ayudante y el practicante, combinando sus horas y necesidades de modo que uno de ellos se halle siempre dentro del recinto pronto a acudir donde convenga.*

*4. El practicante dormirá en el Establo.*

*5. Sufrirá un examen para obtener su plaza y este se [realizará] ante los facultativos del servicio quienes calificarán si es idóneo para obtenerla y la Junta elegirá entre los aprobados.”*



De esta normativa ha de subrayarse varios aspectos. En primer lugar desde este momento hasta su muerte Garmendia aparecerá nombrado siempre como Ayudante e incluso como Profesor Ayudante, reservando el término Practicante, primero a este nuevo contratado y con posterioridad a los dos que existirán y que estarán a cargo de Garmendia. En segundo lugar se establecen diferencias de salario y de hospedaje que, como veremos, no parecen corresponderse con la labor que realizan ambos, por lo menos hasta 1870 en que definitivamente se coloca a Manuel Garmendia en una posición jerárquica por encima de los dos Practicantes que habrá entonces. Y en tercer lugar es la primera vez que se hace mención a un proceso selectivo mediante examen, aunque en la práctica no se halle constancia documental de que se realizase.

A partir de 1861 aparece referido Manuel Labarga ocupando este puesto de practicante, sin que podamos constatar si también lo ocupó desde 1858 o si existió otro practicante previo. La situación de Labarga, pagado por Garmendia y sin figurar en la nómina del hospital, persistirá hasta el 21 de abril de 1865 en que, desconociéndose los motivos que lo indujeron, una comisión especial de la Junta decide la situación que en lo sucesivo habrá de tener el practicante Manuel Labarga, adscribiéndole un salario de 5 reales diarios (antes cobraba 6) pero con habitación, alimentos y limpieza de ropa dentro del establecimiento.

Así pues Labarga parece mejorar algo sus condiciones, aunque continúa existiendo una marcada diferencia de salario con Garmendia. Su situación no sólo se ve confusa ahora sino que él mismo la veía así entonces; el 14 de diciembre de 1866, Labarga escribe a la Junta en estos términos:

*“S.S. de la Junta de este Hospital cibil. Muy s.s. mios y de todo mi respeto. El otro día se me requirio por falta a mis obligaciones en este Hospital y boy a cumplir cinco años y todabia no se cuales son las que tengo.*

*Espero me las de U.U. estas obligaciones si es posible para poder cumplir con ellas.”*

La Junta en su respuesta hace un recorrido por la evolución de las figuras del Ayudante y del Practicante desde 1850 y la forma en que se han constituido, sin entrar en definir obligaciones para uno y otro, ya que da a entender que en realidad son las mismas, y lo que existe en el trasfondo es una discrepancia entre Garmendia y Labarga por lo que la Junta opta por una solución salomónica y, salvo durante las guardias, determina que Garmendia se ocupará de los enfermos de medicina y Labarga de los de cirugía “*pero ayudándose y sustituyéndose en caso necesario*”. Así pues deciden dividir el terreno entre los dos que, teóricamente, realizan las mismas funciones y no están jerarquizados uno a otro (al menos de manera reglamentada), pero en la práctica mantienen las diferencias salariales.<sup>43</sup>

El 21 de junio de 1870 la comisión de hacienda de la Junta Directiva comienza a debatir la necesidad de aumentar la plantilla de Practicantes con la incorporación de un tercero, ya que se concluye que no es posible organizar el servicio, “*las curas asistenciales, guardias constantes, y orden en la extension de libretas de Medicinas y alimentos con el S<sup>o</sup> ayudante y practicante*”.<sup>44</sup>

Por su parte Manuel Labarga, teniendo conocimiento de que la Junta iba a proponer ampliar la plantilla con un nuevo practicante intenta mejorar sus condiciones de vida con varias exigencias sin las

---

<sup>43</sup> Es muy difícil entender exactamente esta diferencia; está claro, especialmente viendo otros documentos en los que la Junta se muestra muy escrupulosa en el control de gastos, que resulta casi imposible que fuera a permitirse dos salarios diferentes para un mismo trabajo, por lo que hemos de suponer alguna diferencia en la carga o responsabilidad de trabajo, o bien, que la desigualdad resultase del mantenimiento familiar, ya que sí existe constancia de que Garmendia estaba casado y tenía al menos una hija (residiendo todos en el Hospital) mientras que se desconoce el estado de Labarga. Por otra parte, tenemos constancia de que Garmendia asistía también al cuerpo de Miñones y a los presos, pero dado que al menos solicita gratificaciones por estos servicios en 1854, 1857 y 1863, pensamos que no estaban incluidos en el salario del hospital. A.T.H.A. sigaturas D.1767-2, D.1742-3 y D. 1829-1.

<sup>44</sup> Respecto a Garmendia añade, “*Autorizado a visitar fuera del establecimiento por los estatutos de esta Casa, de avanzada edad y despues de muchos años de servicio en el Hospital, no es posible hoy obligar a el Ayudante a realizar la pesada consigna de una guardia alternada de 24 horas de duración*”.

cuales amenaza con abandonar su puesto.<sup>45</sup> No hay una respuesta expresa de la Junta pero ha de entenderse que no aceptan sus condiciones ya que, en lugar de una, convocaran dos plazas -una en julio y otra en septiembre- y no se vuelve a tener noticia de Manuel Labarga.

De las Hijas de la Caridad tenemos conocimiento de peticiones al Director General de la Congregación de San Vicente de Paúl para aumentar su número pero dada la escasez de personal éste fue fluctuante. Respecto a las superiores, a Josefa Apezteguía le sucede a su fallecimiento en 1863 Sor Eustaquia Lascurain que se jubilaría en 1871, y a ésta Sor María Esparza Larrate que moriría en 1875, sucediéndole Sor Pascuala Florentina Ardaiz que llevaría el hospital al nuevo siglo antes de su fallecimiento en 1903.

#### VI. 1. 5. Proyecto de Reglamento para el servicio de Ayudante y Practicantes. 1870. El Practicante Mayor o Ayudante.

En sesión de 21 de julio de 1870 la comisión de hacienda de la Junta convierte en proyecto el borrador de Reglamento para el servicio de Ayudante y Practicantes esbozado en la sesión anterior. No hay constancia de que pasara de la fase de proyecto, pero resulta patente que el modelo organizativo que se plantea se ve reflejado en la práctica, y determina la configuración del servicio entre 1870 y 1879, por lo que concluimos que dicho proyecto se constituyó como un

---

<sup>45</sup> Con fecha de 30 de junio de 1870 escribe a la Junta en los siguientes términos: *“Hace dos meses que una comisión de esta Junta me llamo por falta que yo había tenido en mi serbicio, hace ocho años y cuatro meses que estoy en el Hospital y todavía no se las obligaciones mas que de palabra, hasta ahora he salido á todo lo que me han buscado de fuera y he ganado para poder pasar con los cinco reales que me dan diarios: mantenido y limpieza de ropa, pero como desde el primer día he tenido que limpiar la ropa fuera [por] tenerme la mitad del tiempo tambien fuera. Para que me quede de Practicante me han de dar sueldo en dinero y yo comer donde me parezca, veinte y cuatro horas de Guardia y veinte y cuatro libre después de cumplir con las visitas de las salas que me encarguen lla con el cirujano ó medico y obligaciones para poder cumplir con ellas. U.U. dispondran lo que les conbenga diciendo el tiempo que necesitan para buscar otro, en caso que no acepten esta proposición en la primer Junta que tengan”.*

Reglamento real, aunque quizá no se publicase al modificar sólo una categoría.

El elemento principal de este proyecto es establecer una diferenciación jerárquica entre los Practicantes. Según este reglamento, tras el médico y el cirujano habrá un “*Ayudante ó Practicante Mayor*”, a cuyo cargo estarán otros dos practicantes, contando además con “*dos mozos ó enfermeros*”.

De esta forma Manuel Garmendia ve consolidada su posición por encima de los nuevos Practicantes con el cargo de Ayudante o Practicante Mayor. Podría pensarse que esta figura viene a rememorar la previa de Enfermero Mayor, sin embargo, aquel Enfermero Primero o Mayor que unía en una las figuras tradicionales de Hospitalero y Sangrador tenía múltiples funciones más allá de la asistencial, mientras que este Ayudante o Practicante Mayor reduce sus funciones a las asistenciales, la supervisión de los otros dos Practicantes y la gestión del material e instrumental sanitario.

La convocatoria será pública y el acceso mediante examen.<sup>46</sup> El 27 de julio de 1870 su publica el anuncio en el Boletín Oficial de la provincia de Álava y, al menos, en el periódico médico “El siglo Médico” editado en Madrid. El texto era el siguiente:

*“Se hallan vacantes dos plazas de practicantes de Medicina y Cirujía en el Hospital civil de Santiago de la ciudad de Vitoria.*

*Las solicitudes deberán dirigirse al señor Secretario de la Junta Directiva de dicho Hospital hasta el día 31 de Agosto del corriente año.*

---

<sup>46</sup> Al convocarse las dos nuevas plazas de Practicante, diferenciadas ya de la de Ayudante en un sentido jerárquico, el cronista Núñez de Cepeda las denominará plaza primera y segunda para establecer un orden cronológico en la ordenación del archivo del Hospital, del que era archivero en 1931, aunque no se advierte en los documentos del momento que hubiera existido esa clasificación en el Hospital ni que ello supusiera una distinción de rango entre ambas. Por su evidente claridad nosotros seguiremos también la línea sucesoria de los Practicantes atendiendo a una hipotética plaza nº 1 y plaza nº 2.

*Los aspirantes serán mayores de diez y ocho años, solteros, de buena salud y conducta, sugetandose á un exámen de aptitud ante los facultativos de servicio en dicho Establecimiento. Acompañarán las relaciones de méritos, servicios y certificados de conducta.*

*Las condiciones y sueldo estarán de manifiesto en el Hospital.”*

Únicamente se presentan dos candidatos y de ellos sólo uno pasa el examen. Este descenso en los pretendientes a plaza de practicante será ya una constante en lo que queda de siglo. Tres son las causas fundamentales de esta pérdida de atractivo, por una parte el bajo salario, que la propia Junta reconocerá posteriormente, en segundo lugar la obligación de ser soltero y en tercer lugar el descenso de sus competencias profesionales ya que en la práctica se les considerará Practicantes de segunda.

Efectivamente lo que la Junta diseña es mantener a Garmendia como verdadero practicante, con plenas facultades, remunerado como tal y con vivienda en el hospital para él y su familia, siendo ayudado por dos Practicantes titulados que, independientemente de sus méritos y capacidades, se les va a considerar meros auxiliares, pagándoles menos de la mitad que a Garmendia y obligándoles a permanecer solteros si querían continuar en el puesto, lo que hasta entonces sólo se exigía a mozos y criados.<sup>47</sup> La motivación no queda clara en la documentación, pero probablemente lo fuera por cuestiones económicas, por lo que es posible que se decidiera este sistema de doble escalafón para poder aumentar el número de practicantes sin aumentar el gasto. Este sistema, que en sí mismo establecía diferencias poco éticas, resultará a la larga dramático para los practicantes, ya que no establecía la posibilidad de mejorar en el escalafón y, además, tras la muerte de Garmendia se suprimirá su plaza de Ayudante -en realidad la única verdaderamente de practicante de manera digna- siendo sustituido por un médico.

---

<sup>47</sup> Tomando como referencia el Reglamento de 1837 (reedición de 1861), les convierte en categoría de sirvientes: “DISPOSICIONES GENERALES. Artículo 1º No se podrá admitir en clase de sirvientes del Establecimiento á ningun matrimonio, y mucho menos con familia; ...”.

Examinados los dos únicos aspirantes el 19 de septiembre de 1870, el cirujano Gerónimo Roure y el médico José Páramo dictaminan que *“Narciso Díez ha demostrado aptitud pero que Bartolomé Fuentes carece de la instrucción necesaria”*, pero al no haber más candidatos solicitan a la Junta que lo admitan y que en *“un plazo de uno o dos meses habiendo recibido la instrucción teórico-práctica necesaria se le someta a un nuevo exámen”*. La Junta admite a Narciso Díez<sup>48</sup> pero decide volver a convocar la segunda plaza, publicando con los mismos términos que en julio, en el Boletín Oficial de la provincia de Álava, en el *“El Siglo Médico”* y en *“El pabellón Médico”*, en septiembre de ese año. Se presentan dos candidatos que son examinados el 7 de noviembre dictaminándose que *“Ambos han demostrado en dicho acto bastante instrucción en la cirugía menor, satisfaciendo cumplidamente a las preguntas [...] debiendo únicamente establecer entre ellos alguna diferencia en cuanto a su instrucción literaria mucho mas completa en D. Bernabé López”*. La Junta lo aprueba el 11 de noviembre.

Con estas dos nuevas incorporaciones el hospital contará hasta 1879 con tres Practicantes, de los que uno -Garmendia- ocupando la plaza de Ayudante o Practicante Mayor, se halla jerárquicamente por encima de los otros dos -Díez y López-. En consecuencia entre 1870 y 1879 podemos considerar como vigente el Proyecto de Reglamento para el servicio de Ayudante y Practicantes que se aprueba en la sesión de la Junta el 21 de julio de 1870 en los siguientes términos:

*“La Comision de Hacienda en cumplimiento de lo acordado por la Junta tiene el honor de proponer el siguiente proyecto de Reglamento para el servicio de Ayudante y Practicantes de el Hospital*

*El personal del servicio facultatibo se compondra por haora*

---

<sup>48</sup> Narciso Díez Labarga (desconocemos si existía parentesco con el anterior Manuel Labarga) se presenta en su solicitud como *“natural de Fonzaleche, provincia de Logroño, soltero con 27 años de edad. Barbero sangrador de la villa de Elciego”* con experiencia de más de quince años en varios hospitales civiles y militares y en distintos pueblos.

*De dos S<sup>res</sup> Profesores de Medicina y Cirugía*

*Del Ayudante ó Practicante Mayor*

*De dos Practicantes*

*De dos mozos ó enfermeros.*

*Ayudante*

- 1. El Ayudante vive en el Establecimiento.*
- 2. Es el gefe inmediato de los Practicantes*
- 3. Antes de la visita de los Sres. facultatibos habra girado una minuciosa por las mañanas al abrir las salas: asistira á las dos curas y visitas de los facultatibos distribución de Comidas y finalmente por la noche realizara una ultima visita de diez á doce.*
- 4. Si ocurre cualquier novedad de dia ó de noche acudira á las salas haciendo prevenir á los Sres facultatibos si el caso lo exige.*
- 5. No saldra del Hospital sin prevenir el sitio donde podra encontrarsele.*
- 6. Llevará la libreta de alimentos en el acto de este servicio que le esta encomendado especialmente.*
- 7. Cuidara se cumplan rigurosamente las prescripciones de los Sres facultatibos por los practicantes.*
- 8. Estaran á su cargo los aparatos instrumentos y material de curas respondiendo de ellos bajo inventario.*
- 9. Entregara á los practicantes bajo recibo el material necesario para el servicio ordinario.*
- 10. Preparara los vendages, teniendo siempre prevenidos los necesarios y dispuestos á usarse en el momento que se le pidan.*
- 11. Ayudara y asistira á todas las operaciones y autopsias juntamente con el practicante que no este de guardia.*

*12. Seguirá cumpliendo todo lo dispuesto en los Estatutos y Reglamentos posteriores en cuanto no se oponen á los artículos que preceden.*

*Practicantes.*

*1. Los practicantes están bajo las inmediatas órdenes del Ayudante, dependiendo todos de los Sres. facultativos para los actos de sus servicios y del semanero y Sra. Superiora de las hijas de la Caridad, en los que conciernen á el régimen y orden interior de la Casa.*

*2. De los dos practicantes el uno se ocupará de los enfermos de Cirugía y el otro de los de Medicina.*

*3. Realizarán ambos en sus respectivas salas las curas y servicios de mañana y tarde asistiendo á las visitas de los facultativos en las que llevarán y extenderán los recetarios de Medicinas alimentos y prescripciones relativas á las curaciones.*

*4. Uno de los dos practicantes estará siempre de guardia en el Hospital sin que por ningún concepto pueda abandonar las salas. La guardia en que alternarán será de 24 horas relevándose en la visita de la mañana.*

*5. El practicante de guardia quedará encargado de la totalidad de los enfermos en las horas que median entre una y otra visita y cura y al efecto deberá el saliente entregar la libreta de sus salas con las instrucciones convenientes al servicio de los enfermos que están á su cargo.*

*6. Siempre que el facultativo lo ordene ó á última hora lo disponga el Ayudante, velará al enfermo ó enfermos que sea necesario, conviniendo el servicio con un mozo ó enfermero pero siempre bajo su inmediata responsabilidad.*

*7. Harán todos los servicios de rasuras cortar el pelo &.*



8. *El practicante de Guardia hara que se cumpla lo prescripto en los artículos 6º y 8º del Reglamento de 1837 ayudando á las hermanas de la Caridad para su puntual observancia.*

9. *Quedan obligados á realizar todos los servicios que la experiencia acredite ser convenientes y acuerde la Junta en el porvenir.*

10. *El sueldo sera el 4 r. casa comida y ropa limpia.*

*Vitoria 21 de Julio de 1870”*

Las diferencias que se establecen entre el Ayudante y los Practicantes son palpables, y la gran importancia que tiene para la profesión enfermera este cambio radica en que la creación de la figura de Ayudante no se realiza a expensas de aumentar las competencias de uno de ellos, sino a base de disminuir la de los otros dos.

Probablemente uno de los cambios cualitativos que mejor reproduce esta pérdida de competencias sea la inclusión de la soltería como condición necesaria para ocupar la plaza de practicante y, aunque residen en el hospital -tienen habitación y comida-, los días que no están de guardia han de salir a ejercer en la ciudad para completar unos ingresos de 4 reales diarios -frente a los 10 del Ayudante-, que únicamente les permite la subsistencia y que la propia Junta reconocerá al aumentarles el salario a 6 reales (un 50%) 3 años más tarde.

De las funciones descritas en el proyecto, tanto para el Ayudante como para los Practicantes, dada su claridad descriptiva, solamente volver a incidir sobre la cuestión fundamental, la de que únicamente se otorga confianza al Ayudante y es el único de los tres que mantiene tareas de responsabilidad y cierta autonomía.

Este orden de cosas continuará hasta la muerte de Manuel Garmendia a finales de 1878. Un año antes, en febrero de 1877, el practicante Narciso Díez había presentado un escrito a la Junta

renunciando a su plaza “no siéndole posible continuar por razones que (en caso necesario) expondrá verbalmente”.<sup>49</sup>

En el caso de Bernabé López sabemos tan poco de su marcha como de su llegada; en junio de 1873 se publica, al menos en el Boletín Oficial de la Provincia y en “El Siglo Médico”, convocatoria de una plaza de practicante, con los mismos términos y requisitos que en los anuncios de 1870, con el fin de sustituirle. De esta convocatoria están documentadas tres solicitudes, aunque sólo dos son examinados el 15 de agosto, decantándose los médicos por Juan Ramírez de Ocariz<sup>50</sup> ya que “han podido apreciar [...] una instrucción sólida y completa, no solo en lo relativo a la cirugía menor, sino también en el conocimiento de las termas medicamentosas, dosificación de las sustancias medicinales, correspondencias de pesos y medidas”.

La buena impresión que parece causar entre los médicos no se corresponde con las condiciones que ofrece el hospital y, en septiembre del mismo año, presenta junto a Narciso Díez, una solicitud de aumento de sueldo. La Junta, reconociendo “la dificultad de procurarse practicantes, demostrada por la casi absoluta falta de pretendientes en las condiciones de sueldo que hoy disfrutan”, aumentan a “6 reales diarios en vez de los 4 r que hoy disfrutan quedando a cargo de los mismos el planchado y cosido de sus prendas de ropa”. Un año después de haber obtenido la plaza ha de abandonarla el 15 de agosto de 1874 al haber sido llamado a filas en la reserva extraordinaria que aquel año dispone el Gobierno de la República.

---

<sup>49</sup> Sabemos que Narciso volvió a su pueblo natal, Fonzaleche, probablemente para contraer matrimonio, lo que no permitía su continuidad en el Hospital ya que sólo se admitía practicantes solteros. No obstante, en 1889 está de nuevo en Vitoria ejerciendo como practicante en la cárcel celular (A.T.H.A. Sig. D.2633-21). Murió joven dejando un hijo de 10 años, Ciriaco, que estudió para Practicante no logrando finalizar los estudios. Quienes sí lo lograron fueron los dos hijos de éste, Ángel y José, que ejercieron ambos como Practicantes. Actualmente una hija de José, Maite Díez, es enfermera de Atención Primaria en Vitoria, además de Podóloga.

<sup>50</sup> Juan Ramírez de Ocariz y Barcina se presenta como “natural de Pancorbo provincia de Burgos de veinte y tres años de edad Practicante de la Universidad Central”.

El 19 de septiembre de 1874 se publica anuncio de la plaza vacante en el Boletín Oficial de la Provincia, manteniendo los mismos requisitos que en las convocatorias previas. De las dos solicitudes presentadas es elegido tras examen el 16 de noviembre, Gabriel López de Guereñu y López de Heredia.<sup>51</sup> Permanecerá en el puesto hasta marzo de 1879 en que expone a la Junta que por su deseo de “*establecerse por su cuenta en esta ciudad hace renuncia de su cargo...*”. Con él queda patente el paulatino desinterés que las vacantes del hospital generan entre la profesión; ingresa prácticamente sin experiencia previa y, cuando la adquiere, decide establecerse en el servicio privado. La fecha de su marcha es significativa, en octubre del año anterior había muerto Garmendia y, previamente, había dimitido Narciso Díez, lo que llevará a la Junta a una nueva remodelación del servicio de Practicantes editando un nuevo Reglamento. El gran cambio acontecerá en la plaza de Ayudante que, en lugar de continuar siendo desempeñada por un practicante lo será por un médico, lo que en la práctica supone eliminar la figura enfermera que, en cierta manera, mantenía la autoridad heredada del Enfermero mayor y del hospitalero. Lo que quedará ahora son los dos practicantes que ya aparecían en un contexto auxiliar, y ahora que pasan a depender de una figura médica con una nueva reglamentación lo hacen de manera clara y definitiva. Esta nueva figura médica que recibirá la denominación de Médico-Cirujano Ayudante de Profesores tendrá un Reglamento propio que se editará pocos días después de que el practicante Gabriel López de Guereñu presentara su renuncia, lo que nos da pie a pensar en la hipótesis de que quizá lo que motivara su marcha fuera precisamente no poder optar a sustituir a Garmendia en su plaza de Ayudante. Y aunque no existan documentos que pudieran dar fuerza a esta hipótesis, resulta claro que la desaparición de

---

<sup>51</sup> Se presenta como “*natural de Heredia provincia de Álava, de edad 20 años, estado soltero, á residido en Vitoria desde edad de 5 años, hasta los 18 que fue á Madrid a estudiar la carrera de Practicante y habiendo concluido dicha carrera á estado de Cabo de Sala en el Hospital General de Madrid medio año y volvió á Vitoria en el mes de Mayo del presente año*”.

Garmendia y su sustitución por un médico marca un hito clave en la evolución del practicante en el hospital Santiago.<sup>52</sup>

Antes de finalizar este periodo es necesario añadir un interesante expediente que nos ofrece una visión realista sobre las características socioeconómicas de estos Practicantes dedicados a la Beneficencia Pública. En él la viuda de Manuel Garmendia, María Oráa, y su hija, Tiburcia Garmendia, solicitan a la Junta tras la muerte del Ayudante, atendiendo a los dilatados servicios de éste así como de su antecesor Buenaventura Oráa (padre y abuelo de las solicitantes) en el hospital y haciendo referencia a *“lo reducido del sueldo que disfrutaron aquellos y que no han podido hacer economía”* una gracia vitalicia *“para el pago de alquiler de una modesta habitación y subsistencia más indispensables”*. La Junta reconoce por escrito los servicios de aquellos y confirma la precariedad de la viuda y, a pesar de no existir precedentes, decide concederle una pensión vitalicia de 3 reales vellón diarios (75 céntimos de peseta) amparándose en que salvo el caso de Garmendia no existe en ese momento ningún empleado casado, por lo que no podría repetirse fácilmente una solicitud similar y a que, debido a la edad de la viuda (68 años), no supondría *“un sacrificio largo ni descuántia”* a la hacienda del hospital. De este expediente destacamos dos elementos, por un lado la alusión directa a un bajo salario y por otro la desprotección social de las familias en caso de fallecimiento del miembro activo, remarcando la peculiaridad de la viuda María Oráa que, entre su padre y su marido, debió haber vivido en el hospital, participando ineludiblemente en su vida diaria, al menos durante 45 años, toda una vida que no merece ningún derecho ya que en la respuesta de la Junta no se hace mención a ello, la pensión es un acto de buena voluntad atendiendo al buen servicio de su padre y de su marido.

Respecto a los salarios, resulta muy difícil realizar comparaciones, ya que si bien podemos partir de que Garmendia

---

<sup>52</sup> De López de Guereñu volvemos a tener noticias en 1898 a través de un anuncio en prensa (El Anunciador Vitoriano, 21 de abril de 1898) en la que informa de un cambio de domicilio en su consulta de callista. Su nueva dirección es la Calle de la Estación (actual Dato) lo que sugiere una buena marcha del negocio privado.

recibía un sueldo de 10 reales (2,50 Ptas.) al día (no hay constancia de que se le aumentase desde 1858), no podemos cuantificar el valor del alojamiento que él y su familia tenían en el establecimiento, ni los ingresos por servicios fuera del hospital. Otro tanto habrá de decirse de los practicantes que estaban cobrando 6 reales diarios (1,50 Ptas.) pero con alojamiento, comida y lavado de ropa (no así el planchado y el remiendo) y sin cargas familiares. Recordemos las quejas de Labarga aludiendo a la necesidad de tener que trabajar fuera del hospital lo que le obligaba al cuidado de la ropa por sí mismo. Si tomamos como referencia al historiador local Antonio Rivera, a principios del siglo veinte se calcula que el gasto medio diario de una familia obrera era de 3,67 Ptas.<sup>53</sup> Habrá de decirse entonces que, de manera aproximada y salvando la diferencia de fechas, en el hospital el Ayudante Garmendia tenía un salario obrero destinado a la subsistencia sin capacidad de ahorro, y otro tanto de los practicantes merced a su soltería, ya que de lo contrario su sueldo estaría por debajo de la media obrera. Así pues, los servicios fuera del hospital se convertían en una necesidad.

VI. 1. 6. Reglamento para el servicio de practicantes. 1879. El Médico-Cirujano Ayudante de Profesores.

Al parecer del cronista Núñez de Cepeda, la Junta Directiva deseaba tener desde hacía tiempo a un médico de guardia con residencia en el hospital, con el fin de cubrir las necesidades y urgencias que pudieran surgir entre una visita médica y otra, o por la noche, sin tener que recurrir a la búsqueda del facultativo por la ciudad. Con una ocupación diaria de entorno a 70 enfermos parece justificado el deseo de la Junta, aunque no se conseguirá efectivamente hasta 1926 en que se crea el Cuarto de Socorro y se constituye un cuerpo de médicos de guardia. La propuesta de la Junta no fue aceptada por ninguno de los médicos titulares, por lo que al

---

<sup>53</sup> Con unos salarios medios de 3,45 Ptas. diarias (lo que obligaba a mujeres y niños al trabajo para equilibrar el presupuesto). Rivera Blanco, Antonio. “La ciudad levítica...”.

fallecer el Ayudante Manuel Garmendia deciden cubrir su lugar con un médico de nueva contratación creando una figura nueva, la del Médico-Cirujano Ayudante de profesores.

La plaza será ocupada por Luis Arroyo España durante el breve tiempo que existe, entre 1879 a 1883, fecha en la que al modificarse la estructura de la Beneficencia Pública Municipal creándose unas plazas de médicos y practicantes para la Beneficencia Domiciliaria, desaparece.

La creación de esta figura fragua un reglamento específico para ella y, dado que sus funciones usurpan buena parte de las del practicante, otro reglamento para los Practicantes en el que ven mermadas sus atribuciones quedando como auxiliar técnico del primero. A pesar de la brevedad temporal de este cargo, implica un cambio de tendencia en el funcionamiento del hospital y, especialmente, en el papel desempeñado por el practicante, pudiéndose aseverar que desde ese momento se configura plenamente la pérdida de autoridad y autonomía que le quedaba, siendo relegado a una posición auxiliar.

Paradójicamente la plaza de Médico-Cirujano Ayudante “*se crea en sustitución de la de ayudante de cirujano o practicante*” según se expresa literalmente en el prefacio de su reglamento. Ello supone acabar con una línea enfermera que entronca directamente con el antiguo Síndico u Hospitalero, cuyas atribuciones junto a las del Sangrador externo habían sido refundidas en el Enfermero Mayor.

Probablemente la unión entre médico y hospital fuera a darse de todos modos independientemente de la existencia de esta figura, dado que el avance de la medicina corría pareja al desarrollo del mismo y a sus capacidades estructurales y de inversión (autopsias, quirófanos, laboratorio, RX, etc.) que convergerán en el hospital Santiago al inicio del s. XX, y cuya escenificación más clara será la aparición de la figura de Director del hospital en manos del médico titular en 1912. Sin embargo, la existencia del médico Ayudante anticipa esa convergencia expresada en el deseo de la Junta de suplir al practicante, digamos en jefe, cuya regulación oficial -a nivel estatal-

prácticamente lo había limitado a la cirugía menor, por un médico cuya profesión se hallaba en plena expansión de conocimientos, de funciones y también de influencia y poder social. La creación de esta figura anticipa pues el cambio de la asociación secular de lo hospitalario con la enfermería a la imagen que aportará el s. XX de asociación entre hospital y medicina.

El Médico-Cirujano Ayudante es, en cierta manera, un híbrido. Se trata de un médico que ayuda a otros médicos pero *“en ningún caso podrá sustituir a los Señores Facultativos de servicio en sus ausencias y enfermedades, si hubiesen de durar más de un día”*, y a pesar de que *“como jefe que es de los practicantes en la parte facultativa”* se le señala claramente en una nota al final del reglamento que *“se recuerdan las prescripciones del reglamento para el gobierno interior del Hospital del año 1837, en la parte que al Señor Médico ayudante, subrogado al antiguo Ayudante, puedan corresponder”*.

En esencia, la labor manual y técnica del practicante, basada en un corpus de conocimientos propios, regulada por una ley que le asigna funciones básicamente de cirugía menor, no se ve alterada por la presencia del médico Ayudante; es más, encontraremos en los reglamentos mayor concisión en la definición de sus obligaciones y éstas no serán sino las que se regulan en el reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas de 1861, por lo que habrá de decirse que los practicantes del hospital Santiago en este periodo corresponden a la expectativa que da la ley. Lo que verdaderamente se altera en la profesión del practicante con el nuevo reglamento de 1879, hasta su completa desaparición, será la autoridad y la autonomía que aún le restaba.

Baste transcribir los artículos 10 y 11 del reglamento del Médico-Cirujano Ayudante para confirmarlo:

*“Art 10.- Como jefe que es de los practicantes en la parte facultativa vigilará para que las aplicaciones de sanguijuelas, cataplasmas, sinapismos, vejigatorios, etc. se hagan bien y en las regiones determinadas por el Médico-Cirujano de la visita. Tambien*

*vigilará la oportuna administración de lavativas, así como la rasura semanal, cortar el pelo y demas operaciones de asistencia á los enfermos, higiene, limpieza y aseo que deban ejecutarse por aquellos ó por la Hermanas y enfermeros.*

*Art 11.- El Médico ayudante deberá practicar las sangrías, establecer fuentes ó exutorios, las escarificaciones y todas aquellas curas que exigen precisión y conocimientos especiales, cumpliendo exactamente y por sí mismo cuanto los facultativos de servicio le ordenen relativo á sus obligaciones. Solo se le permitirá que en aquellas operaciones de cirugía menor de cierta importancia le sustituyan los practicantes, cuando reunan estos la pericia y conocimientos necesarios para practicarlas sin peligro para los enfermos, y bajo su responsabilidad”.*

Aunque sin lugar a dudas la mejor ejemplificación proviene del propio reglamento de practicantes, en cuyo artículo 15 se evidencia claramente la pérdida de confianza hacia la profesión enfermera:

*“Los Señores Facultativos de servicio y Médico Ayudante podrán imponer á los practicantes castigos de privación de sueldo ó guardias de recargo hasta de tres días por las faltas cometidas en el servicio...”*

En 1821, el Enfermero Mayor era *“el depositario de la vida y reputación del hombre y mujer que entran en el hospital...”* había de *“velar incesantemente sobre los ayudantes y mozos”* y en caso de alguna falta en los mismos era él quien apercibía y ejercía el régimen disciplinario sobre las categorías auxiliares, las únicas reglamentadas en sentido punitivo. Cincuenta y ocho años después su heredero, el practicante, se encuentra bajo ese mismo régimen disciplinario que, en los reglamentos, sólo se transcriben para las categorías más inferiores por carecer de confianza. Así pues, podemos concluir que durante este periodo el practicante, si bien mantiene sus atribuciones como Cirujano menor, carece de autonomía para ejercerlas y, de ser en las etapas precedentes el ayudante del médico y cirujano, auxiliado por mozos y enfermeros, pierde autoridad pasando a ser un mero auxiliar especializado.



Durante este breve periodo entre 1879 y 1883 se producirán varios ingresos de practicantes sustituyendo a las vacantes causadas por Narciso Díez en 1877 -ocupando la llamada plaza nº 1- y Gabriel López de Guereñu en 1879 -que ocupaba la denominada plaza nº 2-.

Tras la renuncia por motivos personales de Narciso Díez, se convoca su plaza en los mismos términos y exigencias que las convocatorias de 1870, publicándose en febrero de 1877 al menos en el Boletín Oficial de la Provincia y en el periódico madrileño “El Siglo Médico”. Se documentan 7 aspirantes, aunque luego la Junta hablará de 5 pretendientes, de los que únicamente se presentarán 3 al examen del 2 de Mayo y que aprobarán 2 de ellos, Fausto Ruiz Cerro y José Galocha Barbero, que son presentados por los facultativos como idóneos, destacando la mayor antigüedad y la hoja de buenos servicios que presenta el primero y, del segundo, su certificado de haber pertenecido al cuerpo de Sanidad Militar. La Junta Directiva se decanta por Fausto Ruiz<sup>54</sup> que desempeñará sus funciones hasta diciembre de 1881, fecha en la que comunica a la Junta su intención de contraer matrimonio, solicitando la compatibilidad con el puesto y, en caso de aceptarse, que se le abone en metálico la comida y que el día que esté libre pueda estar en compañía de su familia. Pero la Junta determina que es requisito indispensable para el desempeño de su puesto estar soltero, lo que se recogía en la convocatoria de la plaza, y consecuentemente Fausto Ruiz presenta su renuncia el 27 de diciembre. Regresará al hospital en 1901, cuando ya no será requisito estar soltero.<sup>55</sup>

El 5 de enero de 1882 se publica su vacante en el Boletín Oficial de la Provincia modificando ligeramente el texto de 1870:

*“Se halla vacante en dicho Establecimiento una plaza de practicante de medicina y cirugía, con el sueldo diario de una peseta cincuenta céntimos, casa y alimentación.”*

---

<sup>54</sup> En su solicitud aparece como “*natural de Tricio provincia de Logroño, de 31 años de edad. Practicante y residente en Nanclares de la Oca*”.

<sup>55</sup> Entre ambas fechas lo documentamos al menos en 1894 ejerciendo como practicante en la cárcel de Vitoria (A.T.H.A. Sig. D.4441-2).

*Los aspirantes serán mayores de 18 años, solteros ó viudos sin hijos, de buena salud y conducta y deberán sujetarse á un exámen de aptitud ante los Sres. Facultativos de servicio”*

Dos son los aspectos novedosos en el texto, por una parte extiende el requisito de soltería a los viudos sin hijos, y por otra, la inclusión explícita del salario y ya en pesetas,<sup>56</sup> es decir el sueldo continua siendo el mismo, 6 reales.

Otra novedad reside en que por primera vez se documenta el anuncio de la plaza vacante en periódicos locales como “El Anunciador Vitoriano” y “El Gorbea”.

Referidos a esta convocatoria aparecen expedientes de 4 aspirantes de los que sólo se examinan 3 que “*son muy actos*” a criterio de los médicos del servicio del hospital y, “*entre casi iguales*” proponen en primer lugar a Cesáreo Ruíz Álvarez<sup>57</sup> que la Junta acepta el 11 de marzo. Cesáreo únicamente permanecerá en el hospital ese año, apareciendo luego citado en su lugar Vicente Salinas Gonzalo, sin que exista información sobre la marcha del primero y la llegada del segundo, aunque pudiera estar relacionado con la modificación de la Beneficencia Municipal que, al año siguiente, crea plazas de practicante domiciliario.

Respecto a la plaza nº 2 a la que había renunciado en 1879 Gabriel López de Guereñu para instalarse como autónomo, no existe documento de convocatoria, sino que directamente nos encontramos con un escrito en el que los facultativos dan calificación de apto a Román Domínguez sin mencionar a ningún otro candidato. Éste figura como “*profesor de cirugía menor o Ministrante, de edad de 42 años, estado soltero, residente en Pamplona*” y finalizará el siglo ejerciendo en el hospital.

Por su parte, Vicente Salinas continuará hasta 1889, documentándose, al año siguiente de su incorporación, un dato de gran

---

<sup>56</sup> La moneda se había creado en 1868 con la equivalencia de 1 peseta = 4 reales.

<sup>57</sup> “*natural de Lagran provincia de Álava, de estado soltero y profesión Practicante en cirugía*”.

relevancia ya que este practicante estaba casado.<sup>58</sup> El hecho de que se acepte nuevamente a practicantes casados ha de entenderse como una necesidad de la Junta ante la ausencia de candidatos. La marcha de Salinas, que oficialmente dimite alegando falta de salud, ocultaba la acusación por parte de la Junta, tras denuncia de la Madre Superiora, de haber tenido “*tratos*” con una de las enfermas.<sup>59</sup>

Tras esta renuncia/despido se vuelve a convocar la vacante publicando el 11 de abril de 1889 un anuncio en el Boletín Oficial de la Provincia así como en todos los periódicos locales de distintas ideologías (La Concordia -liberal-, El Anunciador Vitoriano, El Alavés -carlista-, El Gorbea -católico- y Periquito entre ellas,

---

<sup>58</sup> “*Con motivo de haber benido su esposa a residir a esta ciudad desea se le conceda el permiso para salir a comer en su compañía los días de guardia quedando el compañero [Román Domínguez] cubriendo el servicio durante el tiempo preciso de la comida y que se le conceda el haber de dos pesetas cincuenta centimos*”. No consta respuesta de la Junta aunque ha de suponerse que al menos le conceden el salir a comer a casa, pero quizás sin consentimiento de su compañero, ya que el 1 de agosto de 1884 Román Domínguez escribe también a la Junta quejándose por tener que cubrir a su compañero para que pudiera salir a comer a su casa y reclama que le permitan también a él comer por su cuenta fuera del establecimiento. La Junta entiende que no ha de haber diferencias entre los dos practicantes, por lo que implícitamente ha de entenderse que se le concede esa prerrogativa pero “*no pueden dejar desatendido el hospital*”.

<sup>59</sup> Unos días después de su dimisión, Salinas escribe a la Junta refiriendo su versión sobre los hechos acontecidos el 19 de marzo de 1889 en donde relata que “*a las 4 de la tarde proximately al regresar de la Botica me suplicó una enferma que le leyese una carta de un tío residente en Cuba [como había muchos presentes y al objeto de que] no se enterasen de su contenido subimos hasta el escaleron próximo que está a la vista del que pasa por aquel sitio tan publico y tan frecuentado [...] cuando subió una hermana estábamos en su lectura y después cuando bajé la Sra Superiora me trató cual si fuese un criminal, poniéndola a la enferma en la calle a pesar de su mal estado*”. Continúa con un párrafo dedicado a la Madre Superiora que, aún tomado con todas las reservas, testimonia la autoridad que la misma tenía en todos los ámbitos del Hospital: “*el proceder de la Sra Superiora con tanta publicidad ejecutado, y los actos siguientes me han causado un verdadero motivo de ruina moral y material [por lo que está decidido a defenderse aunque] yo bien se que me las voy a ver con una persona poco menos que omnipotente por su posición y por los mil recursos que tiene juntando a su manera las cosas y haciendo montañas de los hechos*”.

“*periódico festivo y satírico o lo que sea*”). El contenido del anuncio contiene modificaciones respecto al último conocido:

*“Se halla vacante en dicho Establecimiento una de las plazas de practicante de Medicina y Cirugía con el sueldo diario de dos pesetas cincuenta céntimos. Los aspirantes á dicho cargo deberán acreditar, ser mayores de veinte y dos años, de buena salud y conducta y sufrirán un exámen de aptitud ante los Sres. Facultativos de servicio en el Hospital”*

Como se aprecia, el requisito de la edad ha aumentado de 18 a 22 años, con ello probablemente se procurase encontrar a Practicantes con mayor experiencia ya que al desaparecer la figura del Ayudante, sobre el cual recaía la responsabilidad de la labor realizada por los practicantes y que él mismo asumía directamente en gran medida, todas las funciones encomendadas al practicante van a recaer directamente sobre ellos, sin intermediarios, siendo necesario un aumento en la confianza de sus capacidades y experiencia. Quizá relacionado con ello se encuentre el aumento de salario a 2 Ptas. 50 Cent., si bien ya no figura explícitamente en el anuncio de la plaza la expresión de “*casa y alimentación*”, que leíamos en la convocatoria de 1882. Documentalmente no hallamos ningún expediente que nos clarifique si el aumento de salario resulta de una compensación porque ya no disfrutaban de alojamiento y manutención o si, por el contrario, es debido al aumento de su carga de trabajo al desaparecer el Ayudante. Al menos se deja entrever que Román Domínguez continuó viviendo en el hospital, lo que daría más fuerza a la segunda hipótesis.

A esta convocatoria de 1889 se presentan 4 candidatos, de los que se desestima a uno por no acreditar el título de practicante. Tras el examen, los médicos presentan “*en primer lugar a los Sres Don Ricardo Fontecha y Pinedo y Don Julian Barrón y Elórtogui y en segundo a Don Felipe Moa y Gil*”. La Junta Directiva se decantará por Julián Barrón “*por tener más practica que Don Ricardo Fontecha...*”. Natural de Villanueva Valdegovía tenía treinta y un años de edad y estaba casado, residiendo en Vitoria donde ya ejercía de practicante. Permanecerá en el hospital hasta que en diciembre de

1908 renuncia, a los 51 años de edad, por “*salud quebrantada*”, concediéndosele el haber diario de una peseta como pensión.

Respecto a la segunda plaza de practicante, ocupada por Román Domínguez desde 1879, en dos expedientes fechados el 24 de marzo y el 14 de abril de 1899 se alude a su jubilación por motivos de “*salud quebrantada y abanzada edad*” y se le concede una pensión de una peseta veinticinco céntimos, pero sin implicar realmente un cese de la actividad, ya que “*quedará con la obligación de servir a la Junta y cuando su salud se lo permita...*”.<sup>60</sup>

Para cubrirle no se convoca la plaza sino que se busca entre conocidos, y teniendo referencias del hospital Militar de Juan Francisco López Ortiz se le oferta el puesto que acepta. De 23 años de edad y natural de Pozuelo (Albacete) servirá al hospital, con carácter interino y con el sueldo oficial de 2,50 Ptas., hasta el 30 de agosto de 1901 en que renuncia por motivos familiares que le obligan a abandonar la ciudad. Sustituyéndole regresará al hospital Fausto Ruiz Cerro, quien había tenido que abandonar el servicio en 1881 al contraer matrimonio.

Finalmente, de las Hermanas de la Congregación de las Hijas de la Caridad existe una relación de enero de 1880 con los nombres y ubicaciones que tenían en ese momento:

Pascuala Ardaiz, Superiora. Eustaquia Lascurain, jubilada. Ignacia Galarza, Botica. María Múgica, Sala de hombres. Francisca Uranga, Sala de mujeres. ¿Osacar?, Sala de mujeres. Agustina Ayala, Botica. Victoriana Muguerra, Portería. Cabares, Maternidad. Olanao, Lavadero. Luisa Garay, Cocina.

---

<sup>60</sup> “*en los casos siguientes.*

*1º Si por cualquier accidente quedara el Hospital sin practicante.*

*2º Si se presenta alguna cura urgente cuando los practicantes esten ocupados o fuera y*

*3º Cuando quede uno sólo para hacer el servicio.*

*Cuando haga servicio completo se le abonará 2 pesetas 50 céntimos [es decir, el salario de Practicante] pero no si sólo es un rato [entonces sólo su pensión de 1,25 Ptas.]”.*

Sobre las Hijas de la Caridad Carasa Soto<sup>61</sup> opina que *“Hay que admitir que fue ésta una mano de obra barata y semicualificada, que [...] posibilitó la viabilidad económica de muchos establecimientos [...] con escasos y anacrónicos medios disponibles. En cambio, debieron significar también un cierto freno en el proceso de tecnificación y terciarización del personal asistente, [...] no contribuyeron a separar la asistencia espiritual del tratamiento científico, no potenciaron la creación de un sistema de autoridad profesional y técnica en los hospitales, donde muchas veces la superiora religiosa disponía de mayor capacidad de decisión que el equipo facultativo.”* (recordar como el practicante Vicente Salinas definía el poder de la superiora como *“poco menos que omnipotente”*). En la documentación consultada para este periodo no hemos hallado apenas información sobre la congregación, y menos sobre su labor asistencial. Ni siquiera en la comunicación con la Junta o el ayuntamiento aparece información expresa sobre la relación existente con las Hermanas, o bien se silenció. El único comentario negativo es el transcrito de Vicente Salinas, mientras que la Junta, en general, transmite una idea de reconocimiento positivo, y es común encontrar formulismos de agradecimiento a su abnegación y sacrificio. Por otra parte, a los comentarios de Carasa Soto habría que puntualizar que, al menos en el caso Vitoriano, es la Junta de Gobierno quien en última instancia controla el gasto, y la tendencia es la del ahorro.<sup>62</sup> En consecuencia, el posible lastre sobre la profesionalización del personal tuvo mucho que ver con los intereses de la Junta. También, contradiciendo a Carasa, opinamos que no podía desligarse la *“atención espiritual del tratamiento científico”* cuando, por ejemplo, a finales de siglo se documenta la petición al médico del

---

<sup>61</sup> Carasa Soto, Pedro. “Historia de la beneficencia en Castilla y León: poder y pobreza en la sociedad castellana”. Universidad de Valladolid. Valladolid, 1991.

<sup>62</sup> Recordemos que en el caso de la enfermería la Junta lo expresa claramente al unir, en 1821, sangrador y hospitalero en el Enfermero Mayor, y especialmente en 1870, al dividir a los practicantes en dos niveles con salarios dispares para una labor que, en la práctica, si no era la misma poco le faltaba, acudiendo a contratar a practicantes jóvenes (entendemos la exigencia de soltería con esa finalidad) con escasa experiencia para que pudieran aceptar unas condiciones tan desfavorables.

hospital para que realice una imposición de manos sobre los escirros de un campesino, muestra de la vigencia colectiva de representaciones religioso-supersticiosas en una sociedad que, todavía, (sobre)vive en la tierra para ganarse la vida eterna, y que no entiende ningún acto sin la mediación divina. Finalmente pensamos que la evolución técnica y científica de los Hospitales en general no dependió tanto de sí mismos como de la capacidad económica de la sociedad que los sustentaban, de la que las Hijas de la Caridad fueron un instrumento enormemente útil sin el cual muchas de las instituciones benéficas hubieran desaparecido por la dificultad económica para su mantenimiento.<sup>63</sup> Por otra parte, no debemos olvidar que la actividad de las Órdenes Religiosas en nuestros hospitales ha llegado hasta tiempos muy recientes, pasando por una terrible guerra civil y un integrismo religioso-político durante la dictadura que poco tiene que ver con el panorama del XIX, de ahí que hayamos de preguntarnos si al aventurar tesis como la de Carasa no se estará completando las lagunas documentales de la imagen de las religiosas de 1850 mediante representaciones de 1950.

## VI. 2. El cólera en Álava.

La provincia de Álava sufrió a lo largo del siglo XIX la incidencia de tres epidemias de cólera morbo-asiático,<sup>64</sup> en 1834, 1855

---

<sup>63</sup> Es conocida la predilección por la Orden de Concepción Arenal, a quien además de su imparcialidad hemos de reconocer un conocimiento de primera mano sobre su labor. No obstante, ha de puntualizarse que tal inclinación parece que obedecía a la mejor preparación de las Hermanas frente a las enfermeras laicas, de ahí que preconizará la necesidad de formación específica para la enfermería.

<sup>64</sup> Enfermedad infecciosa y epidémica, caracterizada por vómitos, deposiciones alvinas, acuosas y copiosas, calambres, postración y supresión de orina. La causa de la enfermedad es el bacilo vírgula, *Vibrio comma*, descubierto por Koch en 1883, contenido en las deposiciones intestinales, el cual se disemina por el agua potable. La enfermedad ofrece gran mortalidad, sobreviniendo la muerte por agotamiento, asfixia o congestión pulmonar. (Diccionario terminológico de ciencias médicas, undécima edición, Salvat editores, S.A.). Endémica en la India y en ciertos países tropicales, aunque pueden aparecer brotes en clima templado, aún hoy en estos países su control sigue siendo un importante problema sanitario ligado,

y 1885, pudiendo librarse de las de 1865 y 1893 que azotó en zonas limítrofes. La morbi-mortalidad de las mismas fue dispar destacando la de 1855 por el número de afectados y mortalidad absoluta, aunque proporcionalmente la virulencia -mortalidad relativa- fue mayor en la de 1885, si bien en este último caso, al lograr evitar la epidemia la ciudad de Vitoria, que ya entonces suponía casi un tercio de la población de la provincia, la percepción de su gravedad quedó reducida.<sup>65</sup>

Epidemia	Población invadida. %	Mortalidad invadidos.%	Mortalidad total. %
1834	1'90	26'56	0'52
1855	8'50	29'32	2'55
1885	0'86	37'08	0'32

---

fundamentalmente, a las condiciones del agua de consumo y a los alimentos crudos que se lavan con ella. Dejada a su evolución natural, la mortalidad es superior al 50 %, pero no llega al 1% con el tratamiento adecuado. El bacteriólogo español Ferrán descubrió la vacuna anticolérica en 1885, aunque no se llegó a utilizar en la epidemia de ese año. Crea una inmunidad temporal.

<sup>65</sup> Tabla extraída a partir de los datos de Ramos Calvo, Pedro Manuel, “El cólera en Álava”. Los datos han de considerarse aproximados y difieren de los aportados por otros autores, aunque mínimamente. Así, Ramos Calvo da para la epidemia de 1834 un número de 1.500 invadidos con 400 defunciones, mientras que Mariano González de Sámano, en su obra “Memoria Histórica del Cólera Morbo Asiático” (dos tomos), publicado en 1858, ofrece los siguientes datos: Vitoria (ha de entenderse Álava), pueblos invadidos 10, empezó en agosto y terminó en noviembre. Acometidos 1584. Fallecidos 379. Para la de 1855, frente a los 8.275 afectados con 2.427 defunciones de Ramos, González de Sámano alude a 8.660 acometidos con 2.425 fallecidos. Mientras que para la de 1885, Ramos habla de 817 invasiones con 303 defunciones frente a las cifras dadas en el Boletín mensual de Estadística Sanitario-demográfica, apéndice general al tomo 6 “Cólera morbo asiático en España durante el año de 1885” del Ministerio de la Gobernación de 1887 que refiere 859 invadidos y 325 fallecidos. Otras cifras aparecen en la memoria a la Real Academia de Medicina redactada por el Dr. Nicasio Landa en 1857, refiriéndose a la epidemia de 1855, y también, para la epidemia de 1885, en la obra fundamental de Ph. Hauser “Estudios epidemiológicos relativos a la etimología y profilaxis del cólera” de 1887.



Al cólera habría de sumarle la devastadora acción de la viruela, el sarampión, el tifus o la tuberculosis a lo largo del siglo, elementos epidémicos que junto a la permanente sangría de las guerras y los problemas de subsistencia rural darán al siglo su imagen catastrófica. Probablemente sea esta asiduidad de la muerte la que demográficamente resta importancia a la incidencia del cólera incluso entre los propios coetáneos, así Ladislao de Velasco escribía: *“El cólera vino en el verano de este año (1855) à sembrar el espanto en nuestra ciudad y provincia, aunque no fueron sus estragos tan terribles como se temía: después hemos visto con menos aparato y terror reproducirse la viruela, en varias ocasiones causando más víctimas”*,<sup>66</sup> visión que ya habían adelantado autores franceses en la epidemia de 1832: *“El Cólera es una enfermedad grave, pero como todas las calamidades, es mas espantosa cuando se la espera, que peligrosa cuando se declara: otras enfermedades epidémicas como la viruela, la escarlatina, ciertas fiebres nerviosas han hecho mas destrozos que ésta...”*.<sup>67</sup> Sin embargo, a la limitación demográfica, remarcada por estos y otros autores, unen, indisolublemente pero sin apreciar su importancia, la idea de pánico<sup>68</sup> social, ya que el cólera sobresale, más allá de la mortalidad causada, por las implicaciones psicosociales en la mentalidad de la población que le acerca, como ninguna otra epidemia, al subconsciente histórico de la peste.<sup>69</sup> La

<sup>66</sup> Velasco y Fernández de la Cuesta, Ladislao de. “Memorias del Vitoria de antaño”. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar. Vitoria, 1889.

<sup>67</sup> En este año de 1832 circula un librito, impreso en Bilbao, en la imprenta de Delmas, titulado: “INSTRUCCIÓN SOBRE EL CÓLERA – MORBO ASIATICO. Traducción del francés. Tercera Edición.”. Son instrucciones difundidas cuando están esperando que la epidemia entre en suelo francés; firmada por los señores Pariset, Esquirol, Desgenettes, Leroux, Juge, Chevallier y Marc, la instrucción reseñada está en su página 6.

<sup>68</sup> *“extendida la enfermedad reinante de un modo sombroso que llenaba de pavor á los desgraciados habitantes á donde fijaban su mansión”*. ATHA DH 959-2. Así comienza su memoria Manuel Lopez de Elorria, el Contador del ayuntamiento, en su “Memoria” relativa a la epidemia de cólera en 1855.

<sup>69</sup> Hoy día no resulta extraño que el público general confunda ambos términos, peste y cólera; ni tampoco encontrar en los documentos de la época expresiones ambivalentes o ligadas como “peste colérica”. También la advocación a San Roque contribuye a emparentarlas.

alarma social sembrada desde años antes por el progresar de la epidemia en Europa y, una vez en España, las noticias diarias que confirman su acercamiento crearán un ambiente dominado por el miedo donde volverán a encontrarse religiosidad y superstición ante una medicina todavía muy limitada que, en lo teórico, se debatía entre el origen miasmático o telúrico del cólera y su carácter epidémico o contagioso,<sup>70</sup> y en lo práctico seguía aferrada a prácticas seculares de aislamiento geográfico -que aumentaron el daño económico de las epidemias-, junto a medidas diagnósticas y terapéuticas que se confirmaban inútiles.

Al cólera habitualmente se le atribuye una serie de consecuencias negativas en Álava, tanto económicas (retraso en la construcción del ferrocarril, descapitalización industrial, incertidumbre inversora, crisis agrícola,...), como demográficas (mortalidad, emigración, desempleo,...); no obstante, también podemos señalar positivamente el empuje que otorgó a las medidas higiénico-sanitarias que no habían conseguido asentarse a pesar de los ordenamientos liberales: así, a nivel nacional estaría la creación del Real Consejo de Sanidad o la promulgación en 1855 de la primera Ley de Sanidad por la que se estructuraban los servicios nacionales, provinciales y locales; y a nivel provincial y local podemos citar la creación de distritos sanitarios, la reordenación del personal sanitario,

---

<sup>70</sup>Las leyes de las enfermedades epidémicas y las contagiosas eran diferentes, la epidemia significaba que la atmósfera del lugar podía cargarse de un miasma mórbido por el cual las enfermedades específicas llegaban al hombre sano. En cambio el contagio se refería a una enfermedad que podía ser comunicada de una persona enferma a una persona sana por el roce o contacto entre ellas. Una cuestión básica fue decidir en qué termino encajaba el cólera, o si se podía considerar una enfermedad hermafrodita declarándola epidémica-contagiosa (Martín Tardío, Juan Jesús. “Las epidemias de cólera del siglo XIX en Mocejón, Toledo”). Los “miasmas” se definen usualmente como sustancias imperceptibles disueltas en la atmósfera, originadas por la descomposición de cadáveres, elementos orgánicos o incluso por emanaciones de enfermos. La “doctrina telúrica”, aunque compartiendo el enfoque ecológico de los miasmas, sostenía que la propagación del cólera tenía como elemento determinante el suelo y las aguas subterráneas. (Arteaga, Luis. “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”).

mejoras en la calidad del agua potable, canalización de desechos, importantes modificaciones urbanísticas -Vitoria de manera muy documentada-, eliminación de focos potenciales de riesgo -acorde al conocimiento del momento, como la desecación de humedales y pantanos (hoy considerado un error y en proceso general de recuperación-,...). Además, estarían también las repercusiones a un nivel cultural, mental y social.

### VI. 2. 1. Las epidemias de cólera en el siglo XIX alavés.

Hasta el inicio de los descubrimientos bacteriológicos, en la década de los 80, y especialmente la de la bacteria causante del cólera en 1883, existió una relativa uniformidad entre la comunidad científica europea en atribuir a la epidemia una causalidad derivada de la existencia de elementos deletéreos que corrompían la atmósfera, los miasmas, y, dentro de esa concepción, el debate se centraba en tratar de explicar qué factores medioambientales y de estilos de vida<sup>71</sup> participaban en la aparición del cólera. Defendida por la autoridad de Max Pettenkofer,<sup>72</sup> cobrará importancia la teoría llamada “telúrica” por centrarse en la influencia que los terrenos tenían en la epidemia.

En Álava, no cabe duda del predominio de las teorías miasmáticas durante la epidemia de 1834,<sup>73</sup> perdurando en la de 1855

---

<sup>71</sup> Son conceptos que suenan muy contemporáneos, pero toda la tradición hipocrática los tiene en cuenta, y hasta la revolución bacteriológica (y más tras la antibiótica), entre los siglos XVIII a principios del XX, cobra un gran auge en manos de la medicina social que rescataba, entre otros, los principios de las “constituciones” epidémicas.

<sup>72</sup> Max von Pettenkofer (1818-1901), Químico y médico alemán, fundó en 1875 el Instituto de Higiene, el primero de su clase en el mundo. Científico de laboratorio, además de sus grandes aportaciones a la química y a la fisiología, trató de aplicar todos los recursos de la investigación química y física de laboratorio a los problemas de salud pública, planteándose crear una higiene experimental.

<sup>73</sup> Desde el inicio de las preocupaciones de Diputación alavesa y ayuntamiento vitoriano en la primera incursión del cólera, en 1832, se recogen de manera constante alusiones hacia los miasmas deletéreos y, en consecuencia, se promulgan medidas de control contra todo aquello que pueda enturbiar la calidad del aire, medida lógicamente con la agudeza olfativa. La primera alusión aparece en palabras

si bien ya se da cabida a otras formulaciones, destacando las apreciaciones telúricas de Gerónimo Roure en su memoria.<sup>74</sup> Finalmente, en la de 1885 las tímidas orientaciones bacteriológicas quedan entremezcladas con las tradiciones anteriores.

El segundo punto de discusión científica respecto al cólera era la determinación de su carácter epidémico o contagioso, lo que implicaba distintas estrategias de reacción. Las leyes de las enfermedades epidémicas y las contagiosas eran diferentes, la epidemia o infección significaba que la atmósfera del lugar podía cargarse de un miasma mórbido por el cual las enfermedades específicas llegaban al hombre sano, siendo su principal defensor Pettenkofer. En cambio el contagio se refería a una enfermedad que podía ser comunicada de una persona enferma a una persona sana por el roce o contacto entre ellas. Una cuestión básica fue decidir en qué termino encajaba el cólera, o si se podía considerar una enfermedad hermafrodita declarándola epidémica-contagiosa.<sup>75</sup> Debate que, ante la evidencia de la etiología bacteriana a partir del descubrimiento del vibrión colérico por Koch en 1883, se inclinó hacia las teorías contagionistas, no sin oposición de los infeccionistas.<sup>76</sup>

Vitoria no quedó al margen de esta polémica, ya que de la decisión de catalogar al cólera de una u otra manera se derivaba actuaciones tan importantes como el mantenimiento del control férreo

---

del alcalde de Vitoria, Ramón María de Urrechú, el 5 de abril de 1832 (A.T.H.A., DH 218-3), aunque más detallado será el primer comunicado de la Diputación Foral, en mayo del 32, en el que comunica los métodos higiénicos y curativos así como cualquier medida de salubridad que según los principios científicos de la época son reconocidos como útiles (A.T.H.A., DH. 217-7).

<sup>74</sup> Roure, Gerónimo. "Memoria...". Conocedor del debate en Europa sobre cuanto rodea al cólera y sin perjuicios en reconocer su propia ignorancia, frente a renombrados científicos a los que señala como no menos ignorantes, se muestra reservado frente a todas las teorías y opta por cierto eclecticismo, tanto al enumerar los condicionantes ambientales de la provincia como, sobre todo, al plasmar sus observaciones sugiriendo o no asociaciones causales.

<sup>75</sup> Martín Tardío, Juan Jesús. Op. Cit.

<sup>76</sup> Es famosa la anécdota en que Pettenkofer bebió el contenido de un cultivo de vibrión colérico que Koch tenía sobre una mesa durante una conferencia en 1884, para demostrar que los microbios, si existían, eran inofensivos. No le sucedió nada.

a viajeros y mercancías o su libre paso, lo que económicamente tenía una gran repercusión y, lógicamente, el poder del dinero influyó en la polémica, al igual que los intereses militares para la libre circulación de tropas allí donde coincidió guerra y epidemia.<sup>77</sup>

La primera epidemia, la de 1834, vino precedida por dos tenso años de espera con la epidemia en la frontera francesa, y a pesar de ello cogió a la provincia desprovista de cualquier plan sanitario más allá de las medidas seculares de aislamiento geográfico -que se demostraron poco útiles- y de la recomendación de medidas higiénicas del medio que chocaban demasiado con la forma tradicional de vida como para cumplirlas por mera profilaxis. El ejemplo de Lapuebla de Labarca, entonces uno de los pueblos más empobrecidos de la provincia y el primero en ser invadido, es representativo de la mayoría del entorno rural alavés. En una carta anónima<sup>78</sup> recibida en la Diputación en marzo del 33, en la que además de la descripción higiénica de Lapuebla se critica la parsimonia de la Junta de Sanidad Local, se ejemplifica el desamparo socio-sanitario alavés en aquellos años:

*“Sr. Caballero Diputado; mientras que Vd con sus filantropicas ideas se desvela á favor de este desgraciado Pueblo, sus gobernantes descansan altamente confiados sin duda en su buena Conciencia; la junta de sanidad aun no se á reunido sino dos veces desde su*

---

<sup>77</sup> A.T.H.A., DH. 87-7. Cuando la Junta Provincial de Sanidad se dispuso a cerrar en agosto de 1834 el Lazareto del Prado anulando el cordón sanitario que evaluaba a los viajeros y mercancías provenientes de Castilla, la Junta de sanidad de Vitoria expone sus temores basándose principalmente en que el debate sobre el carácter contagioso del cólera no estaba concluido. Este enfrentamiento no puede entenderse sin desligarlo de dos elementos clave, los intereses económicos de la aduana de Vitoria y los militares en la primera guerra carlista, sin dejar de lado las constantes advertencias del franqueo cotidiano de personas por caminos secundarios sin pasar por el Lazareto, lo que le confería poca utilidad en la práctica, siendo el coste de su mantenimiento muy alto para unas arcas vacías.

<sup>78</sup> No se expresa la causa del anonimato, pero dada la fecha, en plena tensión política de los últimos días de Fernando VII y ante el férreo, y ambiguamente político, control de Valentín de Verástegui en la provincia, además del poder de los cabecillas locales -en la zona especialmente afectos al carlismo-, cualquier atisbo de oposición, real o supuesta, liberal o carlista, se pagaba cara.

*creación, la una para dar noticia de ella á esa Superior; y la otra para dar gracias a V.S. por su inimitable Caridad en el envío de las dos Onzas; pero aunque dio parte a V.S. del estado de la Salud Publica no fue efecto de reunion sino que un amante de la humanidad, izo la exposición la llebo á firmar á los individuos, é izo se presentase a V.S. [...] Tienen sus fábricas [de aguardiente] precisamente en medio del Pueblo, estas estan exalando día, y noche unos miasmas fetidos, que infectan el agua dejando un olor intolerable en la Calle por donde verten sus aguas negras é inmundas como es Publico; en los alrededores de la Iglesia principalmente donde llaman el Pretel, ay una Cuarta de excrementos, cuyos malos efectos es ocioso describir; por medio del Pueblo pasa un arroyo regular de agua, y en el se laban todas las inmundicias como tripas trigo ropas, etc y de este modo las aguas se adulteran, y tambien pueden causar su efecto; en fin ay un sin numero de causas que ya deben obserbarse para el mas pronto remedio; por esta parte no ay que esperar providencia alguna, y asi me dirijo a V.S. sin atreberme a darne á conocer [...] Por la persecución que después se padece”.*<sup>79</sup>

Labarca, como tantas otras poblaciones alavesas, carecía de médico, por lo que hubo de solicitar ayuda a la Junta Superior de Sanidad la cual tuvo que recurrir a un médico jubilado, Manuel de Urbina, si bien acude junto al facultativo de Laguardia, Santiago Coll, y suponemos que acompañados de algún sangrador, ya que su arsenal terapéutico todavía sigue la estela secular del galenismo aún vigente, tendente a reequilibrar los cuatro humores básicos mediante entradas y, sobre todo, salidas de fluidos a través de medios eminentemente físicos (y agresivos como sinapismos, sangrías, cantáridas o sanguijuelas), junto a eméticos y laxantes. Afortunadamente parece que existió alguna compensación a tanta extracción humoral con la rehidratación mediante limonadas o naranjadas, pociones aromáticas y caldos. Si bien, *“las medicinas no pueden causar efecto alguno: Las Sanguijuelas y otros Medicamentos que se hallan indicados en las*

---

<sup>79</sup> A.T.H.A., DH 218-5

*indisposiciones referidas, y producen maravillosos efectos, no pueden usarse en la mayor parte de los enfermos por falta de recursos”.*<sup>80</sup>

De las muchas consecuencias que tuvo la epidemia de cólera de 1834, alguna fue positiva. Dejó en evidencia la penosa cobertura sanitaria de la mayor parte de las poblaciones rurales, especialmente la benéfica que, en definitiva cubría a la población más expuesta, y la inadecuación del sistema temporal y puntual de las Juntas Sanitarias, que limitaban su acción a cortos periodos de crisis sin continuidad en el seguimiento de los factores de riesgo, como la higiene pública y privada. El resultado final será una reestructuración de esa cobertura sanitaria, todavía más teórica que práctica a finales de siglo, y la constitución permanente de Juntas de Salubridad Municipales,

---

<sup>80</sup> A.T.H.A., DH.218-5: “...empiezase pues por el emetico diluido en bastantes copias de agua, y quando con el se ha conseguido desembarazar aquella entraña; al día ó dias inmediatos se hecha mano de los purgantes laxantes minoran [...] en tisanas compuestas de grama, taniánidos con alguna sal neutra, que se repiten mas ó meno, hasta vencer la resistencia del vientre. Aluego que resaltan los fenómenos nerviosos depresivos, se procura reanimar el follage nervioso diseminado en el sistema cutaneo con sinapismos ambulantes salteando por todos los miembros superiores é inferiores, , y si la modorra crece algo mas, se aplica la cantarida a la nuca. En este periodo se suspendieron los evacuantes. Los enfermos usan por bebida [...] las limonadas ó naranjadas vigorizas con vino generoso, y se les suministra de quatro en quatro horas una pocion reiforme aromatica y alguna vez amarga con unos granos de alcanfor ó algunas gotas del eter [...] tambien aromático; graduando siempre estos [a] la sensibilidades epigastricas de los enfermos. El alimento [...] de enfermo son los caldos de carne.

*En la otra variación de enfermos en que la sensibilidad del epigastrio es mas viva, con [¿?] de lengua y ves que la arteria pulsa con mas tono, se omiten los evacuantes primeros indicados, y en su lugar se daran golpecitos de sanguijuelas en el epigastrio, vasos hemorroidales, y alguna vez en los temporales, con lavativas emolientes y las tisanas de cebada [...] y dulcificadas con el [...] limon, grosellas [...] y si el enfermo es joven y vigoroso se [...] una y rara vez dos evacuaciones generales de sangre: [...] enfermos se desarrollan los síntomas nerviosos, retrocederemos administración del metodo estimulante mas ó menos graduado.*

*Con el metodo sencillo, que acabo de indicar, y que yo dispensé muy anologo al que se seguia curacion de aquellos enfermos, antes que yo me personase en el citado Pueblo de la Barca, se han curado la mayor parte y se verificaron mas curaciones, si se les proporciona á [...] vecindario pobre algun fondo, del que [...] pueda hechar mano para la subsistencia de ámentos, limpieza, ramo de sanguijuelas [...] que generalmente se carece”*

impulsadas todas ellas por la Real Orden de 1849 con instrucciones unitarias y homogéneas frente al cólera.

No decimos que el cólera propició los cambios, la necesidad era vieja y conocida con precedentes vitales aunque efímeros como la Ley de Beneficencia de 1822 y el proyecto de Código Sanitario del mismo año, pero no cabe duda que, en la dificultad de los teóricos liberales del sistema sanitario español para sacar adelante sus reformas, el cólera sirvió para allanar el camino. La muestra más evidente de ello fueron las disposiciones recogidas en este Real Decreto de 18 de enero de 1849, publicado en marzo bajo el título *“Instrucciones que deberán observar los gobernadores y alcaldes en la adopción de las disposiciones gubernativas necesarias para contener o minorar los efectos del cólera morbo-asiático”*.<sup>81</sup> 67 artículos que no sólo uniformizan criterios para prevenir y actuar contra el cólera, sino que impulsan decididamente las Juntas de Sanidad y Beneficencia y la Hospitalidad Domiciliaria con carácter permanente, más allá de los periodos epidémicos como hasta ahora, dando continuidad a las ya existentes y ordenando su creación inmediata en donde no las hubiera.<sup>82</sup> Además creará Casas de Socorro y Enfermerías, *“en aquellas poblaciones donde la necesidad lo exija”*, para afrontar de manera específica los brotes epidémicos. La actuación en Vitoria en los prolegómenos de la epidemia de 1855 es un claro ejemplo de aplicación de esta Real Orden.

En septiembre de 1854, ante la amenaza de una nueva epidemia que ya devora parte de la península, Vitoria pondrá en práctica las disposiciones recogidas en la Real Orden. Se constituye una Comisión de Salubridad que, tras realizar un estudio de las condiciones higiénico-sanitarias de la ciudad, advierte sobre el *“estado muy preocupante”* de la mayor parte de la ciudad, salvando al hospital de Santiago del que alaban sus instalaciones. Este hospital habilitó dos

---

<sup>81</sup> A.M.V., Epidemias. 35/1/23.

<sup>82</sup> Al menos en los grandes municipios, a *“los pueblos pequeños, teniendo en cuenta las circunstancias y los recursos de éstos”*, la obligación se transforma en *“aplicar en lo posible”*. Art. 67.



salas específicas para coléricos, la zona de portería y la sala San José, una de ellas dedicada a atender a los militares enfermos del cólera, no sin oposición de la Junta del citado hospital ya que éstos pretendían ser atendidos por médicos militares. Se evitó el ingreso de cuantos se pudieron, y en el caso de no poder evitarlo, llevó aparejada la consiguiente protesta del Semanero.<sup>83</sup> Por su parte, el hospital militar ocupaba en 1855 una pequeña y reducida parte del antiguo convento de San Francisco, convertido en cuartel en esta época,<sup>84</sup> estaba situado en el centro de la población, en muy malas condiciones, y rodeado de manzanas de casas, todas habitadas.

---

<sup>83</sup> A.M.V., AA.MM. del 29-8-1855. *“La comision mista del Ylte ayuntamiento de esta Ciudad de Vitoria, y del Hospital Civil de Santiago de la misma se ha enterado detenidamente del acuerdo de la Junta de autoridades y demas corporaciones, que tubo lugar en esta espresada ciudad el dia 28 de Octubre último bajo la presidencia del Exmo Sr. Capitan General para la eventualidad de una invasion del colera morbo asiatico, así como de la comunicacion oficial que dicho Exmo. Señor Capitan General dirigió [para la asistencia de militares coléricos en el Hospital de Santiago] y en su vista, y con los datos y antecedentes, que ya tenía la comision y ha podido adquirir recientemente sobre este delicado é importante negocio, no puede menos de manifestar franca é ingenuamente que el local, de que en la actualidad puede disponerse en el referido Hospital, apenas es suficiente para colocar en él con algun desahogo y regular comodidad á los enfermos de indisposiciones comunes y ordinarias. Una prueba clara e evidente de esta verdad es que la misma Junta Directiva de dicho establecimiento habia pensado desde hace algun tiempo en aumentar ó dar mayor ensanche al Hospital, y [...] hay otro no menos cierto y positivo, no menos claro y elocuente, y es que el Señor Alcalde del Ylte Ayuntamiento se ha visto en la precision de socorrer á domicilio á los diferentes paisanos pobres acometidos de la enfermedad reinante, cuya medida, tan previsora, acertada y humanitaria, está ya practicandose, a pesar de que los gastos ocasionados con ella esceden bastante á los que los pacientes ocasionarían en el Hospital. Si, pues, los paisanos pobres tienen que serlo socorridos y asistidos en sus mismas casas cuando son atacados del colera, por falta de local suficiente en el Hospital para su colocacion, cree y entiende la comision informante con sobrada razon y fundamento, que la Junta Directiva del mismo no puede en medio de sus bueneos deseos, de su grande interes y celo por el alivio de la humanidad doliente, admitir en él á los militares”.*

<sup>84</sup> Franciscanos y Dominicos desaparecieron de Vitoria tras la primera guerra civil, a la orden de exclaustración dada por el Estado que incautó sus conventos convirtiéndolos en acuartelamientos, en un momento en que la soldadesca duplicaba el número de habitantes de la ciudad.

La Junta Municipal de Sanidad y Beneficencia dividirá la ciudad en siete distritos o parroquias y se crearán Casas de Socorro adjuntas a los mismos.<sup>85</sup> Los ayuntamientos dispusieron de libertad para buscar recursos económicos, a través de los seculares arbitrios, pero también mediante colectas y suscripciones voluntarias. El resto de la Provincia trata también de poner en marcha medidas similares con notables diferencias según las poblaciones.

La movilización de personal sanitario y parasanitario es general, tanto para la provincia, que coordina Diputación y Gobernación, como en la ciudad de Vitoria. Se crean bolsas de médicos, cirujanos, sangradores y enfermeros que van a ser destinados a donde y cuando convenga en función de las necesidades sanitarias de los pueblos, si bien luego en la práctica, a medida que una población se sentía amenazada o invadida, se articularon medidas locales para retener sus propios recursos. En la ciudad de Vitoria se crea un alistamiento para un cuerpo de enfermeros, además de los facultativos (5 más 1 contratado para las Aldeas), “*sin contar con los meros cirujanos*”.<sup>86</sup> Además se refuerza el personal sanitario con la contratación de diez pobres de la Casa de Piedad que van a actuar como enfermeros,<sup>87</sup> así como dos chicos de la misma institución que actuarán como ordenanzas.

La asistencia se hace principalmente en el domicilio, excepto los que, “*encontrados en las calles y así lo manifestaran*”, serán trasladados al hospital, al igual que los que en su domicilio tuvieran carencia de cama o de medios. Para el traslado se dotan a las vecindades de camillas. Este servicio de camillas móviles, de las que contaban las veinticinco vecindades que componían la ciudad, se

---

<sup>85</sup> Aunque no una por distrito como sugería la Real Orden.

<sup>86</sup> A.M.V., 41.9.44. Los meros cirujanos se refería a los cirujanos menores, también llamados de segunda y tercera clase, o romancistas, barberos y sangradores, aunque cada vez era más usual el término practicante, noción en la que finalmente quedarán englobados tras la reforma de la Ley Moyano de 1856.

<sup>87</sup> El término enfermero no lo ponemos nosotros, sino que es la denominación que se le aplicó en los documentos.

mantuvieron operativas tras la epidemia.<sup>88</sup> Elementos todos ellos recogidos en la Real Orden.

Se establecen tres casas de socorro situadas una de ellas en “*la casa de vecinos n° 19 de la calles de Santo Domingo fuera, otra en la casa de vecindad n° 36 de la Tintorería y la tercera, que hace las veces de Casa Central, en la de la Ciudad*”; para completar la red se establece una sucursal en el Prado de la Magdalena, antiguo lazareto en la epidemia del 34. Estas casas de socorro están atendidas por un facultativo de guardia, un practicante, así como personal de enfermeros y mozos. Están dotados de camas, camillas, depósito de ladrillos de sal, botellas para agua, mantas, sábanas, carbón y leña. Serán las primeras en atender a los afectados, tanto en sus necesidades médicas como sociales. Si el facultativo permanece en el centro, debería acudir al momento, y en otro caso, un enfermero iría a avisar al primero que encontrase. Los enfermeros serán los encargados de llevar a los domicilios invadidos todo el material necesario desde la casa de socorro.

No obstante, de las medidas de previsión adoptadas a su aplicación real hubo de existir notables diferencias: “*Todo se hallaba preparado en grande escala, puede decirse, para cuando llegase el caso, mas como desde la adopcion de las referidas providencias hasta la verdadera aparicion de la epidemia trascurrieron mas de ocho meses, y cuando llegó este fatal momento no estaba aun acordada la forma de irlas aplicando, hubo necesariamente de procederse con gran tiento al querer egecutarlas, ya para vencer dificultades que desde luego se presentaron, ya tambien para no causar males mayores de los que con la adopción de las mencionadas providencias se trataba de remediar.*”<sup>89</sup>

Las condiciones higiénicas de Álava en general, y Vitoria en particular, pilar básico de las medidas de prevención, habían mejorado

<sup>88</sup> A.M.V., AA.MM. del 11-11-1868 (462 r.) “*seis mil doscientos sesenta y cinco reales treinta céntimos á D. Florencio Martínez para pago de las treinta camillas para el servicio de las vecindades que ha ejecutado con arreglo á contrata*”.

<sup>89</sup> A.M.V., AA.MM. del 17 de Noviembre de 1855. Informe de Francisco Juan de Ayala.

respecto al 34, aunque no se alcanzaba el estado medianamente idóneo que las comisiones de salubridad esperaban, así en Vitoria, *“hay puntos de la ciudad en que las construcción de las calles y casas no está muy en armonía con los preceptos de la higiene pública”*.<sup>90</sup> En la provincia, a pesar de las mejoras introducidas tras la experiencia de la primera epidemia, aún persistían pueblos *“en los que se descuidaba totalmente la higiene, como sucedió por ejemplo en los de Ocio y Berganzo”*.<sup>91</sup> No obstante *“en muchos puntos existían depósitos de materias en fermentación, aguas estancadas, cementerios mal situados é insuficientes &c”*. En Ariñez, tras fallecer su alcalde, se insta por la Junta de Sanidad a que *“procediesen instantáneamente á limpiar y asear la población que lo necesitaba imperiosamente cominandola con una multa caso de que no tubiera efecto las disposiciones adoptadas”*.<sup>92</sup> Sobre otros pueblos como los de los del Valle de Valdegovía, Salinas de Añana y Bergüenda, y tras haber pasado por allí la epidemia, nos dice el Secretario de la Junta Provincial de Sanidad: *“...tengo el disgusto de manifestar que el estado en que se encuentran en lo general no es el mas á proposito para inspirar confianza el que la epidemia no pudiese reaparecer, sea esto debido bien á su natural indolencia, ó á la clase de trabajos á que sus habitantes estan dedicados razon por lo que, tantas veces se ha recomendado, ó se mira con indiferencia, ó el tiempo lo hace caer en desuso”*.<sup>93</sup>

La epidemia, que no distinguirá unos pueblos de otros, cumplirá sus expectativas de terror, quedando en el subconsciente cultural alavés como el Cólera con mayúsculas, referido a esta epidemia de 1855, debido al elevado número de casos y de mortalidad absoluta,<sup>94</sup>

---

<sup>90</sup> Roure, G. Op. Cit.

<sup>91</sup> Ibidem.

<sup>92</sup> A.T.H.A. DH 959-2 pg 11

<sup>93</sup> A.T.H.A. DH 959-2 pg 12

<sup>94</sup> Con pequeñas diferencias numéricas entre los autores, durante la epidemia de 1855 se verían afectados más de 8.000 alaveses, de los que fallecerían unos 2.400, frente a los 1500 invadidos de 1834 con 400 fallecidos, y los 850 casos de 1885 con 325 fallecidos. Aunque las cifras totales no dejan lugar a dudas de la intensidad de esta epidemia, no podemos pasar por alto que las otras dos tuvieron una extensión

así como a la gran dispersión por su geografía, lo que generalizó una representación común en toda la provincia. Igualmente, el gasto ocasionado desde el inicio de la toma de medidas profilácticas, ocho meses antes, y el concurrido durante la epidemia, dejó las arcas públicas vacías o, por lo menos sin los recursos necesarios para afrontar obras de envergadura que hubieron de ser pospuestas, caso del ferrocarril. Sin olvidar las repercusiones comerciales, fabriles y agrícolas, tanto por el endeudamiento, las limitaciones comerciales de muchos productos, las ausencias laborales en fábricas y manufacturas como, sobre todo, por la disminución de mano de obra en la cosecha estival, de la que dependía la supervivencia de buena parte de la población el resto del año.

La extensión geográfica de esta epidemia respecto a la previa, limitó la respuesta sanitaria por parte de la Diputación para cubrir a los pueblos y concejos que carecían de infraestructura y recursos humanos sanitarios, ya que éstos se encontraban muy desigualmente repartidos en función de los recursos económicos de cada zona para atraer y mantener a un médico o cirujano, la mayoría concentrados en Vitoria. Una red más tupida en los pueblos era la de los practicantes de medicina y cirugía, en cualquiera de las denominaciones previas a su unificación, cuya valía quedó evidenciada en el reparto de compensaciones económicas tras la epidemia.<sup>95</sup> También la asistencia

---

geográfica más reducida, es decir con menor población diana, y no obstante ello, la mortalidad relativa, la que se produjo entre los casos, fue similar entre las de 1834 y 1855, y superior en la de 1885, luego técnicamente la epidemia más virulenta fue la de 1885.

<sup>95</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 17-11-1855. *“Para concluir solo me resta hablar de las personas que han prestado mejores servicios en esta ocasión [...] Unicamente haré observar que los cuatro facultativos titulares merecen en mi concepto, una recompensa inmediata, no tan solo por los trabajos verdaderamente extraordinarios, á que han tenido que dedicarse y que no estaban ni podían estar previstos al otorgar sus respectibas escrituras de servicio, sino tambien para proceder en esta parte como se ha procedido en otras poblaciones y aun en esta misma Provincia”*.

Acta del 14-11-1855. *“Se acordo librar por hallarse las reclamaciones suficientemente justificadas, las cantidades, que á continuacion se espresan:*

farmacéutica pecaba de la dependencia económica de los pueblos, lo que las concentraba en Vitoria; su actuación debió ser acorde con la mostrada por el resto de sanitarios mereciendo los elogios del ayuntamiento de Vitoria.<sup>96</sup> No obstante, la peculiaridad más importante de esta epidemia fue la contratación de un numeroso contingente de enfermeros (la inmensa mayoría son hombres) que actuaban a pie de cama prestando cuidados inmediatos a los afectados, facilitando a médicos y practicantes su labor, además de actuar como camilleros y enterradores. La mayoría recibieron salario mediante contrato, otros lo ejercieron voluntariamente.<sup>97</sup>

En Vitoria, mejor dotada y con mayores recursos, a pesar de la ineficacia de muchas de las medidas que se tomaron desde septiembre del 54, que obligó a las autoridades a replantearse y priorizar muchas de ellas, parece que la asistencia llegó a todos los afectados, si nos guiamos por las impresiones recogidas por el ayuntamiento: “*Baste*

---

*1ª 1500 reales á cada uno de los profesores en Medicina D. Aniceto de Arandia y D. Saturnino Gregorio Sainz, con un voto de gracias ademas, por su comportamiento durante la invasion del colera. De esta determinacion disintió el Sr. Alcalde 1º presidente manifestando, que por las razones, que á S.Sª asistían, y las cuales hizo presentes, no consideraba á los interesados acreedores á la honrosa demostracion, que se les dispensaba.*

*2ª 800 reales por igual causa, y con un voto de gracias tambien, á cada uno de los profesores de cirujia D. Gregorio Lagos, D. Manuel Albeniz, D. Juan Ochoa, D. Ramon Echevarria, D. Felis Garcia de Eulate, D. Manuel Altube, D. Manuel Barcena Maroto, y D. Ramon Medina.*

*3ª 200 reales por el propio motivo á los Sangradores José Salaverri, Geronimo Iglesias, Casimiro Arbulo, Patricio Hernandez y Vicente Villaluenga.*

*4ª 320 reales por identico concepto á cada una de las viudas de los Sangradores Eugenio Rodet é Ignacio Insausti, Aniceta Lorrieta y, Maria Santos Mendivil”.*

Acta del 21-11-1855. “*Juan Navarro, sangrador; solicitando, que se le libren los 200 reales con que se han satisfecho los trabajos de sus comprofesores en la epoca, en que ha estado la ciudad invadida de la epidemia”.*

<sup>96</sup> A.M.V., AA.MM. del 17-11-1855. “*los tres Farmaceuticos D. Pedro Vicente Zavala, D. Toribio Cerrillo y D. Francisco Arellano han facilitado abundantes medicamentos á las clases necesitadas sin retribucion alguna y aun cuando se les ha rogado la presentacion de sus respectivos importes, se han resistido á ello, y este comportamiento merece tambien recompensa”.*

<sup>97</sup> Puede verse más extensamente una alusión a estos enfermeros en el apartado siguiente.

*decir que no ha habido ninguna persona verdaderamente necesitada que no haya sido socorrido, así en la Ciudad como en los pueblos de su jurisdicción; que se ha atendido con todo esmero á los transeuntes, que son los que puede decirse, han ocupado gran parte de los locales preparados en el Hospital Civil, y que ha habido enfermos que ha sido trasportados de noche desde los pueblos de Gamarra menor; Betoño, Arcaute y Zuazo, sin que ninguno de ellos se haya desgraciado”.*<sup>98</sup>

Médicos, cirujanos, practicantes, enfermeros, mozos, enterradores, van volviendo a la normalidad recibiendo, en general, la gratitud de las autoridades. Señalada la actitud del ayuntamiento de Vitoria en este sentido, la Diputación también expresa loas al personal sanitario que tuvo que atender a los enfermos en todos y cada uno de los pueblos afectados: “... *la generalidad de los profesores como así mismo el numeroso personal de sangradores y enfermeros que estaban destinados a la asistencia de los atacados del colera morbo en los pueblos de esta Provincia constando en esta Secretaria, que todos los profesores y auxiliares de medicina como así mismo los Sangradores y enfermeros, salvo algunas excepciones, han cumplido y llenado sus deberes á satisfacción de los respectivos ayuntamientos de los pueblos a donde han estado destinados, según consta por las certificaciones, [...] sin más reposo que el necesario para no rendirse...*”.<sup>99</sup>

Su Diputado General rematará la crisis con una sincera reflexión sobre el estado de asistencia sanitaria de la provincia, y lo que es más importante, se llevará a cabo.

*“Bien sea porque la ira de Dios queda satisfecha ó por la influencia de la estación, la enfermedad va decreciendo en general afortunadamente, pero por desgracia he tenido ocasión de observar de cerca la mala organización de los partidos de boticarios medicos y cirujanos (subrayado en el original) en esta provincia y para mejorar en lo necesario la asistencia de la humanidad doliente en*

<sup>98</sup> A.M.V., AA.MM. del 17 de noviembre de 1855.

<sup>99</sup> A.T.H.A DH 959-2

*circunstancias como estas la Junta General fijando su atención en este grave asunto pudiera ocuparse con fruto de la creación de todos los partidos acordando sus dotaciones pueblos de cada uno y puntos de residencia de los facultativos huyendo siempre de las influencias personales y de localidad (subrayado en el original). Tambien podría crearse subdelegados inspectores que atendiendo a las quejas de los pueblos velasen por el (subrayado en el original) exacto cumplimiento de los facultativos, especialmente en tiempos de epidemia. [...] no puedo menos de suplicar á la Junta particular al cesar en mi encargo, que no olvide las lecciones de la esperiencia fijando mucho su atención en las eventualidades de que la enfermedad pueda quedar endémica ó reproducirse con mayor [...] en el verano proximo”.*<sup>100</sup>

Afortunadamente pasarán 30 años antes de la próxima epidemia, pero con prontitud la Diputación de Álava ratifica una normativa, el 8 de abril de 1857, en la que divide la provincia en 38 partidos médicos a los que tratará de adjudicar el equipamiento y los recursos humanos necesarios, garantizando que la distribución de cada partido permitirá unos ingresos adecuados a médicos, cirujanos y practicantes que, de ser así, pugnarían por ir a ellos, además de medidas conducentes a mantener residencia en el partido y limitaciones para abandonarla. La realidad no será tan perfecta y en general, no podían competir con la atracción económica de los distritos de Vitoria, a los que la mayoría querían ir.<sup>101</sup>

En 1865 el cólera vuelve amenazante haciendo saltar las alarmas en Álava, que nuevamente pone en marcha el arsenal de medidas ensayadas anteriormente. Afortunadamente el cólera pasó de largo, y tardaría 20 años más en volver. La guerra no haría lo mismo y apenas se recuperaba la provincia de su sangría, en julio de 1885 las alarmas se disparan con una nueva forma de transmisión, rápida e inesperada, capaz de llevar la epidemia de un extremo de la península al otro en unos días, el ferrocarril. En la estación de Pamplona enferman varias personas horas después de la llegada del tren de Valencia, al cabo de

---

<sup>100</sup> A.T.H.A. DH 959-1.

<sup>101</sup> Véase el apartado de la Beneficencia Pública Domiciliaria y los textos de Ramón Apraiz que permitieron un aumento salarial a los médicos de distrito.



varios días los casos se multiplican por Navarra. A finales de julio aparece el primer caso en Nanclares de Oca, y a primeros de agosto aparecen casos en Burgueta y en Rivabellosa. En esa tesitura Vitoria aguarda la aparición de casos de un momento a otro: Se fabrican ataúdes,<sup>102</sup> se recoge el ofrecimiento altruista para la realización de actividades sanitarias<sup>103</sup>, se crea un hospital específico para coléricos,<sup>104</sup> y se contrata a cinco practicantes por si hiciera falta de ellos.<sup>105</sup> Todavía a mediados de septiembre se contabilizan casos en Oyón, Bernedo, Saracho, Lapuebla de Labarca, Villabuena, Baños de Ebro, Viñaspre, Barriobusto, Salcedo, Lezama, Mimbredo, Moreda y Navaridas, mejorando a final de mes y primeros días de octubre,

<sup>102</sup> A.M.V., AA.MM. 7-8-1885 Vol. 3, folio 87. El ayuntamiento ultima la adjudicación a las funerarias: *“se apruebe la adjudicacion provisional hecha por Don Pablo Montoya, para la construcción de dos carros fúnebres, en la cantidad de nuevecientos noventa y nueve pesetas cada uno por ser esta la mas ventajosa de todas las presentadas á dicho objeto; y las presentadas por Don Luciano Maison y Don Prudencio Aniguin para la construccion de Cajas mortuorias con destino a cadáveres de familias pobres, en el desgraciado caso que la epidemia colérica se desarrolle en esta Ciudad, bajo el tipo de cuatro, veinticinco pesetas caja grande; dos, setenta y cinco pesetas mediana; y una, cincuenta, pequeña”*

<sup>103</sup> A.M.V., AA.MM. del 8-7-1885 Vol 3, folio 9.1 *“se dio cuenta de una isntancia del Dotor en Medicina Don Ramon Apraiz manifestando que, aun cuando verbalmene había ofrecido sus servicios gratuitos para las Salas de Coléricos del Hospital Civil de Santiago, ante los temores de que pudiera ser invadida por la enfermedad reinante esta Ciudad, considera oportuno manifestar por escrito sus deseos”*

AA.MM. del 12-8-1885 Vol 3, folio 103. *“por la Superiora de la Comunidad de Siervas de Jesus residentes en esta Ciudad [...] ofrecen sus servicios al Ayuntamiento para el desgraciado caso de que la Capital fuese invadida por la epidemia reinante, estando dispuesta la Superiora á solicitar el aumento de personal, si las circunstancias lo exigen”*.

<sup>104</sup> A.M.V., AA.MM. del 12-8-1885 Vol 3 folio 108. *“el arrendamiento de la casa número catorce del Portal de Aldave, con destino á Hospital de coléricos [...] propiedad del menor Teodoro Doublang”*

<sup>105</sup> A.M.V., AA.MM. del 9-9-1885 Vol. 3, folio 177. *“La Comisión de Beneficencia y Sanidad, usando de la autorización conferida en sesión de veintiocho de Agosto último, dio cuenta del convenio que ha celebrado con los Practicantes Don Juan Sancho, Don Julian Barron, Don Florentino Marin, Don Primitivo Carazo y Don Victoriano Villar para la asistencia de los pueblos del Distrito municipal caso de que sean invadidos por la epidemia colérica”*.

donde ya sólo se dan casos en Navaridas, Labastida, Amurrio y Barriobusto. A mediados de mes ya sólo se contabilizan casos en Labastida y el 22 de octubre ya no hay ningún caso registrado en la provincia. No obstante, se dieron posteriormente algunos casos en Amurrio y Villarreal. Hauser mantendrá como fecha final del cólera en Álava el 18 de noviembre.

La epidemia había finalizado con la principal peculiaridad de no haber invadido la capital, donde residía casi un tercio de la población alavesa. De ahí la similitud con los brotes de peste de finales del XVI, de los que tenemos una percepción de escasa incidencia mientras no afectó a la ciudad intramuros, simplemente por la tamización de la información procesada por su mayor productor, Vitoria. En el caso que nos ocupa, abrimos el tema del cólera llamando la atención sobre esta epidemia como proporcionalmente la más virulenta de las tres, aunque el número absoluto de fallecidos fuera menor que en la de 1855 al respetar la capital, dejando a pueblos enteros arruinados y pauperizados.

#### VI. 2. 2. Enfermería en la epidemia de cólera de 1855.

Como extensión de lo comentado anteriormente, deseamos añadir información más concreta sobre la asistencia sanitaria durante la epidemia de 1855, en la que veíamos que, ante la insuficiencia de recursos asistenciales en la mayoría de los pequeños concejos alaveses, se procedió a contratar un número indeterminado de enfermeros cuya misión era colaborar por una parte con los sanitarios titulados: médicos, cirujanos, practicantes o sangradores en todo cuanto éstos precisaran; como por otra, asistir a los enfermos sin apoyo familiar en sus cuidados básicos, realizar los traslados de los mismos a hospitales y enfermerías si lo precisaban, o bien a los cementerios donde hacían de enterradores. En el caso de Vitoria respondía su llamamiento a la división de la ciudad en distritos y a la creación de Casas de Socorro, en respuesta a la R.O. de 1849, mientras que en la provincia, se hicieron las contrataciones al paso del cólera y, en cierta manera, a imitación de lo que se hacía en Vitoria.

La movilización del personal sanitario titulado también fue completa, recurriendo lógicamente a los asalariados públicos y contratando a cuantos pudieron entre los privados, algunos de los cuales ya estaban jubilados. Otros colaboraron de manera desinteresada. Siendo general la idea de que dieron el do de pecho, y algunos la vida. El documento base de la siguiente relación es la signatura DH 959.2 del A.T.H.A., y aunque aparece sin entrecomillar, se ha respetado la grafía nominal de los citados en el documento.

- En la ciudad de Vitoria y su jurisdicción:

Médicos titulares: Antonio Fullá y Rives. Miguel de Cigaran y José Páramo.

Cirujano Titular: Jerónimo Roure.

Ayudante de Cirugía:<sup>106</sup> Manuel Garmendia

Profesor de Medicina:<sup>107</sup> Aniceto Arandia. Saturnino Gregorio Sainz. Juan Madreda y Gabriel Lozano (que al parecer acude desde Berantevilla).

Profesor de Cirugía:<sup>108</sup> Gregorio Lagos. Pío Lara. Manuel Alveniz.<sup>109</sup> Juan Ochoa. Ramon Echevarría.<sup>110</sup> Feliz García Eulate. Manuel Altube. Manuel Barrena Maroto. Ramon Medina. Vicente Villaluenga. Patricio Hernandez. Casimiro Arbulo. Jerónimo Iglesias. José Salaverri. Juan de Picaza.

---

<sup>106</sup> La expresión de “ayudante de cirugía” viene dada por la peculiar situación que mantiene Garmendia en el hospital de Santiago, pero ha de equipararse al practicante. Cfr. Primer apartado del presente capítulo.

<sup>107</sup> Las expresiones “profesor de cirugía” y “profesor de medicina” habitualmente eran utilizadas por los cirujanos de segunda clase, que quedarán equiparados al practicante tras la Ley Moyano, ya que en realidad eran quienes practicaban para llegar a ser médicos y cirujanos.

<sup>108</sup> Idem.

<sup>109</sup> Posteriormente se hace cargo de los enfermos que D. Pío Lara tenía como profesor en los pueblos de Arechavaleta, Gardelegui, Elorriaga, Betoño, Arriaga y Avechucho (sic).

<sup>110</sup> Probablemente el antiguo enfermero mayor del hospital Santiago.

Sangradores: Eugenio Rodes (fallecido). Ignacio Insausti (fallecido).

Completarían la lista los diez pobres de la Casa de Piedad contratados para actuar como enfermeros, así como dos chicos de la misma institución que actuarán como ordenanzas.

• La Provincia se cubre con los titulares existentes en algunos pueblos, así como con los profesionales que existían en la ciudad de Vitoria y que, en la medida de su disponibilidad, van a ser destinados a donde convenga:

En Valdegobía trabajan: Antonio Lomana, Cirujano titular de Boveda, y Jerónimo Lafuente, Cirujano titular de Osmá.

En Valderejo, D. Pedro Ugarte, Cirujano titular.

El profesor de Cirugía, asalariado de las villas de Ocio y Berganzo, D. Juan Ruiz de Azúa, recibe la orden del Gobernador de la Provincia de Álava de acudir en auxilio de los habitantes de Payueta.

Sangradores: Casimiro Arbulo, maestro sangrador de Vitoria, se le envía a Elorriaga. Demetrio Salaverri, en Gaceo, "*falleció de sus resultas*". Gregorio de la Vega, en Begüenda, Narvaja y Onraita (es auxiliado por su mujer). Juan Navarro, en Urrunaga. Juan Navarro, de Vitoria, trabaja en Bergüenda. Manuel Arriaran, en Bergüenda, "*falleció de sus resultas*". Nicolas Conde, en Samaniego, Peñacerrada, Valle de Ayala y Fresneda. Segundo del Valle, en Berantevilla, Ozaeta y Arciniega (sic). Vicente Villarluenga, en Marquinez, posteriormente es destinado a Villanueva

Cirujanos (también denominados en la hoja de nómina como Auxiliares de Medicina (es decir, practicantes): Antonio Ruiz de Valdivia, Salvatierra y Cigoitia. Eduardo Llansó, en Peñacerrada y otros (sic). Iginio Arango, en Ondategui y Salvatierra. Jerónimo Malo y Goya, en Bergüenda. Juan Ruiz de Azua, Luis Ullívarri, Pedro Gil, en la Hermandad de Arana. Pio Iriarte, en Cripan. Severiano Malo y Goya. Tiburcio de Ugalde, en Llodio. Valentin Ibáñez, en Salvatierra y Villarreal. José López de Ayala, de Salinillas.

Enfermeros: Agustín Gamez, Zurbano. Miguel Múgica, Zurbano, Corres, Echagüen, Cigoitia. Andrés Quesada, Bergüenda. Ángel Salaverrí, Gaceo. Aniceto de Muro, Ondategui. Aniceto García, Corres. Aniceto Suso, Ondategui. Bonifacio Serrano, Salvatierra. Eugenio Pascual, Corres. Ezequiel Azcarreta, Marquinez, Alegría. Ezequiel Múgica, Corres. Facundo Uriarte, Ocio y Maestu, es de Vitoria. Francisco Bellot, Bergüenda, Lanciego, Ariñez, Manurga. Francisco Guereñaga, Ondategui, Cigoitia, Apodaca, Manurga. Genaro Gordovil, Ondategui. Gregorio Del Val, Gaceo, Salvatierra. Gregorio Sanz, Cigoitia, Ondategui, Corres, Alegría. Higinio Pascual, en Corres. Jorge Manzanedo, Gaceo, Paganos y Leza. José Alegría, Aberasturi. José Ortiz de Zárate, en Cigoitia. Juan Cruz Ayala, Salvatierra. Juan Herrera, Gaceo. León Barrios, Marquinez. León Basarres, Mezquia. Lorenzo Lasagabaster, Aberasturi, Bergüenda. Manuel Antonñana, Salvatierra. Manuel Marco, Lanciego, Ariñez, Apodaca, Manurga, Bergüenda. Manuel Nogueras, Marquinez. Miguel Dalmazas, Aberasturi. Miguel Rosal (o Rosela en otros documentos), Alegría. Norberto Palacios, Marquinez. Pablo Ruiz de Zuazo, Salvatierra. Pablo Villamayor, Gaceo, Salvatierra, Alegría. Pedro Celaya, Salvatierra. Ruperto Mena, Berganzo. Telesforo Santamaría, Mezquia, Bergüenda. Vicente Pardo, Salvatierra. Vitoriano Tejera, Gaceo. Francisco Sierra, procedente de Vitoria, *“que habiendo venido [a Bergüenda] con el Sangrador Arriaran se prestó voluntariamente á ejercer el oficio de enfermero, sin embargo de no estar inscripto en la lista de la Provincia, lo que seguidamente se participó al Sr. Gobernador implorando á la vez el auxilio de más enfermeros, se le abonaron por esta Villa según se acredita por el adjunto recibo 450 reales por 15 días”*.

En Villanaje (sic), es contratado el Concurante en 7º año de Medicina y Cirugía Fernando Castresana. Se contrata también enfermeros con la tarea de encargarse de la limpieza de la ropa y del transporte de enfermos. Habilita ropas y demás enseres para montar un hospital.

Enfermeras puestas a coléricos pobres por el ayuntamiento de Aramaiona: Ascencia de Agüegalde, por dos días con la colérica

Ascencia Abarrategui. Ascencia Abarrategui, día y medio por Ascencia Aguineralde, luego la cuidada pasa a se cuidadora y viceversa. Nicolasa Urdinguio, por cuatro horas con Juanjosu M<sup>a</sup>. Nicolasa Urdinguio, por tres días con la muger de Angel Lasagabaster. Nicolasa Urdinguio, por dos días con Josefa Oncilla. Nicolasa Urdinguio, por una noche con Felipa Unzueta. Herminia Mendialorea, por cinco días con Francisco Altuna y su familia. Matea de Eguia, por medio día y noche con Isabel Lasaga. Francisca de Unzueta por ocho y cuarto días con las enfermas de Juana Murua y Ignacia Goicoechea. Nicolasa, por diez días y una noche con Ignacio de Elorza. Matea de Eguia, por una noche con Fermina Menoraloria. Ascencia Aguineralde, por dos días con Marcelino Unzueta. Ascencia Aguineralde, por 4 horas con Vicenta de Garro

El ayuntamiento de la Hermandad de Barrundia acuerda en sesión del día 2-9-1855 *“inbitar a los vecinos para socorrer á los pobres y demás personas necesitadas que fuesen inbadidas del cólera, como sucedia ya en el pueblo de Echabarri y que á los que prestaren estos servicios se les abonasse a razón de 20 reales de vellón por día”*.

En Villarreal son contratados también dos hombres del pueblo como enfermeros y enterradores.

En Vírgala Mayor cobran por asistir a enfermos y realizar enterramientos: Saturnino Garcia de Eulate. Santiago Pérez de Mendiola. Lucas Gómez. Jacinto de Alayza. Felipe Mendiola, acompaña al Sr. Cura al auxilio de un colérico que se encontraba en el monte, donde tuvieron que pernoctar. Juan Bautista Ruiz de Infante, se le paga por el enterramiento de cinco cadáveres mayores y cinco párbulos, a razón de 16 reales de vellón los mayores y 8 reales de vellón los pequeños.

En Maestu cobran Ignacio Velacortu y Facundo Uriarte, vecino de Vitoria por asistencia a enfermos y por llevar 23 cadáveres al camposanto.

En Azáceta, por auxiliar enfermos: José Viana y Vicente Iñiguez

En Ermua: José de Maturana, actúa como enfermero, durante 6 días, para la casa de Juan Cruz Irastorza, donde en esos 6 días han fallecido 2 personas mayores y 3 menores

Se contratan también profesionales de otras provincias: Agustín Aparicio, barbero y sangrador de Haro, actúa en Berganzo, Ocio y Sobron. Felipe Pastor, cirujano de la Villa de Haro, actúa en Berganzo, Ocio y Sobron.

Como vemos, los enfermeros contratados por la provincia son fundamentalmente hombres, con la excepción de Aramaiona en la que se contratan mujeres. Pudiera extrañarnos esta conducta, ya que por ejemplo en los hospitales se contrataban de ambos sexos por la estricta separación de género en sus salas, aunque una vez que las Hijas de la Caridad se van haciendo cargo de los centros benéficos, y éstas actúan en todas las salas, se va contratando bajo el término de enfermero a hombres para hacer funciones de camillero y mozo que son, junto a la de enterrador y la administración de cuidados básicos, las funciones que ahora se exige a estas personas. Por otra parte, podría señalarse la costumbre en la Diputación y ayuntamientos grandes de contratar a agricultores durante los meses invernales en obras públicas, como complemento a sus ingresos fuera del tiempo de cosechas. Igualmente influiría la relación masculina con las veredas en los concejos alaveses. Luego la rareza no es la contratación de hombres para estas labores, sino la particularidad de Aramayona.

Es de destacar el caso, curioso por único, de la actuación altruista de D<sup>a</sup> Tomasa Aquillo, natural de Párganos que asiste en Laguardia a Rafael Buesa y su mujer, Dolores Saenz, tal y como certifican los hijos legítimos y político respectivos, prácticamente como única cuidadora de forma voluntaria y sin exigir interés alguno. Posteriormente es solicitada por el propio ayuntamiento de Párganos y la Junta de Sanidad para ser contratada en el auxilio de los enfermos. Ella contesta que lo hará voluntariamente y sin recompensa alguna.<sup>111</sup>

---

<sup>111</sup> A.T.H.A. DH 959.2

Otra curiosidad, esta vez idiomática, se da en Villarreal, donde se contrata a Francisco Olazábal, para acompañar, lo hizo durante 25 días, a los médicos y cirujanos “*ejerciendo funciones de intérprete*”.<sup>112</sup>

La labor de estos enfermeros hubo de ser básica en la percepción de un cierto control en las medidas sanitarias, así como en la más rápida atención a los afectados y, especialmente, por la rápida eliminación, mediante los enterramientos, de nuevos focos de infección, lo que de alguna forma favorecería la remisión de la epidemia. Frente a las medidas terapéuticas tradicionales, y cualesquiera que se ensayaran como novedosas, lo cierto es que ninguna se ve hoy como acertada, teniendo, como mucho, cierta utilidad sintomática en algunos casos y paliativa en otros; pero en modo alguno afectaban a la causa, todavía desconocida y sin tratamiento. Se destaca como positivas todas aquellas medidas que, directa o indirectamente pudieran favorecer la rehidratación de la persona afectada y, en este punto cabe pensar la decisiva acción de estos hombres atendiendo a quienes carecían de recursos y apoyo familiar, entre otras cosas, administrando los preparados a las horas prescritas o ‘forzando’ la ingesta de caldos. Cuánto más haría esto que las evacuaciones sanguíneas, método de elección y ¿eficaz? de los galenos. Bien está también recordar la acción de cirujanos menores y sangradores (a un paso de englobarse ambas en la figura del practicante) que representaban la autoridad sanitaria en la mayoría de

---

<sup>112</sup> Alberto González de Langarica en “Notas sobre el euskera en Álava en el siglo XIX”. Ohitura, Estudios de etnografía alavesa, nº 4. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1986. Se hace eco de los problemas existentes en Urrunaga, cerca de Villarreal, para encontrar un sacerdote que hablara su “lengua primitiva” en 1871. Otra curiosidad es la novena a San Roque puesta en euskera por Cristóbal de Linazac en Tolosa ante la amenaza de la epidemia de cólera de 1865. “San Roque gloriosoaren novena. Edoceiñ demboretan eguiñ ditequena batez ere gaitza edo peatea danean”. Pedro gurruchaga-ren moldizteguian. Tolosan, 1865 garren urtean.



los pueblos, y aún sin potestad facultativa era habitual que se tomaran la libertad de decidir en ausencia de otras opiniones más formadas.<sup>113</sup>

Independientemente de la eficacia atribuida a sus agresivas técnicas, lo cierto es que allí estuvieron, a pie de cama de cada uno de los contagiados, hasta la extenuación. Como ejemplo recogemos lo sucedido en Salinillas, donde tras la muerte del cirujano titular el Alcalde suplica a Balentin Veles, vecino de Salinillas, que acompañara al médico para la realización de sangrías. Por 15 días continuos se dedica a socorrer cuantos enfermos necesitaban sus auxilios refiriendo que, *“tanto en Sangrias como hechar Sangujas, dar Friegas me pribaron en barios dias y noches de tomar el menor descanso”*<sup>114</sup>. Aunque quizá más expresivo sea el número de sangradores y cirujanos contagiados y fallecidos a causa del cólera en el ejercicio de su trabajo<sup>115</sup>.

- Fallecidos durante la epidemia:

Eugenio Rodet, sangrador de Vitoria.

Ignacio Insausti, sangrador de Vitoria.

Buenaventura Cortazar, cirujano titular de Begüenda, deja mujer y 3 hijas

José Carenas y Hernando, cirujano de Cripan, fallece la noche del 11-8-55, a la edad de 64 años a 65, natural de Fuentes Claras, provincia de Daroca, deja mujer y 7 hijos.

---

<sup>113</sup> A medida que la medicina aumenta su número y se van estableciendo partidos médicos rurales que garantizan unos ingresos suficientes, surgirá un anunciado conflicto de intrusismo que acabará, incluso, con una efímera y episódica supresión del título de practicante en 1866, creando una especie de médico de segunda que, siendo facultativo y por lo tanto salvando la acusación de intrusismo, siguiera haciendo las labores de aquél y garantizando presencia sanitaria en la mayoría de los pequeños pueblos de España.

<sup>114</sup> ATHA-DH 959.2

<sup>115</sup> A modo de teoría, hemos de recordar que era común la sangría del plexo hemorroidal, tanto por la sintomatología digestiva como por la posible dificultad para sajar en brazo dado el estado, suponemos, hipotenso, de muchos pacientes, lo que favorecería la contaminación fecal.

Manuel Arriaran, sangrador de Bergüenda.

Demetrio Salaverri, sangrador de Gaceo.

Cirujano de Arrastaria.

D. Juan Gauna, cirujano de Peñacerrada. Para atenderlo se contrata al D. Juan Ruiz de Azua, Cirujano titular de Berganzo. En este pueblo trabaja también el Barbero sangrador D. Nicolas Conde y D. Francisco Esteban Viana, Cirujano.

Cirujano titular de Salinillas. Fue uno de los primeros invadidos.

En Azaceta fallece el enfermero tras nueve días trabajando, procedía de Vitoria.

• Contagiados:

El cirujano de Espejo, Atanasio Lopez, el 28 de agosto

Cirujano de Bergüenda, junto con el médico y el sangrador, luego fallecidos, caen enfermos tras 40 días combatiendo el cólera en las poblaciones de Bergüenda y Sobrón. Son sustituidos por El Sangrador Angel Santos, del mismo Añana, el sangrador Juan Navarro, vecino de Vitoria -trabajó durante 34 días- y el enfermero (no estaba inscrito en la lista de enfermeros de Provincia) Francisco Sierra, vecino de Vitoria.

El cirujano titular de Zambrana.

### VI. 2. 3. Otras epidemias. La viruela.

Aunque mencionada desde la antigüedad, las primeras descripciones médicas conocidas de la viruela son de la Alta Edad Media.<sup>116</sup> La enfermedad deja recuerdo inmunológico, por lo que si se sobrevivía a la misma no se volvía a padecer sus efectos, de ahí que la

---

<sup>116</sup> Al-Razi (en latín, *Rhazes*) (c.865-c.925), cuyos escritos sobre medicina tuvieron gran influencia en el mundo islámico así como en Europa occidental durante la edad media, nació y murió en Ray, Persia, cerca de Teherán. En su trabajo más famoso, *Tratado sobre la viruela y el sarampión*, Razi ofrece la primera descripción conocida de la viruela. Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

mayor parte de las víctimas fueran niños<sup>117</sup> lo que durante siglos fue interpretado religiosamente como la primera prueba divina. Probablemente su presencia en periódicas epidemias de desigual virulencia fue una constante a lo largo de toda la Edad Moderna, pero los devastadores efectos de la peste ocultaron sus efectos, tanto por la preponderancia documental sobre las epidemias pestilíferas como por la eliminación de los sujetos más inmunodeprimidos. Sin embargo, una vez que la incidencia de la peste fue disminuyendo a lo largo del XVII cobró más importancia la viruela, que se propagó *“a un ritmo desconocido hasta entonces por toda Europa a lo largo del siglo XVIII”*.<sup>118</sup> De hecho, las primeras referencias que tenemos de una epidemia de viruela en Álava es de 1727, en un acta de la ciudad de Vitoria en la que exponen *“los malos subzesos que havian experimentado, y experimentavan con el contaxio de las Viruelas y gran mortandad que havia havido por ellas asi en personas menores como en maiores”*,<sup>119</sup> a la que seguirán en importancia las de 1783 y 1784, que tuvieron como efecto positivo la de vencer la resistencia de los teólogos frente a las propuestas de inoculación que la RSBAP llevaba haciendo desde sus primeras experiencias inoculatorias en 1772.<sup>120</sup> De ellas fue su principal impulsor el médico alavés Joseph Ruiz de Luzuriaga que, nacido en Zurbano, ejercía entonces en Lequeitio. Al parecer del biógrafo de Luzuriaga, Usandizaga Soraluze, *“en las tres provincias vascongadas en 1772 ya se habían vacunado 1226 personas”*,<sup>121</sup> luego también en Álava debieron de ensayar la profilaxis inoculando virus humano con anterioridad a la epidemia de 1784, de la que tenemos mejor constancia documental. La virulencia

<sup>117</sup> O poblaciones no expuestas, caso de muchos pueblos colonizados en áreas donde era una enfermedad desconocida, como en América.

<sup>118</sup> Feo Parrondo, Francisco. “La epidemia de viruela en Lequeitio (1769)”. Lurralde Nº 28, 2005. Págs. 69-84. Citando a su vez a Pérez Moreda, V. “La crisis de la mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX”. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1980.

<sup>119</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 18 de octubre de 1727. Fol. Sin numerar.

<sup>120</sup> Feo Parrondo. Op. Cit.

<sup>121</sup> Ibidem. Obviamente Usandizaga utiliza mal el término “vacunado”, ya que se refiere a la inoculación de la viruela humana y no a la vacuna que aún no había difundido Jenner, si bien hoy usamos dicho término para expresar todo tipo de inmunización activa artificial.

de esta última epidemia, especialmente en Vitoria, la recogen Bombín, Porres y Reguera señalando que “*Solamente en la calle Nueva fueron afectadas de viruela 53 personas, de las cuales 15 murieron*”,<sup>122</sup> pero lo que más nos interesa es que documentamos ya fehacientemente la inoculación de viruelas a manos de los cirujanos vitorianos, tanto del latino Manuel de Prim como del romancista Manuel Antonio Manso,<sup>123</sup> lo que supone el inicio de una de las actividades que actualmente es más reconocida en la enfermería.

En 1796 Jenner inicia sus experimentaciones con la inoculación de la viruela vacuna que comienza a difundir en 1798 -ya hemos señalado cómo Foronda se hace eco de ella en 1800- al mismo tiempo que el Protomedicato vencía todavía sus reticencias contra la vieja inoculación humana promoviendo con la Real Cédula de 1799 la inoculación sistemática en hospitales y casas de misericordia. El nuevo sistema, con propiedad ya usaremos el término “vacuna”, a pesar del apoyo encontrado en algunas eminentes figuras médicas españolas, no logra despegar en medio de la invasión francesa, y aún después no logra generalizarse. Es posible que jugara su papel una menor virulencia de la viruela en la primera mitad del XIX, ya que solamente tras las epidemias de mediados de siglo volverá a plantearse seriamente la vacunación. En el caso alavés, hemos de esperar nuevamente a los trágicos efectos de una epidemia, en este caso la de los años 1866 y 67, para producirse la reacción. Sin lugar a dudas, el estudio realizado sobre dicha epidemia por el cirujano municipal de Vitoria Gerónimo Roure<sup>124</sup> fue decisivo para la generalización de la vacunación antivariólica en Álava, que se iniciaría en 1873.

---

<sup>122</sup> Bombín, Porres y Reguera. Op. Cit. Pág. 203.

<sup>123</sup> “Yo, Manuel Antonio Manso, maestro cirujano de Vitoria, digo que en la epidemia de viruelas del año 1784, he inoculado a 22 niños y niñas desde edad de 4 años hasta 10, y que todos las han pasado sin el menor accidente”, por su parte de Manuel de Prim hay una relación en el A.P.A. donde se le ubica inoculando por diversos pueblos alaveses, aunque siendo el cirujano titular de Vitoria hemos de suponer que también lo haría en la ciudad.

<sup>124</sup> Roure, Gerónimo. “Noticia histórica de la epidemia de viruelas observada en la ciudad de Vitoria y algunos pueblos de la provincia de Álava, en los años 1866 y 1867”. Imprenta de los hijos de Manteli. Vitoria, 1868.

Desconocemos la participación efectiva de practicantes en estas campañas, aunque indirectamente hemos de considerar que así fue, no sólo por la autorización expresa a su titulación -recordemos que en la reglamentación de los estudios de practicante de 1861 se otorga a éste facultad para ejercer la vacunación-, sino especialmente porque en el posterior reglamento específico para los Practicantes de la Beneficencia Municipal de Vitoria de 1884 se deja constancia de ello como función propia en su artículo 12: *“el mismo modo turnarán en la asistencia á la vacunación”*.

Además de la viruela, el siglo XIX fue pródigo en sucesos epidémicos más o menos desconocidos en estas latitudes cuyas incidencias se sumaron a otras enfermedades más prevalentes como la tuberculosis o el sarampión, y aunque fuera del cólera no tenemos datos de una gran repercusión en el sentido de morbi-mortalidad, mantuvieron a la población en constante alerta sobre estos peligros. Al tifus que se cebó en la Legión Auxiliar Británica en 1836 -durante la primera guerra carlista-, habría que añadir la amenaza de la fiebre amarilla o del dengue a finales de siglo, momento en el que se tiene constancia de la aparición de un nuevo proceso morbo de enorme repercusión a inicios del siglo XX, la gripe. En 1890 se recoge noticia de una epidemia de gripe en Vitoria cuya incidencia llama la atención a los autores coetáneos; si bien afortunadamente no fue pareja con una gran virulencia, como sí ocurriría 30 años después:

*“En este año de 1890, y durante la estación invernal, hizo su aparición en esta Ciudad la enfermedad de la gripe, desconocida hasta entonces. Se la bautizó con los nombres de influenza, por estimarla de origen italiano, y el de trancazo, por sus molestas consecuencias. Lo cierto es que, mientras médicos y técnicos discutían acerca del nuevo morbo, éste invadía al vecindario en forma epidémica y era rara la familia que no tenía a alguno o varios de sus miembros padeciendo de la enfermedad reinante, y aunque en la mayoría de los casos ostentaba caracter leve, bien pronto aumentaron las defunciones entre las personas de edad y las afectadas de padecimientos crónicos.*

*Desde entonces, y con ligeras intermitencias, la gripe continuó durante algunos años, siendo mejor combatida cuando se hicieron estudios acerca de sus causas, desarrollo y efectos, sin embargo no fue pequeño el número de víctimas que aquí produjo”.*<sup>125</sup>

### **VI. 3. Las primeras respuestas a la “cuestión social”.**

Aunque en cifras absolutas la población alavesa creció a lo largo del XIX, este aumento no fue progresivo, sino que se concentró en la primera mitad de siglo, al parecer por un brusco aumento de la tasa de natalidad tras los conflictos bélicos del inicio de siglo, para luego ir disminuyendo hasta la última década del XIX en que el tirón vitoriano restituye cifras similares a las que se habían alcanzado a mitad de la centuria.<sup>126</sup> A diferencia de la provincia cuya población tenderá a un envejecimiento progresivo por la conjunción de epidemias, guerras y emigración sobre la población joven, Vitoria mantendrá un crecimiento imparable, y para mediados de siglo habrá duplicado su población y a finales la habrá triplicado, suponiendo entonces ya más de un tercio de la población alavesa.<sup>127</sup> Este crecimiento de la capital es debido fundamentalmente al aporte migratorio, ya que el crecimiento vegetativo fue en términos absolutos negativo durante el XIX. Y de esa inmigración la mayor parte lo fueron de la propia

---

<sup>125</sup> Serdán Aguirregavidia, Eulogio. “Vitoria, el libro de la ciudad”. Vol 2. Ed. Social Católica. Vitoria, 1927. Pág. 522.

Es probable que la gripe ya hubiera hecho acto de presencia con anterioridad, así en 1730 se recogía en el acta municipal del 26 de abril “*que convendria el que se hiciessen rogativas por todas las Comunidades en atencion a la grave epidemia que se experimentaba de catarros pidiendo a su divina Magestad concediesse salud, (si convenia) y el que executadas dichas rogativas se hiziere una procesion general...*”.

<sup>126</sup> En 1814, tras la guerra de Independencia, la población estimada para Álava sería de 63.275 hab., mientras que en 1857 sería ya de 96.398 hab., pero en la segunda mitad, tras un retroceso, se llegaría a 1900 con 96.385 hab. Cifras extraídas de Colinas Santos, José Angel. Rivera Blanco, Antonio. Sanz Legaristi, Pedro. “El XIX. Un siglo de conflictos”. En Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983. Pág. 231.

<sup>127</sup> Ibidem, un 31,85% en 1900.

provincia, aunque a partir de la llegada del ferrocarril (1884) el flujo castellano y de otras regiones españolas es evidente, lo que permite globalmente a la provincia recuperar las cifras de mediados de siglo, aunque en realidad el espacio rural alavés continuará su declive y sea sólo la ciudad de Vitoria la que crezca.

Por tanto, Vitoria al inicio de la década de los ochenta había casi triplicado tanto su volumen poblacional como su espacio urbano respecto a 1800. Aunque el reparto era bien desigual, así mientras en la ciudad nueva al sur la burguesía y nobleza, que la había construido para sí, contaban con 84 metros cuadrados de espacio urbano, en la vieja colina el nuevo proletariado y el secular artesano se apelotonaban en 27 y en algunas calles en ni siquiera 17 m<sup>2</sup>.<sup>128</sup> De los arrabales, expulsados de sus tradicionales asentamientos hacia el norte de la colina, no tenemos datos pero evidentemente debieron mostrar el rostro más fiel de aquellos emigrantes rurales convertidos en proletarios fabriles en plena revolución industrial y feroz capitalismo.<sup>129</sup>

El desarrollo industrial de Vitoria no era sin embargo suficiente para albergar a toda la población rural emigrada, por lo que la industria y minería vizcaína, junto a los nuevos países americanos, serán los destinos elegidos por muchos alaveses. A pesar de estas válvulas de escape, la pobreza se generalizó tanto en el espacio rural alavés como entre las clases trabajadoras de la ciudad creándose un sistema de subsistencia tan frágil que el menor contratiempo, fundamentalmente la enfermedad y el desempleo, dejaba a las familias en un escalón aún más bajo, la miseria, la pobreza extrema que se etiquetaría como pauperismo.

Pero esta “pobreza móvil”, ocupada y laboriosa pero al borde del pauperismo, no era sólo debida a la fragilidad de su subsistencia,

<sup>128</sup> Rivera Blanco, Antonio. “Del pasado al presente...”. Pág. 616 citando a su vez a Ramón de Apraiz en el Heraldo Alavés del 23 de marzo de 1907.

<sup>129</sup> Colá y Goiti, José. “El futuro Vitoria”. Imprenta de la viuda é hijos de Iturbe. Vitoria, 1884, describe estos arrabales vitorianos en los siguientes términos: “*Calles angostísimas, casuchas repugnantes, pavimento sembrado de basura, lobreguez, aspecto indecoroso, falta de ventilación, ...*”. Pág. 107.

sino también a las nuevas situaciones de desarraigo y desamparo que no se habían documentado con anterioridad en la ciudad. En aquellos años finales del XIX el empuje industrial -aún en la limitación vitoriana- transformó la producción artesanal en manufactura y con ello rompió los seculares sistemas gremiales de apoyo mutuo ante la adversidad, como en cierta manera el desproporcionado crecimiento poblacional había roto el sistema de control de las vecindades. En contraposición, la respuesta de la Beneficencia Pública apenas había variado en sus recursos institucionales de los que existían al amanecer del siglo, salvados los indiscutibles avances a raíz del cólera. Los discursos de dos médicos vitorianos, Ramón de Apraiz y Juan Perfecto de Zulueta,<sup>130</sup> en un conglomerado de ideas entre los principios de la medicina social, el regeneracionismo moral y la eugenesia, dan idea de la situación de riesgo percibido por la situación social de la masa proletaria. Era tiempo pues de ensayar nuevas alternativas.

Algunas vinieron a partir de reglamentaciones generales como la del Decreto Ley sobre el derecho de asociación de 20 de noviembre de 1868, ratificado en la Ley del 30 de junio de 1887 sobre el ejercicio del derecho de asociación, que darían lugar a un renacer de los sistemas de asociación de socorros mutuos profesionales que, en cierta manera, recuperaban las mutuas protecciones gremiales.<sup>131</sup> Otras formas de encarar el problema vinieron de los sistemas caritativos tradicionales, de iniciativa eminentemente religiosa y con un amplio repertorio de acciones, algunas estructuradas como la Conferencia de San Vicente de Paúl y la Obra del Pan de los Pobres, otras menos como el reparto de sobras en los conventos (a los que se sumaban los cuarteles), que se prolongaron en distintas iniciativas a lo largo del siglo siguiente. Por último, las respuestas municipales, apoyadas en

---

<sup>130</sup> De Apraiz es muy representativo su discurso sobre la “habitación del pobre”, muestra un tanto tardía de uno de los temas clásicos entre los sanitarios liberales de mediados de siglo; mientras que de Zulueta ha de destacarse su ensayo “El Pauperismo en Alava: inmigración a la capital, medios de combatirla”, cuyos despropósitos se magnifican al verse premiado en los “juegos florales” de 1898 por la élite intelectual vitoriana.

<sup>131</sup> Puede verse el libro de inscripción de asociaciones en el A.H.P.A. Sig. 27467.



las modificaciones derivadas de las epidemias coléricas, confluían en el desarrollo de la Beneficencia Domiciliaria como alternativa al modelo hospitalario que se mostraba insuficiente para soportar la presión creciente del *lumpen*.

### VI. 3. 1. Modificación del Cuerpo de Beneficencia Municipal. 1883. La Beneficencia Domiciliaria.

La Beneficencia Domiciliaria fue una de las grandes controversias entre los dirigentes sanitarios del liberalismo español prácticamente desde inicios de siglo, planeando de base la percepción ilustrada de los centros hospitalarios como elementos de contaminación ambiental y por tanto generadores de miasmas peligrosos para la salud humana. El modelo domiciliario no prosperó hasta después del revulsivo de la primera epidemia de cólera; como recordaremos, en 1849 se publicaría el Real Decreto bajo el título *“Instrucciones que deberán observar los gobernadores y alcaldes en la adopción de las disposiciones gubernativas necesarias para contener o minorar los efectos del cólera morbo-asiático”*, en cuyas disposiciones existía un germen de cierta estructura organizativa de una asistencia domiciliaria. Hemos visto también cómo la ciudad de Vitoria ensayó ese modelo durante la epidemia de 1855, tras la cual fue la provincia la que adoptaría el esquema de los distritos o partidos sanitarios, si bien en este caso no será una realidad evidente hasta el siglo siguiente. En el caso vitoriano, tras la experiencia de la epidemia de cólera y la posterior de viruela, el discurso sobre la necesidad de modificar el modelo de asistencia benéfica es ya un hecho. El abanderado de la reforma será el médico Ramón de Apraiz e independientemente de los fundamentos asistenciales en los que se basaba, ha de tenerse en cuenta también los criterios económicos, ya que la división se hizo bajo estos criterios cuantitativos, esto es, tratando de garantizar la capacidad de supervivencia del médico en su distrito con la suficiencia precisa a su estatus, estructurándolo geográficamente para que el salario municipal fuera acorde a la atención de un número de pobres determinado pero, a su vez, con la suficiente población con recursos como para garantizar su negocio

privado. Y adscritos a esos distritos médicos aparecerán también los practicantes.

Será el año 1883 cuando se produzca la gran reforma de la Beneficencia Pública Municipal. Hasta entonces, el ayuntamiento asistía a los vecinos con condición de pobres a través de varias instituciones, siendo las más representativas las del Hospicio o Casa de Misericordia, la Casa de Maternidad y el hospital Santiago; siendo éste último el único centro estrictamente sanitario y mostrándose claramente insuficiente ante la nueva realidad demográfica y social de la ciudad. Para evitar su masificación y los riesgos inherentes al hacinamiento se determinó ampliar la atención a los enfermos pobres de la ciudad y de los pueblos de su Jurisdicción a sus propios domicilios, ingresando en el hospital sólo los casos imprescindibles. Se crea para ello unas plazas específicas de médicos y practicantes para la atención de la Beneficencia Domiciliaria, siendo el caso de los practicantes llamativo, ya que legalmente no será hasta el Real Decreto de 14 de Junio de 1891 que promulga el reglamento benéfico-sanitario, cuando en su artículo 8 se establezca que:

*“bajo la dirección y dependencia de los Facultativos municipales deberán sostener los Ayuntamientos practicantes y ministrantes, que desempeñen el servicio municipal de cirugía menor con estricta sujeción a las atribuciones que sus títulos les otorguen”*

La relación de esta beneficencia domiciliaria con las epidemias coléricas parece evidenciarse en el hecho de que también a nivel provincial la Diputación crease Juntas Municipales de Sanidad y dividiera la provincia en 38 Partidos o Distritos, como respuesta a la epidemia. Así mismo, buena parte del articulado de su reglamento insiste en el control epidémico, el aviso precoz de casos sospechosos y la vacunación antivariólica.

La ciudad queda dividida en cuatro distritos, más un quinto ocasional que surge cuando se sobrepasan los cupos fijados para los anteriores, las zonas rurales de la jurisdicción quedan divididas en tres partidos (inicialmente 5 con distinto salario cada uno, reducidos luego a 3 con el mismo salario). Los cuatro distritos fijos de la ciudad

quedan atendidos cada uno por un médico y un practicante, siendo el quinto accidental ocupado por un médico supernumerario que cubre esas situaciones, más enfermedades de los anteriores, ausencias, etc. Por su parte otros dos médicos, los más antiguos del escalafón, se reparten uno de medicina entre el hospital y el hospicio, y otro de cirugía entre el hospital y la Casa de Maternidad (comadrón).

Así pues, en el hospital de Santiago, al margen del cirujano que siempre había sido uno, los médicos -habitualmente tres- que se turnaban en las visitas al mismo pasan a ser uno sólo, con titularidad y estabilidad en el mismo. Respecto a los practicantes del Centro, no se ven implicados en estas modificaciones continuando en número de dos y con sus funciones hasta el reglamento de 1901 en que aumentan nuevamente a tres y se reforman sus funciones.

El reglamento específico para los Practicantes de la Beneficencia Municipal de 1884, aunque orientado a las funciones que debían desempeñar los cuatro Practicantes de la asistencia domiciliaria en sus distritos, proporciona una detallada relación de los quehaceres de estos profesionales, que no habíamos visto en los reglamentos del hospital pero que sin lugar a duda eran comunes:

*“Art. 9.º Harán todas aquellas operaciones manuales pertenecientes á la Cirugía menor, como son: sangrías, aplicación de sanguijuelas, cantáridas, ventosas, lavativas etc., y aplicarán sobre las superficies enfermas despues de haberlas limpiado convenientemente, toda clase de remedios dispuestos por el profesor, con su correspondiente vendaje, siempre que este no se reserve hacerlo alguna vez por sí mismo.*

*10. La cura ordinaria la harán dos veces al dia si el profesor no dispone otra cosa.*

*11. Afeitarán y cortarán el pelo á los enfermos cuando les sea ordenado.*

*12. Presenciarán y graduarán los baños de cualquiera clase que sean, procurando que el enfermo no permanezca en él más tiempo que el que se le haya mandado.”*

Además *“se turnarán por años en las autopsias judiciales para ayudar á los profesores”* y *“el mismo modo turnarán en la asistencia á la vacunación”*.

En el caso de que se practicase alguna operación quirúrgica, asistirá a las órdenes del operador después de avisar al resto de médicos de la ciudad para presenciarla. Y en el postquirúrgico, *“si el estado del operado necesitase alguna vigilancia, le harán la guardia relevándose de dos en dos horas o más o según las necesidades del distrito respectivo de cada uno”*.

Para la realización de sus funciones *“estarán provistos de una bolsa portátil que contenga, un bisturí recto, una tijera recta, unas pinzas de curar, una espátula de hoja de olivo, una tintera, un portalechinos, una sonda acanalada y dos lancetas, que renovarán”*.

Tanto en el reglamento de 1884 como en el de 1896 de la Beneficencia Municipal tenemos una referencia a los sueldos que percibían Médicos y Practicantes de los distritos, por lo que podemos compararlos con los que se percibían en el hospital.

En el de 1884:

- Los médicos numerarios, 1250 pesetas anuales.
- Los Médicos rurales, según la zona, Junguitu, 250 ptas.; Zuazo, Betoño y Aberásturi, 375 y Arechavaleta ,750 pesetas anuales.
- Los Practicantes de distrito, 375 pesetas anuales.

En el de 1896:

- Los numerarios 1º y 2º del escalafón (médico y cirujano del hospital Santiago) 1.750 pesetas anuales.
- Los cuatro médicos de distrito, 1.500 pesetas anuales.
- Los tres médicos rurales, 600 pesetas anuales.
- Los cuatro practicantes, 375 pesetas anuales.

Aparte del cambio en los distritos rurales y de su salario ya comentado, se observa una importante diferencia de asignación a los Médicos entre 1883 y 1896, que no se corresponde con la de practicantes que se mantiene invariable. La modificación a los médicos y no a los practicantes puede estar relacionado con la fuerza organizativa de los primeros, que ya se habían asociado en una

Academia de Ciencias Médicas en 1881 y publicaban una revista desde el año siguiente en la que verter y canalizar sus quejas, amén del parentesco entre el Alcalde Odón Apraiz y el director de la Academia Ramón Apraiz. Tampoco puede descartarse la presión de la mala práctica: tanto médicos como practicantes de los distritos domiciliarios tenían obligación de residir en ellos, lo que llevó a la queja del colectivo médico a través de la Revista Médica Vasco-Navarra<sup>132</sup> en la que mostraban su disconformidad con la asignación salarial de 5.000 reales anuales para ese año (1250 pesetas); tal descontento con el salario médico debió impulsar casos de mala praxis, ya que según se recoge en una queja “... a pesar de que el municipio paga cuatro médicos titulares, los pobres tienen que abonar 2 reales por visita, o de lo contrario verse precisados a pasar al Hospital Civil o quedarse en sus casas sin ser asistidos. Y decimos esto por que ayer tuvimos noticia de que una pobre familia de la calle Zapatería no pudo conseguir que un facultativo titular firmara el certificado de defunción de un niño, pues este falleció sin asistencia”.

La diferencia de salario de estos practicantes de la Beneficencia Domiciliaria con los del hospital es difícil precisar con exactitud, ya que los practicantes del hospital probablemente tenían todavía incluido una parte del salario en especie en forma de casa y comida, pero tomando como referencia el salario anunciado en la convocatoria de 1889 de 2,50 pesetas diarias (912,50 anuales), es evidente que es superior la asignación de los practicantes del hospital a la de los distritos urbanos (375 Ptas. anuales). Si ello lo comparamos con la referencia de que a principios del siglo veinte se calcula que el gasto medio diario de una familia obrera era de 3,67 Ptas. con unos salarios medios de 3,45 Ptas. diarias,<sup>133</sup> seguimos encontrando un sueldo de subsistencia en el hospital y claramente inferiores en el caso de los distritos, por lo que hay que suponer que esa ocupación no era sino un complemento al ejercicio privado.

<sup>132</sup> Revista Médica Vasco-Navarra, nº 6 de marzo de 1883.

<sup>133</sup> Rivera Blanco Antonio. “Del pasado al presente...”, pág. 419.

### VI. 3. 2. La Casa de Maternidad.

El primer documento referido a esta Institución<sup>134</sup> como Casa de Maternidad, que nos conste, data del 13 de diciembre de 1854, en él se redactan las normas que van a regir su próxima apertura; y no será hasta el 26 de Noviembre de 1856 cuando se la declara Establecimiento de Beneficencia.<sup>135</sup> Anterior a esa fecha de 1854 era denominada como Casa-Refugio tal y como se aprecia en una nota de Gastos ordinarios mensuales<sup>136</sup> correspondiente a los años 1850-1856, aunque la denominación debía venir de antiguo, probablemente desde la creación del Hospicio en 1777, ya que su apertura debiera haber dado fin a la larga trayectoria de servicio del hospital de Santa María, sin embargo, éste continuó asumiendo la parte punitiva del hospicio ya que las ordenanzas del mismo impedían que se utilizara como lugar de reclusión de delincuentes. Así, el vetusto hospital pasó a denominarse en la documentación como Casa de Corrección o Casa Refugio, denominación esta última más cercana al carácter sanitario que queremos destacar como paritorio de embarazadas “vergonzantes” y de prostitutas. Desconocemos si esta función comenzó también en aquellos años o fueron posteriores acontecimientos los que crearon la necesidad de esta respuesta benéfica. Nos referimos sin lugar a dudas a la tremenda sacudida que la ocupación francesa supuso en las representaciones mentales de la población vitoriana, ya que *“uno de los efectos de la guerra fue el incremento de los nacimientos ilegítimos, un 17% más sobre los legítimos”*.<sup>137</sup> A favor de que el hospital de Santa María funcionara ya como una maternidad a finales del XVIII podríamos señalar al omnipresente Foronda, quien recomienda a su príncipe *“que tenga casas donde las muchachas, que han tenido un deslíz puedan depositar con seguridad el fruto de una*

---

<sup>134</sup> A.M.V. 20-14-46

<sup>135</sup> A.M.V. 37-19-3.

<sup>136</sup> A.M.V. 37-25-26.

<sup>137</sup> Celigueta Crespo, Araceli. González Romero, Carmen. Ochagavía Fernández, M<sup>a</sup> B. Sogo Rodríguez, Jesús. Soler Pérez, M<sup>a</sup> Dolores. Villacián Peñalosa, M<sup>a</sup> Luisa. “(Vitoria) Población: Evolución y movimientos migratorios”. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1994.

*indiscreción, de una flaqueza, ó de una impetuosa pasión, por cuyo medio se evitarán el escándalo, y muchos atroces infanticidios*".<sup>138</sup>

Con seguridad funcionaba con anterioridad a 1833, ya que el cirujano Antonio Fullá reclama que *"tampoco se le había abonado cosa alguna por el destino de comadron que desempeño en la Casa de corrección..."*,<sup>139</sup> en el que vemos la persistencia del término correccional incluso para hablar de la maternidad, uso que no le dará Madoz en su diccionario al referirse al *"hospitalillo de Santa María y Casa de Refugio"* destacándolo sobre el de casa de detención o arresto: *"sirve de casa de refugio para las mujeres embarazadas; de hospital para las que padecen sarna, venéreo y otras enfermedades que no son admitidas en el hospital civil de Santiago; y de casa de detención o arresto para las prostitutas y los hombres que cometen alguna falta ligera..."*.<sup>140</sup>

Al frente de la casa refugio se encontraba el *"Ministro almotacén"*<sup>141</sup> término que ya habíamos documentado con anterioridad para el responsable del hospital de Santa María en su etapa de casa de viudas, y que no deja de ser una prolongación del antiguo hospitalero.

A partir de la normativa de 1854 la denominación que quedará será la de Casa de Maternidad, un término muy general que no debe ocultar que el objeto de la institución es prestar asilo a las embarazadas, naturales o empadronadas en Vitoria, *"que por ocultar*

<sup>138</sup> Foronda, Valentín de. "Cartas sobre la Policía", Carta II, pág. 31.

<sup>139</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 30 de enero de 1833. Fol. Sin numerar.

<sup>140</sup> Madoz, Pascual. Op. Cit. Págs. 346 y 347.

<sup>141</sup> Almotacén: este cargo de origen árabe, como su nombre indica, se encuentra en las Ordenanzas de Toledo y de Sevilla. Durante algún tiempo comprendió, además de la inspección de pesas y medidas, la dirección de la higiene y de la policía en las poblaciones; pero pronto cobró su primitivo y genuino carácter. El cargo de *almotacén* constituyó uno de los oficios enajenados por la corona. El Real Decreto de 19 de Junio de 1867 estableció un *fiel almotacén* en cada provincia, que debía ser nombrado previa oposición. La Real orden de 22 de Mayo de 1871 cambió el nombre de estos funcionarios por el de *fieles contrastes de pesas y medidas*, denominación que es la de hoy en uso. Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana. Hijos de J. Espasa, Editores. Barcelona

*su deshonra o por falta absoluta de medios de subsistencia soliciten ingreso en ella*"; es decir, continúa siendo el mismo refugio para las embarazadas "vergonzantes" a las que va a sumar el carácter benéfico de asistencia al pobre.

La Casa no era sólo un paritorio, o dicho de otra manera no se limitaba a proporcionar cuidados en el preciso momento del parto, ya que la vieja finalidad de "ocultamiento" de lo que se consideraba deshonroso o vergonzante hacía que se acogiera a las embarazadas con la debida antelación a las manifestaciones evidentes de su estado. Por otra parte, la inclusión de las pobres llevaba implícitos los cuidados generales de la madre para afrontar el parto en las mejores condiciones nutricionales. El requisito fijado en 1854 fue el de que la mujer debía estar, por lo menos, en el 6º mes del embarazo, pasar un reconocimiento por el Cirujano titular quien extendería la baja, con cuyo documento en la mano debía presentarse la gestante al Concejal encargado de la inspección de la Casa para que autorizara su admisión.

Al frente de la nueva Casa de Maternidad se sustituiría al almotacén por una mujer casada o viuda que habría de ser la encargada del servicio interior y responsable del orden y cumplimiento de las prescripciones facultativas; era la que obligaba a que las acogidas cuidaran diariamente del aseo personal, así como de la limpieza frecuente de sus ropas, también *"dispondrá la más esquisita limpieza de las habitaciones"*. Era de su obligación la cumplimentación del libro registro donde se anotaba el alta y baja de las mujeres asistidas, especificando *"su nombre, edad, estado y naturaleza, las fechas de entrada y salida, la época del embarazo, en que ingresó, el día en que se verificó el parto y el sexo del niño"*. Esta mujer vivía dentro de la misma Casa de Maternidad y su sueldo era de 4 reales diarios. Así mismo la Casa contaba con los servicios de otra mujer versada en la práctica de partos *"para que auxilie al facultativo y esté encargada de las maniobras insignificantes de ellos que aquel no deba ejecutar por si mismo"*. Resulta evidente que la pérdida de autonomía de la matrona frente al cirujano -que se había iniciado a mediados del XVIII- es ya total un siglo después, aunque al menos



nuevamente son contratadas por el municipio, lo que no documentábamos desde finales del siglo anterior. El sueldo asignado a la partera era de diez reales por cada parto al que asistía y podía habitar fuera de la Institución.

Tanto la encargada como la matrona estaban eximidas de obedecer ninguna prescripción médica que no hubiera emanado directamente del facultativo titular de la Casa, que era el cirujano municipal que atendía también el hospital de Santiago. A él le correspondía la prescripción del plan alimenticio, la exención del trabajo de las acogidas, la designación del día en que debían tomar el Alta, así como *“La asistencia a la mujeres en el puerperio y en las enfermedades internas ó externas que puedan padecer durante el embarazo”*. Practicaba todas las operaciones quirúrgicas que el parto exigía, *“siendo obligación suya hacerlas personalmente sin valerse de otro profesor mas que en concepto de auxiliar”*.

La Casa de Maternidad contaba con 12 camas de hierro pintado, 12 jergones de paja de maíz así como con 12 colchones de lana. Contaba también con 24 almohadas con sus respectivas fundas, 48 sábanas de hilo y 24 mantas gruesas. El resto del mobiliario lo componían: *“1 retrete, 1 mesa, palangana con pies, 2 toallas, 2 braseros y el suficiente número de sillas para cada habitación de la casa, así como de la ropa de mesa y vajilla que se conceptúe como necesaria”*. Desde el ayuntamiento sugieren que *“convendría que hubiese un número suficiente de camisas para proveer de ellas a las acogidas que no tuvieran para mudarse”*. También disponían de un sillón *“cuyo modelo dará el facultativo”* para cuando éste disponía que el parto se verificara fuera de la cama.

Para su mantenimiento la Corporación Municipal se comprometía a satisfacer *“por via de estancia de cada una de las acogidas 4 reales diarios en lugar de los cinco que en el día paga”*. No obstante estos ingresos, se documentan otras fuentes de financiación como los constatados en 1850 y 1852 *“correspondientes al producto líquido de los bailes de máscara”*,<sup>142</sup> o los realizados por

<sup>142</sup> A.M.V. 37-25-26

el Obispo de Calahorra “*por cuenta del indulto cuadragesimal de la predicación de 1854*”, así como por “*separados de la rifa de San Antonio Abad*”. Los cuatro reales municipales de cada “*estancia*” eran invertidos en el alimento de las acogidas:

*“Chocolate por la mañana, sopa de pan, arroz ó pastas, cocido de garbanzos, verduras ó patatas en cantidad suficiente, una onza de tocino y tres de carne de vaca ó carnero y verdura por la noche. El chocolate de la mañana podrá, si alguna lo pide, sustituirse con sopas de ajo ú otra cosa análoga, y el guisado de la noche con equivalente cantidad de pescado fresco ó salado”.*

La mujeres acogidas a cuenta del municipio, y que no tienen dispensa médica, estaban obligadas a trabajar en beneficio del establecimiento en tareas que se suponían acordes a su estado y condición: hilar, coser, hacer calcetas y otras obras de punto, hacer pañales, gorras y envoltorios para los niños de la inclusa así como jabonar y planchar la ropa.

No obstante, esta Casa de Maternidad estaba también abierta a otro tipo de mujer gestante, la que podía pagar el coste del ingreso, esto supone para ellas o sus protectores<sup>143</sup> 5 reales de vellón por día,<sup>144</sup> siendo también de su cuenta la asistencia facultativa; podían inscribirse en el libro de registro con un nombre ficticio. Para estas mujeres existen una serie de privilegios que van desde no necesitar ser naturales ni empadronadas en la Ciudad, ni estar en por lo menos en el 6º mes del embarazo, así como la exención de tener que presentar el documento médico al Concejal encargado de la casa, hasta mantener el anonimato de su ingreso “*Reprimiendo á las que traten de penetrar*

---

<sup>143</sup> La calidad de protegida evidencia una parte de la representación social de la mujer en la Vitoria del ochocientos que va más allá de la prostitución como elemento marginal para adentrarse en el poco conocido mundo de la sobredensidad femenina. En una ciudad donde la proporción militar llegaba a duplicar -incluso en ocasiones triplicar- a la población civil en la que aproximadamente un 6% eran sirvientas, la problemática de los embarazos no deseados hubo de ser cuantitativa y cualitativamente trascendental. Por otro lado, cabría preguntarse si la prostitución no generaría un cuarto uniforme para añadir a curas, militares y sirvientas.

<sup>144</sup> A diferencia de la “estancia” municipal que pasa de 5 a 4 reales.

*el secreto de su permanencia en la casa*”, pasando por mantener una vida al margen de las de beneficencia que incluye el poder comer, si quieren, separadas de las del resto, aunque cualquier variación que apetezcan en las viandas sea de su cuenta. Estas mujeres en ningún caso podían ser obligadas a trabajar para la Institución.

Los niños nacidos en la casa eran enseguida trasladados a la inclusa o donde sus madres desearan, sin permitir nunca que permanecieran en la casa o se criaran en el establecimiento.

En 1858 el ayuntamiento hace ver indirectamente que la Casa de Maternidad había anulado de hecho la utilización del edificio para correccional -que como hemos señalado compartían en el pasado- señalando que *“Las condenas que se aplican por faltas con arreglo al código no producen todo el buen efecto ideado por la legislación, por que la Ciudad no cuenta con un local que secunde aquel propósito [...] y no habiendo otro arbitrio se dá una orden para que sean acogidos en la Casa de Piedad, [lo que no se considera adecuado por] las malas resultas de la amalgama de gentes viciosas con otras que han sentido el germen de las buenas maximas que empezaban a practicar”*,<sup>145</sup> motivo por el cual el Alcalde Luis de Ajuria inicia negociaciones con la Junta del Hospicio a fin de establecer en sus dependencias la Casa de Maternidad y utilizar los locales dejados por ésta para montar en ellos talleres que permitirían la rehabilitación de algunos condenados y de personas de mala conducta que, al parecer de Ajuria, *“sin embargo no tienen otra causa que el abandono, agente primordial de su adyecta miseria”*.<sup>146</sup> Con el traslado, la Casa de

<sup>145</sup> A.M.V. 37-1-28.

<sup>146</sup> A.M.V. 37-1-28: *“De los edificios de que puede disponer el Ayuntamiento solo hay uno que pudiera destinarse al servicio indicado, y es el que hoy ocupa la Casa de Maternidad, pero seria preciso separar aquella institución y trasladarla al Hospicio donde hay un local que reúne las condiciones higiénicas convenientes, y está además situado con independencia para llenar cumplidamente la necesidad que [...] nada más resta que hacer, por que la Provincia pagara las obras que en la casa de correccion sean necesarias, y tambien prestará á los detenidos que carezcan de medios el socorro que se da á los presos pobres considerando aquel establecimiento como hijuela de la Carcel y quedara bajo la responsabilidad y cuidado del Alcalde de la cabeza del partido judicial según lo establecen las leyes, y*

Maternidad pasaría a la órbita de las Hijas de la Caridad, que ya se encontraban desempeñando su labor en el hospicio además de en el hospital de Santiago, cambio al que es favorable Ajuria por algún mal funcionamiento de la maternidad que no nos aclara y que presume mejorará bajo la administración de la congregación.<sup>147</sup>

El cambio no sería sin embargo definitivo, ya que el 26 de mayo de 1865 el ayuntamiento toma la decisión de trasladar la Casa de Maternidad al hospital Civil de Santiago, destinando la cantidad de 80 reales y 50 céntimos con el fin de sufragar los gastos de viaje de una Hija de la Caridad de Madrid a Vitoria para encargarse del cuidado de la misma. Este proyecto no parece llegar a efecto ya que documentalmente no aparece referencia alguna a su consecución hasta el 16 de Abril de 1869 en el que se firma entre el ayuntamiento y la Junta Directiva del hospital Civil de Santiago un convenio<sup>148</sup> de “*traslación*” de la Casa de Maternidad al edificio del hospital.

A pesar de su nueva ubicación la institución conservará su carácter independiente y separado del hospital Civil situándose en un departamento del edificio con absoluta separación de los destinados a los enfermos. Todo el material de muebles, camas y ropas de la Casa de Maternidad se trasladan desde las instalaciones del Campillo al nuevo local en el hospital.

Las cantidades que, procedentes de limosnas, se apliquen a la Casa de Maternidad servirán para la reposición de material y lo que falte el ayuntamiento destinará partidas de los fondos municipales; además del compromiso de aportar 4 reales y medio diarios por cada una de las ingresadas en la citada Casa de Maternidad. El hospital se

---

*unicamente podrá ser necesario algun pequeño anticipo de fondos para proporcionar primeras materias que den ocupación a los presos,[...] Luis de Ajuria 1 de Junio de 1858”.*

<sup>147</sup> Ibidem. “*quedará al cuidado del celo religioso de la Hermanas de la Caridad, y desde el instante que admitan el encargo se establecera una garantia de mejora que es preciso buscar en el estado que por razones que conozco y omito trazar se encuentra la Casa de Maternidad”.*

<sup>148</sup> A.T.H.A. CASA MATERNIDAD Caja 53.

compromete por su parte a la alimentación, cuidado de ropa y medicinas de las mujeres allí acogidas.

La Casa de Maternidad pagará una mujer que esté al frente para mantener el orden y servicio de Conserje, su nombramiento correrá a cargo del ayuntamiento a propuesta de la Junta del hospital, también correrá con los gastos de una de las Hermanas de la Caridad que deberá encargarse de la atención a las internas. El Médico ayudante acudirá y sustituirá en el servicio ordinario y casos regulares que ocurran en la Casa de Maternidad al Cirujano Mayor, *“bajo la responsabilidad de este, quien estará obligado a asistir en todos los casos difíciles y extraordinario que se presenten”*.

No obstante se mantiene la otra modalidad de ingreso, la de las mujeres que se comprometían a pagar su estancia y asistencia. A los privilegios de que disfrutaban se le van a añadir unos cuantos más: habitaciones separadas de las demás, incomunicadas si así es su voluntad *“sin consentirse que nadie penetre el secreto de su permanencia en la Casa”*. Van a contar también con el privilegio de poderse cubrir la cara con un velo en los casos de visita de los Comisionados de turno o en las de las autoridades civiles, administrativas o judiciales en el ejercicio de sus funciones, a no ser que la índole de la visita sugiriese lo contrario. Y para completar la intimidad y con el fin de guardar el mayor sigilo posible a la entrada y salida de estas mujeres *“se designarán horas precisas para que estas se verifiquen”*.

Poco sabemos de la institución durante los años finales del XIX; pareciera como si su objetivo de salvaguardar la “vergüenza” moral de las gestantes que atendía se extendiera a la propia vida de la Casa. Así, el 27 de julio de 1880 se remite al ayuntamiento un proyecto de adiciones al Reglamento de la Casa de Maternidad que son, por lo que dice el documento,<sup>149</sup> una reproducción de los elaborados en enero de 1870 *“y que por vicisitudes de aquellos tiempos se llegó a olvidar y perder”*, siendo aprobadas el 14 de marzo de 1882 a instancia del

---

<sup>149</sup> A.M.V. 41/021/045.

Cirujano Mayor del hospital Civil de Santiago, Pablo Martínez, sin que podamos haber documentado en que consistieron dichas reformas.

Dentro de la poca información que genera o por lo menos que hemos sido capaces de encontrar a cerca de esta institución aparece un documento<sup>150</sup> de la Junta del hospital dirigido al ayuntamiento en el año 1898 del que parece deducirse que todo discurre de manera ordenada, afirmándose que la Casa de Maternidad se mantiene con sus propios fondos y en el que se comunica al ayuntamiento que no tiene por qué destinar ninguna partida de dinero para su mantenimiento.

---

<sup>150</sup> A.M.V. 44-28-4.

## Capítulo VII. Primera mitad del siglo XX.

### Apuntes para una historia del presente de la enfermería alavesa.<sup>1</sup> 1900-1939.

La historia española, y por ende la alavesa, durante el siglo XX está marcada ineludiblemente por la Guerra Civil (1936-1939) constituyendo en muchos aspectos una solución de continuidad tal, que resulta imposible hilar una secuencia sin hacer constar esa fractura

---

<sup>1</sup> El siglo XX, en su conjunto, supone la etapa de desarrollo más vertiginosa de la profesión enfermera, surgiendo cambios a un ritmo logarítmico que nos impide prestarles la atención minuciosa que hemos pretendido realizar en los siglos previos. Ya en el XIX se habrá observado una evidente selección temática al contar con un aporte documental considerable, volumen que se va haciendo en el siglo XX inabarcable desde los objetivos propuestos en la presente obra. Además, uno de los fines que más hemos perseguido, el de poner nombre y apellidos a los predecesores de la actual enfermería alavesa, se topa en este siglo no sólo con su multiplicación exponencial sino con las limitaciones documentales impuestas por la ley que preserva el derecho a la intimidad, lo que deja fijado su uso público a 1900. Tampoco mantener la perspectiva histórica es asunto sencillo especialmente a partir de la segunda mitad por lo que, por unas y otras razones, nuestro abordaje del siglo XX se limita a ser una aproximación a la historia de la profesión a finales del segundo milenio, cuyo objetivo fundamental es apuntar aquellos temas que consideramos imprescindible profundizar en el futuro para tener una adecuada y amplia visión de la enfermería en ese siglo.

completa en el proceso de desarrollo político, económico, cultural o demográfico, motivo por el que hemos decidido tomar como referencia a la hora de parcelar cronológicamente nuestro estudio, aunque el título haga expresión de primera mitad del siglo XX, momento histórico, el de los años 50, crucial para la profesión y al que dedicaremos el último capítulo de esta obra.

En 1900 España seguía siendo un país eminentemente agrario, situación que, roto el proceso de cambio por la Guerra Civil y la posterior autarquía, no cambió en lo sustancial hasta los años sesenta. No obstante, sí se produjeron notables excepciones como los significativos avances producidos en el sector industrial en el País Vasco, donde al crecimiento de la tradicional simbiosis minería-siderurgia se sumó el despunte de industrias eléctricas y químicas. A pesar de ello, Álava tuvo una participación menor en este desarrollo y en cualquier caso focalizado en su capital. Como el resto del país, la provincia se vio favorecida por la apertura de los mercados exteriores y la desaparición de su competencia durante la primera Guerra Mundial, pero aunque hubo un cierto proceso de crecimiento industrial los beneficios quedaron sobre todo en una mayor capitalización financiera que no terminó de impulsar el despegue industrial alavés. Lógicamente, dependientes de esa coyuntura externa, a la euforia desencadenada le siguió la pertinente crisis cuando el mercado interno no fue capaz de sustituir a las exportaciones y la demanda de los países beligerantes al finalizar la contienda.

Políticamente, tras un inicial despunte republicano y luego carlista, hasta la Dictadura de Primo de Rivera el periodo viene marcado en Álava por su peculiar relación con Eduardo Dato (la Alianza Patriótica Alavesa) y las manifestaciones caciquiles que, aunque vinculadas generalmente a la compra y control del voto, nosotros lo orientaremos a la profesión enfermera,<sup>2</sup> una de las

---

<sup>2</sup> En realidad sanitaria en general, pues tanto médicos como practicantes sufrieron sus efectos. Aprovechamos para señalar que ya incluimos en el término médico tanto a éstos como a los cirujanos, dada la confluencia de ambos estudios en la misma licenciatura desde la Ley de Instrucción Pública.



constantes en las reclamaciones profesionales de estos años. No podemos dejar de mencionar tampoco el auge del movimiento sindical -a la par del asentamiento de las opciones políticas de izquierda-<sup>3</sup> y el desembarco de fuerzas nacionalistas en la provincia a finales del periodo, animadas por el desencanto general del bipartidismo en una Restauración ya caducada que, junto al carlismo, supondrán la evidencia del peso político que comenzaba a tener el elemento popular. Anunciada desde el sufragio universal masculino de 1890, al finalizar la contienda mundial la Edad de las Masas estaba en marcha inaugurando oficialmente el siglo XX.

La crisis postbélica afectó tanto al campo alavés como a la ciudad, donde algunas empresas tuvieron que cerrar y la clase trabajadora, que durante la guerra había sufrido el proceso inflacionario en muchos productos de primera necesidad,<sup>4</sup> sería también ahora la gran damnificada, lo que aumentaría y radicalizaría las opciones políticas marginales, especialmente las de izquierda, y el sindicalismo, ejemplificadas en la huelga general de 1917, que en Vitoria, al margen de la reducida repercusión y del escaso peso de la clase obrera organizada -que no obstante respondió sobradamente al llamamiento de huelga-, serviría como elemento de afirmación de la identidad obrera, ya que frente a ellos *“las instituciones políticas, sociales y económicas, los grandes intereses, cerraron filas en torno a quienes habían mantenido la normalidad en esos días”*.<sup>5</sup> La movilización obrera, general en los núcleos industriales españoles, lograría finalmente algunas mejoras, siendo la medida de control más conocida la promulgación en 1919 de la jornada laboral de ocho horas, así como los aumentos generales en los salarios.

---

<sup>3</sup> Lo cual no quiere decir que todo sindicalismo tuviera esa orientación política; muy al contrario, el movimiento sindical alavés, vitoriano en realidad, *“se caracterizó por su moderantismo inicial y por el peso cuantitativo de un sindicalismo católico poco inclinado a reivindicaciones laborales”* en Rivera Blanco, Antonio. “De la política de élites a la sociedad de masas (1902-1936)”, en Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

<sup>4</sup> Por ejemplo el pan pasó de costar 0,35 en 1914 a 0,57 en 1922. Rivera Blanco, Antonio. “La ciudad Levítica...”. Pág. 189 y nota correspondiente.

<sup>5</sup> Ibidem. Pág. 213.

Las dificultades económicas europeas ayudaron a que la crisis general -económica, política y social- se prolongara algunos años más, abonando el terreno para el golpe de estado de Primo de Rivera en 1923. Su gobierno, paralelamente a lo que estaba ocurriendo en Europa, coincidió con un nuevo período de euforia económica, lo que permitió a la Dictadura llevar a cabo una ambiciosa política de inversiones en infraestructuras a nivel nacional que también se dieron en Álava. La contrapartida de esta política inversora fue el endeudamiento del Estado, circunstancia muy negativa a la hora de enfrentarse a las repercusiones en España de la crisis de 1929, lo que contribuiría no sólo a la caída de Primo de Rivera sino que también lastraría a la II República.

Políticamente la Dictadura (1923-1930) supuso en Álava una atonía generalizada de la población respecto a las opciones políticas históricas, de la que saldría ganando quien no estaba estigmatizado por la desconfianza del pasado, el nacionalismo vasco, prácticamente desconocido hasta entonces en el territorio. Sobre las organizaciones obreras el Golpe de Estado de Primo de Rivera implicó la paralización de sus actividades y el paso a la clandestinidad. Esta situación dio un aire de tranquilidad al periodo que volvió a romperse con la proclamación de la República (14 de abril de 1931), frágil navío entre quienes consideraban desmesuradas sus propuestas y quienes las veían insignificantes, el concentrado derechista de la *Hermandad Alavesa* por un lado y CNT por otro devolvieron a Vitoria una conflictividad social recrudecida,<sup>6</sup> en el que la violencia como medio de acción se puso ya sobre la mesa en aquellos prolegómenos de Guerra Civil.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> “En los seis últimos meses de 1930 se produjeron trece huelgas en la ciudad, lo que colocó a la provincia en los primeros puestos del ‘ranking’ nacional de conflictividad” (Rivera Blanco, “La ciudad Levítica...”, pág. 425), que continuaría en 1931 con huelgas en Ajuria –la punta de lanza de la industrialización en la ciudad- y, especialmente, con la emblemática huelga de la construcción de los viejos cuarteles vitorianos, hasta llegar a la huelga general en diciembre de ese año. La situación no mejoraría en los años siguientes en que la depresión económica se agudizó aún más.

<sup>7</sup> Un ejemplo fue el asesinato de un guardia municipal, afiliado a la UGT, que trataba de arrestar a un joven durante los disturbios promovidos por la CNT para

La población alavesa, hasta el corte bélico de la tendencia alcista, creció de forma continua, si bien a expensas de la expansión de Vitoria, ya que separando ambas realidades; provincia sin Vitoria por un lado y la capital por otro veríamos que se mantiene la tendencia apuntada a finales del XIX de crecimiento de la ciudad y de estancamiento de la provincia, persistiendo una doble emigración desde el agro alavés, a Vitoria y Vizcaya por un lado, y a América Latina por otro. La caída de la tasa de mortalidad, basada en las mejoras sanitarias de carácter higiénico durante la primera mitad de siglo, y la inmigración a la ciudad fueron factores decisivos en este crecimiento demográfico, pero no debe olvidarse el mantenimiento de una elevada mortalidad infantil, que aunque más baja que la media nacional, estaba aún lejos de la de los países europeos del entorno. La mayor catástrofe sanitaria fue la pandemia de gripe de 1918-1919,<sup>8</sup> que en Álava se le atribuye una incidencia del 12,1%, causando 1.194 fallecidos.<sup>9</sup> Y el avance sanitario más significado, el inicio de la Era antibiótica tras el descubrimiento de la penicilina (1928).

La sociedad provincial alavesa, más afín a la generalización española, siguió estando a lo largo de este período marcada por grandes diferencias de riqueza entre los diversos grupos sociales, mientras que la vitoriana experimentó un aumento significativo de las clases medias, *“lo que posibilitó, por un lado, que el modelo político vitoriano no respondiera [...] al modelo político de la Restauración, y lo que hizo, por otro, que la ciudad manifestara un alto grado de consevadurismo y de resistencia al cambio. Frente a esa numerosa ‘clase media’, la alta burguesía y el elemento popular jugaron, siempre, un papel de segundo orden”*.<sup>10</sup>

---

boicotear los actos públicos organizados para celebrar el primer aniversario de la República, en 1932.

<sup>8</sup> Conocida internacionalmente como la "Gripe Española" causó más muertos en todo el planeta que la Segunda Guerra Mundial.

<sup>9</sup> Erkoreka, Anton. “La Pandemia de Gripe española en el País Vasco 1918-1919”. Ed. Museo Vasco de Hª de la Medicina y de la Ciencia. Bilbao 2006. Pág. 69.

<sup>10</sup> Rivera Blanco, A. Op. Cit. Pág. 421.

Culturalmente, al primer tercio del siglo XX se le ha denominado la Edad de Plata de la cultura española por la calidad y el protagonismo de los intelectuales, literatos y artistas del período. Este brillante grupo ha sido tradicionalmente clasificado en generaciones, si bien cada una se superpuso con la siguiente sin extinguirse: la de 1898, la de 1914 y, finalmente, la de 1927. También en Álava este periodo será generoso en personalidades de grandes capacidades intelectuales y artísticas, cuya evidencia más palpable está en el actual callejero vitoriano. La mayor parte nacieron en el XIX, siglo en el que ya despuntaron los más veteranos, aunque algunos continuaron su quehacer en el XX incluso longevamente: entre ellos estarían Ladislao de Velasco, Fermín Herrán, Becerro de Bengoa, Julián de Apraiz, Federico Baraibar, Colá y Goiti, Díaz Olano, Fernando de América, o María de Maeztu y sus hermanos Ramiro y Gustavo, más próximos estos últimos a quienes esperaron a la nueva centuria para hacerse valer, como González de Echávarri, Herminio Madinaveitia, o Eulogio Serdán en las primeras décadas,<sup>11</sup> y Joaquín Lucarini, Jesús Guridi, Ernestina de Champourcin, Jesús Apellániz, Luis Dorao o Tomás Alfaro entre otros, en la última generación antes del estallido del 36.

### **VII. 1. Creación del Colegio de Practicantes.**

Los inicios del siglo XX son prometedores para la carrera de practicante, contemplándose desde primeros de 1901 la necesidad de reorganizar sus enseñanzas, cuyo nuevo plan de estudios se establecería por el R. D. de 2 de junio de 1902. En el proyecto inicial (R. D. de 27 de abril de 1901) se reconocía a los practicantes el derecho a la asistencia en los partos tras aprobar un examen específico; si bien un año después (R. D. de 14 de febrero de 1902) se limitaría ese derecho especificando que sólo podrían ejercerlo en poblaciones menores de 10.000 habitantes y previo consentimiento de

---

<sup>11</sup> Aún sin citar ha de resaltarse el desarrollo de la “escuela” escultórica en torno a la construcción de la Catedral de María Inmaculada (iniciadas en 1909), cuyo heredero más directo y emblemático es el señalado posteriormente Joaquín Lucarini.

los médicos de esas poblaciones. El plan de estudios de ese año<sup>12</sup> mantenía su duración de 2 años y la edad de acceso (16 años) del plan de 1888, pero exigía el acreditar tener aprobados los conocimientos de primera enseñanza superior.<sup>13</sup>

Ese mismo año, el 4 de marzo de 1902, se presentan los estatutos del “Colegio Provincial de Practicantes de Álava”, constituyéndose como sociedad el 10 de marzo.<sup>14</sup> En la ficha de inscripción figura como objeto de la asociación el “*Fin colectivo y auxilio*”, no apareciendo el nombre ni de su presidente ni de asociado alguno; tampoco figura una sede social, aunque se señala su domicilio en Vitoria. Tan escueta información son los únicos datos sobre los orígenes del actual colegio de enfermería de Álava, pero en modo alguno se corresponden con la destacada e intensa labor que realizará el grupo de practicantes vinculados al colegio alavés en los siguientes años.<sup>15</sup> Nada sabemos de los primitivos estatutos, siendo los primeros conocidos los publicados en 1908 con motivo de su cambio de denominación al de “Colegio de practicantes de medicina y cirugía de Vitoria y su provincia”,<sup>16</sup> y en el que expresamente se dice que “*acordaron reformar en todas sus partes el Reglamento por el que se regía...*”.

---

<sup>12</sup> En 1904 se establecería para practicantes y matronas (R. D. de 10 de agosto) la posibilidad de realizar los estudios de manera oficial o no oficial, con examen de revalida, pero se mantiene el plan de estudios. Así mismo, se autorizaba el acceso de las mujeres a los estudios de practicante.

<sup>13</sup> A partir del plan de 1926 la exigencia será la de poseer el título de bachiller elemental.

<sup>14</sup> A.H.P.A. 27467. Registro de asociaciones, fol. 74 r. Queda inscrita con el número 163.

<sup>15</sup> Desgraciadamente el seguimiento de la actividad de este primer colegio no puede realizarse a partir de un archivo propio del mismo, ya que es inexistente. Sin duda la falta de una sede durante los primeros años, así como los problemas intrínsecos al proceso de unificación colegial durante el tránsito a la figura de A.T.S. contribuyeron a la pérdida de la mayor parte de la documentación generada aquellos primeros años.

<sup>16</sup> “Reglamento del Colegio de practicantes de medicina y cirugía de Vitoria y su provincia”. Imprenta de Domingo Sar. Vitoria, 1908. Hay copia en la Fundación Sancho el Sabio de Vitoria.

Aunque no tenemos constancia documental de quiénes componían la primera Junta del colegio, al año siguiente de su fundación el colegio manda en representación a la Asamblea de Practicantes de España, celebrada el 11 de mayo de 1903 en Madrid, al practicante Vicente Echaurri, quien será elegido vocal de la asociación nacional que se trata de impulsar. Aunque cabe la posibilidad de que quien ostentaba esa representación fuera a su vez presidente del colegio alavés, tenemos un testimonio posterior que no lo justifica; ya que por ejemplo en 1907 se envía a la Asamblea nacional en representación a Celso Quintana, vocal de la Junta del colegio que cesaba en ese momento.<sup>17</sup> No dispondremos de datos seguros hasta marzo de 1906, en que se forma una nueva Junta presidida por Gabriel López,<sup>18</sup> siendo secretario Nicolás Barajuan, el tesorero Gregorio Pinedo y el vocal Celso Quintana.<sup>19</sup> La reunión había tenido lugar el 4 de marzo en el Instituto General y Técnico de Vitoria,<sup>20</sup> ya que se continuaba sin una sede propia. No obstante estos miembros directivos, el más que probable número reducido de miembros debió permitir una cierta actividad mancomunada; así, en abril de ese año, recién constituida la Junta, se envía una instancia al Gobernador Civil “*solicitando se obligue a los ayuntamientos de la provincia a consignar en sus presupuestos los sueldos de los practicantes*”<sup>21</sup> en la que se mencionan como emisarios de la solicitud

---

<sup>17</sup> *La Cirugía Menor*, revista quincenal nº 40 del 20 de agosto de 1906. Archivo del Colegio Oficial de Enfermería de Álava. En ella se alude a la Junta general extraordinaria del 28 de abril en que se nombra a la nueva Junta directiva, cesando la previa en la que era vocal Celso Quintana y a quien se elige para ir a la asamblea nacional, contribuyéndose con cinco pesetas para los gastos.

<sup>18</sup> Tal vez el mismo Gabriel López de Guereñu y López de Heredia que había ejercido en el hospital de Santiago entre 1874 y 1879.

<sup>19</sup> *La Cirugía Menor*, nº 30 del 20 de marzo de 1906.

<sup>20</sup> En actas de otras reuniones se alude al Salón del Real Ateneo del Instituto General y Técnico.

<sup>21</sup> A.T.H.A. Sig. DH 6067-11. El R. D. de 10 de agosto de 1904 establecía que para el servicio de asistencia a los enfermos pobres todos los ayuntamientos tendrían un médico titular y un practicante titulado, al menos por cada 300 familias pobres. La denuncia del colegio alavés no es por el incumplimiento del decreto, sino por las dificultades económicas de los practicantes rurales, que a veces acumulaban salarios

a los miembros de la Junta directiva Bruno Crespo<sup>22</sup> y ¿Nicasio Blanco?<sup>23</sup> El año siguiente se volverá a elegir una nueva directiva, bastante más longeva y documentalmente más activa,<sup>24</sup> en la que figura como presidente Nicolás Barajuan, secretario Jesús Sedano,<sup>25</sup> tesorero Germán Calvillo y de vocal Fausto Ruiz.<sup>26</sup>

El devenir de estos años puede entresacarse merced a la activa participación de los miembros del colegio en al menos dos revistas de la profesión en las que vuelcan no sólo datos organizativos sino especialmente sus quejas y aspiraciones.<sup>27</sup> Se trata de la revista quincenal *La Cirugía Menor* (aparece en enero de 1905) y del *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía* (nace a finales de 1907), editado este último mensualmente, según expresión del

---

impagados de los municipios porque éstos no presupuestaban su sueldo y, en caso de agotar los recursos quedaban en deuda con aquellos en un claro abuso de poder.

<sup>22</sup> Miembro igualmente de otra estirpe de practicantes que llegará hasta nuestros días, continuando su labor sus hijos Sergio, Julio y Salvador, así como su nieto Julio.

<sup>23</sup> Se trata de firmas poco legibles en el original. La de Bruno Crespo no ofrece dudas porque además luego será un asiduo de los asuntos colegiales, pero la de Nicasio ofrece muchas dudas ya que no volvemos a documentarlo. Aunque con cierta similitud léxica, no parece que fuera a tratarse de la firma de Nicolás Barajuan, presidente del colegio al año siguiente, aunque no lo descartamos.

<sup>24</sup> *Ibidem* nº 57 de 5 de mayo de 1907. Se alude a que la elección de la junta se celebró el 28 de abril en el local del Real ateneo de la capital.

<sup>25</sup> Al igual que los Crespo, los Castro o los Díaz, miembros de familias con larga tradición enfermera que perdura. Continuaron sus hijos Adolfo José, Félix y Julio.

<sup>26</sup> Fausto Ruiz Cerro, que había tenido que abandonar el hospital de Santiago en 1881 al contraer matrimonio, aunque logrará reincorporarse en 1901, cuando la soltería ya no era requisito para ejercer.

<sup>27</sup> Los números conservados, aunque faltan ejemplares, van de enero de 1905 a octubre de 1910, y nos permiten conocer a buen número de los colegiados alaveses: Ángel Caro, ejerce en Leza; Bonifacio Araco, ejerce en Aramayona; Bruno Crespo; Cándido Garcés; Celso Quintana; Fausto Ruiz; Felipe Roa, ejerce en Pipaón; Francisco López; Gabriel López; Germán Calvillo; Gregorio Pinedo; Jesús Sedano; Juan Ramírez, ejerce en Salvatierra; Juan Sáiz, ejerce en Olaeta; Julián Barrón; Lesmes García; Martín Carreras, ejerce en Labastida; Millán Mendi; Nicolás Barajuan; Pantaleón Maestu; Pedro F. de Betoño; Pedro V. de Betoño; Sergio Crespo (hijo de Bruno); Simón Brizuela; Telesforo España, ejerce en Fontecha; Valentín Diez, ejerce en Salinas de Añana; Vidal Quintana; Zenón Santos. A los que no se cita destino entendemos que ejercen en Vitoria, aunque no tenemos la seguridad en todos los casos.

propio boletín por “*los Colegios unidos de Valencia, Málaga, Álava, Teruel y Orgaz, de Toledo; y en oficio también y en las mismas condiciones, pero sin ser propietarios por consideraciones económicas, de los Colegios de Barcelona, Valladolid, Palencia, Benavente, Murcia y Toledo*”, lo que constituye una prueba más de un deseo unitario a nivel nacional que, como la aludida asociación nacional pretendida en 1903,<sup>28</sup> no acabó de cuajar. De hecho, una de las reclamaciones más constante en ambas publicaciones será la colegiación obligatoria. Aunque el tema más insistente será el del intrusismo. Sergio Crespo y Muro, designado por el colegio alavés como redactor por ese colegio en el *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía* se inaugura en el número del 15 de mayo de 1908 con un escrito sobre el tema, cuyo título es también expresivo de la falta de unidad en la acción:

*“A vosotros; los retraídos”*

*“¡Veis todos los días cerrados para el pobre Practicante todas las salidas, todos los recursos, á que pudiera prenderse; le veis cercado, por toda clase de parásitos que le impiden removerse; le veis luchando y siendo vencido por el caciquismo; le veis abrumádo por la pesada masa que se llama intrusismo, que cual pulpo gigantesco le abraza y estruja entre sus tentáculos, quitándole poco á poco, minuto por minuto, la existencia, para otros tan hermosa, y tan negra para nosotros, tan preñada de nubarrones!*

*Estáis viendo que somos pospuestos por hombres que carecen de autorización titular hasta en Establecimientos oficiales ¡Que nos echan á nosotros del Hospital para ser ocupadas nuestras plazas innmerecida é injustamente por ellos!*<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> La primera asamblea se había celebrado en el año clave de 1902, y habrá otras posteriores, pero los logros de unidad serán muy limitados hasta la llamada “Gran Asamblea” de 1921.

<sup>29</sup> Una de las indignaciones más sobresalientes en las revistas es la autorización a los estudiantes de medicina que, con tres años aprobados podían ejercer de practicantes. En el caso del hospital de Santiago no tenemos constancia de que ocurriera al menos en esas fechas, ya que hasta 1929 no se crea el llamado “cuerpo de alumnos ayudantes”, que con dos cursos de medicina podían colaborar en actividades



*¡Estáis contemplando en los pueblos rurales cómo el caciquismo<sup>30</sup> se enseñorea de vidas y haciendas, cómo se apodera de la administración, de los destinos, hasta de las conciencias, cómo se le importa un bledo de la idoneidad de los funcionarios públicos, cómo hace y deshace titulares sin más guía ni ley que sus caprichos é intereses...!*

*Fijad vuestra atención en el intruso; ved cómo se apropia de todos los medios de vida de que podemos disponer (desgraciadamente bien escasos); mirad al barbero que practica sangrías; á la vecina chismosa y entrometida que proporciona la mujer sin escrúpulo que se llama ‘partera’; al curandero que expende unguentos, y aplica toda clase de remedios, según él infalibles; al charlatán callejero que sobre un tablado lanza omnipotente á los cuatro vientos su plan curativo de esta ó la otra afección, ó quizás de todas, y... ¡já qué seguir!; se podría llenar todo el periódico haciendo relación de los innumerables escollos de que estamos rodeados, y entre los que seguramente pereceremos, si el instinto de la asociación y compañerismo no reanima vuestro espíritu decaído.*

*Y como digno epílogo á tan bella página viviente, ahí va la noticia que todos los días me crispa los nervios de indignación:*

*«Se halla vacante la titular de X., dotada con el sueldo anual de quince pesetas».<sup>31</sup>*

---

asistenciales; pero el hecho de que el testimonio venga de un practicante vitoriano parece indicar que esa situación, o alguna similar, ocurría también en nuestro entorno.

<sup>30</sup> Las alusiones al caciquismo no son nuevas, ya las había denunciado Ramón Apraiz en 1883 respecto a los médicos rurales, y también nosotros habíamos citados algún ejemplo. A pesar de las denuncias, la situación no mejorará en los años siguientes en los que el clientelismo político será moneda frecuente durante el “datismo”.

<sup>31</sup> Sueldo miserable del que no se estaba muy lejos en algún caso alavés: en mayo de 1905 y con posterioridad, por dimisión del titular, en diciembre de 1907, *La Cirugía Menor* publica la vacante de practicante en Orbiso (492 habitantes en 1907) con idénticos términos; “*se halla vacante la plaza de Orbiso (Alava), para la asistencia de una á seis familias pobres. Dotación 25 pesetas anuales. Será por cuenta del mismo la rasura de todo el pueblo, ó sea de diez y ocho años para arriba. Por estos*

*Y vosotros, los Practicantes tan faltos de entusiasmo como sobrantes de indiferencia é incredulidad, ¿contempláis todo este desbarajuste, todo este cúmulo de desdichas, sin que los colores de la indignación asomen á vuestras mejillas, y vuestro corazón se inunde de tristeza infinita?*

*¡Ah! Merecéis, pues, por ello, el más cruel de los anatemas”.*

Desafortunadamente el fino estilo literario de Sergio no va a tener continuidad, al menos desde Álava. Contaba 21 años<sup>32</sup> cuando en el mismo número del boletín en que publicaba su alegato se señala que *“Ha recibido el título de Practicante, autorizado á partos, nuestro buen amigo D. Sergio Crespo, hijo del Practicante de la Beneficencia municipal de Vitoria (Álava), D. Bruno”*, para apenas un año después, en el número 9 del 15 de julio de 1909, recoger que *“En Vitoria [...] en casa del Presidente<sup>33</sup> [...] a las nueve y media de la noche [...] se dedicó un recuerdo cariñoso al que hasta este día ha compartido los deberes de Colegiado, Tesorero y Redactor del Colegio de Alava, D. Sergio Crespo, [...] su reciente nombramiento de Practicante aspirante del Hospital de la Armada en el Ferrol”*. Su marcha debió ser entendida como motivo de alegría a tenor de lo que expresaba Carlos Chies, fundador de *La Cirugía Menor* en el número

---

*trabajos y los servicios de su facultad, que deberá prestar á las familias pudientes, percibirá ochenta fanegas de trigo en Septiembre de cada año”*. Que contrasta con la oferta, también en 1905 de Villabuena: *“se halla vacante la plaza de practicante titular (y barbero) de la villa de Villabuena (Alava), dotada con el haber anual de 250 pesetas por la asistencia de catorce familias pobres. El agraciado podra contar además con otros emolumentos que le serán retribuidos por el Ayuntamiento y contratar sus servicios con las familias pudientes que ascienden próximamente á noventa y cinco”*. Y aún más con la fronteriza Ochandiano, igualmente de 1905: *“La de practicante de Ochandiano (Vizcaya), dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas, pagaderas por trimestres vencidos, que deberá prestar su servicio en esta villa y pueblo próximo de Olaeta, bajo la dirección de médico titular de esta villa.”*

<sup>32</sup> Había sido bautizado el 11 de septiembre de 1887. A. D. V. 03067/002-00.

<sup>33</sup> No era la primera vez que se menciona Juntas en casa de Nicolás Barajuan, que al menos su consulta como “callista” se anunciaba en la calle Estación (actual Dato) nº 29, 1º (por ejemplo en el *Heraldo Alavés* del 9 de marzo de 1908), actividad que compaginaría con su puesto (desde 1906) de practicante municipal. Se continuaba pues sin sede.

del 20 de febrero de 1908: *“Fuera de la Armada, donde logra consideración y tiene un porvenir que conquistar con su aplicación y su trabajo, no hay sitio en que el practicante pueda vivir con decoro y holgura”*.

Esta amarga visión de la realidad del practicante contrasta en ocasiones con esperanzadoras miradas al futuro, como en los artículos de Ángel Barahona, presidente del Colegio Central de Madrid, en 1906 bajo el título de *“El porvenir de la carrera de Practicante”* amparadas en el progreso incesante de la medicina y cirugía; aunque apenas ocupan espacio frente a las quejas por el estado de la profesión. Uno de los más precoces en mostrar su desencanto será el practicante de Leza, Ángel Caro, quien en el número 8 de *La Cirugía Menor* (20 de abril de 1905), después de mostrarse en el ejemplar anterior a favor de una federación de practicantes españoles, anima a la movilización de sus compañeros: *“Sirva de estímulo [a] nuestra apatía el horroroso cuadro de miseria y desolación que en la práctica rural todos presenciamos á diario. Mostremos al público y á nuestros hombres de gobierno, la situación por que atravesamos [...] si llegase el día de la derrota, podremos exclamar: Hemos sido vencidos, pero no por culpa nuestra”*.

Más expresivo es el artículo anónimo que aparece en el número 40: *“...la clase de practicantes está dividida, al presente en cinco especies distinta: los que solo ejercen la profesion y viven de ella, que por desgracia, son muy pocos los que desempeñan titulares; los que después de haber estudiado la carrera continúan con su oficio de barberos; los que son aun tiempo mismo barberos y practicantes; y, por último, los que en las beneficencias generales ó provinciales ganan con la profesión sueldos misérrimos y obtienen de ocupaciones varias lo necesario para completar la cantidad precisa para las atenciones indispensables de la existencia”*.

En el caso al menos vitoriano, efectivamente comprobamos que el pluriempleo ya era frecuente a finales del XIX entre los practicantes tanto del hospital como de la beneficencia domiciliaria, cuyos salarios en estas instituciones calificábamos de mera supervivencia. Sin

embargo, apenas documentamos testimonios de emigración,<sup>34</sup> tema frecuente en publicaciones de otras regiones. Nuestra opinión al respecto es la de que a pesar del reducido despegue industrial de la ciudad a primeros del XX, tendría un doble efecto sobre la profesión, por un lado una ratio más equilibrada del número de practicantes,<sup>35</sup> atraídos los hombres por empleos en la industria; y por otra, el aumento de los ingresos complementarios de los practicantes a través de las nuevas mutuas y las legislaciones laborales (accidentes de trabajo por ejemplo). No obstante, la marcha de Sergio -aunque sus motivaciones desconocemos- podría ser también indicativa de la precariedad de la profesión en Álava, muestra a la que sumamos otro ejemplo sugerente, el del abandono de Nicolás Barajuan, presidente del Colegio. Será unos años más tarde, en 1919, después de una intensa acción organizativa colegial, cuando decide dejar su puesto de practicante municipal<sup>36</sup> -no sabemos si también su actividad privada de callista-, para pasar al cuerpo de la Guardia Municipal, donde será Jefe de la misma hasta diciembre de 1923. Ejercerá también de Inspector de Obras interino y de Escribiente en las Oficinas centrales del ayuntamiento, para finalmente volver como practicante de la Beneficencia Municipal en 1932, donde permanecerá hasta su jubilación el 7 de junio de 1949.

---

<sup>34</sup> Los escasos testimonios son de la segunda mitad del XIX. Destaca el de Hermengildo Aramendi, “padre” de los vascos de Uruguay, que aunque guipuzcoano de nacimiento ejerció en Zaldueño como barbero antes de emigrar a Uruguay, donde es recordado por su actuación durante la epidemia de cólera de 1868 y por su actividad social entre los emigrados vascos.

<sup>35</sup> Aún desconociendo el número exacto de practicantes en Vitoria, en la matrícula industrial de 1910 figuran únicamente 10 practicantes frente a 25 médicos ejerciendo por cuenta propia. 8 de ellos pagan 31 ptas. (Bruno Crespo, Celso Quintana, Jesús Sedano, José Luis Ibáñez, Teodoro Hernáez, Pedro Betoño, Millán Mendi y Germán Calvillo) mientras que Gregorio Pinedo abona 20,11 ptas., y Nicolás Barajuan 20,12.

<sup>36</sup> Nicolás Barajuan San Vicente había sido bautizado el 5 de mayo de 1879 (A.D.V. 08933/002-00). Era bachiller y tenía aprobado 1º de preparatorio de Medicina. Tras titularse como practicante de medicina y cirugía entró como practicante municipal supernumerario el 11 de abril de 1906, pasando a ser efectivo el 22 de marzo de 1907 (A.M.V. Personal. EP/2-26).

Volviendo al intrusismo, si la injerencia de médicos y estudiantes de medicina era para la profesión una lacra que venía de lejos, no pasa desapercibida en estos primeros años la amenaza de un nuevo colectivo, las enfermeras. No lo percibimos aún en Vitoria en esa primera década del XX, ámbito de las revistas que seguimos, pero entre los colegiados madrileños ven ya clara la usurpación de funciones por las enfermeras de Santa Isabel de Hungría,<sup>37</sup> anticipo de la pugna que ambas profesiones mantendrán en el futuro hasta su unificación.<sup>38</sup> Como es bien conocido, las enfermeras alcanzarán su oficialidad con la Real Orden del 7 de mayo de 1915, a petición de la Congregación de Siervas de María, por la que se reconoce un programa de estudios conducente a la obtención de una titulación oficial tanto para religiosas como seglares. No tenemos datos de la repercusión de estos estudios en quienes aparecen citados como enfermeras y enfermeros en los hospitales vitorianos con posterioridad, aunque a tenor de las informaciones provenientes de la Sociedad de Enfermeros “La Humanitaria”, vinculada al sindicato

<sup>37</sup> Había sido fundada como escuela de enfermeras por Federico Rubio y Gali en Madrid en 1896, siendo la primera escuela de enfermeras conocida.

<sup>38</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, nº de junio de 1909, artículo firmado por Pascual Tarrero: *“El gran mal llamado intrusismo, no puede ser combatido por los Médicos, á quienes tanto perjudica, mientras no se preocupen de impedir que á nosotros nos destruyan. Todos los Médicos dicen de algunos Practicantes que se meten en su terreno; pero en cambio altas personalidades médicas, que nosotros veneramos como hombres de talento, crean y protegen profesiones análogas á las nuestras y expiden títulos del mismo modo que si fueran ministro de Instrucción Pública. Buena prueba de ello son las enfermeras de Santa Isabel de Hungría, que después de obtener este título, nada menos que del Instituto Rubio, refrendado por eminentes médicos, se dedican á practicar toda clase de curaciones, cobrando crecidas sumas. Cuando llevan algunos años dedicadas á este género de vida y tienen clientela, se cuidan de cambiar su denominación y se hacen llamar auxiliares de Cirugía, profesoras Massage, etc., á ciencia y paciencia de unos y otros. Claro es, que no es ese el fin para que fueron creadas por el eminente maestro D. Federico Rubio, sino para prestar análogo servicio que el de las Hermanas de la Caridad, en la cabecera del enfermo. Pero tan altruista y filantrópica idea, ellas se han encargado de desvanecer, ejerciendo una profesión para la que oficialmente no han demostrado aptitudes ni han contribuido con el pago de título ni contribución á las cargas del Estado”*.

UGT,<sup>39</sup> en los años 30 los enfermeros del hospital no son enfermeros titulares, sino “*asistentes á enfermos*” según la denominación usada. Los varones cobraban entre 60 y 110 pesetas, mientras que las mujeres lo hacían entre 40 y 70 ptas. Carecían de contrato de trabajo, como los sirvientes, y expresamente hacen alusión de no haber recibido cursillos especiales para “*desempeñar el papel de enfermeros*”. Cuestión esta última de interés porque es una de las reivindicaciones que el año 33 presentan a la Junta de Gobierno del Asilo Provincial.<sup>40</sup> Es probable que esta limitada preparación de enfermeras y enfermeros en las instituciones vitorianas limitase la conflictividad con los practicantes, ya que no se documenta. Igualmente sería de interés conocer el grado de penetración de enfermeras tituladas en las clínicas médicas que en los años veinte y primeros treinta empiezan a proliferar en la ciudad, así como el peso en la profesión de las Damas de la Cruz Roja que, aunque con presencia en Vitoria no aparecen en su faceta activa enfermera sino en el concepto más clásico de Dama organizativa de eventos sociales y benéficos.

Quienes sí se vinculan con la Cruz Roja con vocación asistencial serán los practicantes, siendo nombrados Julián Barrón, Gregorio

---

<sup>39</sup> A.T.H.A. Fondo Las Nieves, caja 17, nº 3. Existen varios documentos correspondientes a esta sociedad, siendo el más extenso el perteneciente a varias reclamaciones laborales de los enfermeros del asilo de las Nieves que han sido estudiadas por Aurora Herrera y Marixa Larreina, y comentadas en su aportación en este mismo capítulo.

En 1932 aparece como presidente de la sociedad José Celis y como secretario Ambrosio Saez; al año siguiente se cita como presidente a Francisco Jauregui y como secretario a Ambrosio Luis. Desconocemos si la expresión “Sociedad de Enfermeros” es indicativa de un carácter exclusivamente masculino, y aunque efectivamente los pocos nombres que se relacionan con ella son masculinos, sí aportan alusiones a enfermeras.

<sup>40</sup> Ibidem. 14 de octubre de 1933: “*En ese establecimiento se establecerán cursillos para la capacitación del enfermero, dados por facultativos, con el fin de que todos tengan un conocimiento profesional para poder cumplir en sus puestos con más responsabilidad y confianza*”. No puede olvidarse que en mayo de 1932 se crea el título de enfermero psiquiátrico, otro punto de fricción con los practicantes quienes a su vez lograrían que se les otorgase el título de practicante psiquiátrico, aunque no impedirían el progreso de los enfermeros.

Pinedo, Celso Quintana y Nicolás Barajuan<sup>41</sup> como practicantes de dicha organización “*para dos camillas organizadas*”<sup>42</sup> en 1908.

Ese mismo año se produce el cambio de denominación de “Colegio provincial de Practicantes de Álava”, por el de “Colegio de practicantes de medicina y cirugía de Vitoria y su provincia”. Modificación impulsada desde las páginas del *Boletín*, que ya utilizaba esa expresión,<sup>43</sup> y que defendía, al igual que *La Cirugía Menor*, no sólo el papel de auxiliar de médicos y cirujanos sino que aspiraban a ser “*el primer escalón de la medicina*”.<sup>44</sup>

Un último aspecto a destacar de estas dos revistas tan vinculadas al colegio alavés es su posición de entendimiento con las matronas. *La Cirugía* de hecho se presenta en su primer número diciendo que “*La misión que este periódico trae al estadio de la prensa, es unir á los Practicantes y Matronas para la obra de la regeneración y engrandecimiento de sus respectivas carreras*”.<sup>45</sup>

En el devenir del Colegio en los siguientes años uno de los objetivos será crear una agrupación supraprovincial siguiendo el modelo vasco-navarro que, por ejemplo, habían seguido los médicos. Las primeras noticias son de junio de 1909 cuando a instancias del colegio alavés se pretende crear una *Unión Regional* que no progresa desde los primeros contactos. No están claros los motivos, por una parte desde el Colegio Central de Madrid muestran su agrado por la

<sup>41</sup> Barajuan obtendrá dos medallas de campaña en la Guerra Civil. A.M.V. Personal. EP/2-26. Por otra parte, durante es guerra, la Cruz Roja instalará un hospital propio en las instalaciones del Seminario de Vitoria.

<sup>42</sup> *Boletín de los Colegios...* n° de mayo de 1908.

<sup>43</sup> *Boletín...* n° del 15 de abril de 1908. “*Realmente; el nombre de Practicante nada dice y menos significa y, al definirle, la ley expresa y nos califica de Auxiliares del Médico y Cirujano; nada más exacto y en armonía con la verdad*”.

<sup>44</sup> La expresión es de Carlos Chías, director de *La Cirugía Menor* en el número del 5 de septiembre de 1905. Defendía además el establecimiento de una pasarela entre los estudios de practicante y medicina para poder convalidar parte de los estudios, de forma similar a las disposiciones del XIX para permitir a los cirujanos de segunda acceder a la licenciatura en medicina y cirugía tras la reforma de la Ley Moyano.

<sup>45</sup> A este respecto recordar que en 1928 se produce una unificación colegial de practicantes y matronas.

iniciativa ya que hasta entonces guipuzcoanos, vizcaínos y navarros se habían desentendido de todos los movimientos asociativos y asamblearios realizados, cuando “*debieron encontrarse en primer término por contar disponibles más medios que otros muchísimos compañeros*”;<sup>46</sup> sin embargo, algo más debía suceder en aquellos colegios pues en los años siguientes irían cerrando sus puertas. En 1917, reabiertas las puertas del colegio vizcaíno el año anterior, vuelve a plantearse la posibilidad de una federación regional que en este caso incluía a Logroño, donde se celebra la primera asamblea. Una de las primeras acciones propuestas fue la de impulsar la reapertura de los colegios en Guipúzcoa y Navarra, en la que los alaveses Nicolás Barajuan y Simón Grizuela tuvieron un papel destacado. Al año siguiente, el 24 de septiembre de 1918, se constituía la “Unión Regional de Practicantes del Norte de España”, teniendo como miembros los colegios de Álava, Guipúzcoa, Logroño, Santander, Navarra y Vizcaya. La asamblea había sido convocada en Logroño por el colegio alavés, quien asumió la representación de la Unión para el primer año. Había sido elegido presidente del colegio de Álava ese año Bruno Crespo, sustituyendo a Barajuan que iniciaría en breve su despedida temporal de la profesión.

En 1921, tendría lugar en Madrid la llamada “Gran Asamblea” en la que se constituía la Federación Nacional de Practicantes y se aprobaba el “Reglamento de la Federación Nacional de Colegios de Auxiliares en Medicina y Cirugía”. Representando a los 36 colegiados alaveses estaría Juan Cortés Pérez. Se señalan dos importantes pasos en esta asamblea, por una parte la inclusión de los practicantes en la Unión de Clases Sanitarias,<sup>47</sup> y el compromiso de exigir el Bachiller elemental para acceder a la carrera de practicante.<sup>48</sup>

En los próximos años, desaparecidas las revistas, hay un importante vacío documental en lo que respecta a la vida del Colegio. Es de destacar la aparición de nuevas formaciones asociativas, si bien

---

<sup>46</sup> *Boletín...*, nº de junio de 1909.

<sup>47</sup> Que englobaba a Médicos, Veterinarios y Farmacéuticos.

<sup>48</sup> Lo que se consigue a partir del plan de estudios de 1926, no sin la oposición de algunos sectores de la profesión que les parecía un requisito excesivo.



dirigidas por el mismo activo grupo que habíamos visto en el Colegio. Así, por ejemplo, en agosto de 1929 localizamos una petición a la Diputación de Álava<sup>49</sup> para que la bonificación en la contribución industrial del 20% que se hacía a los médicos titulares y forenses en las visitas a pobres y de oficio, se extendiera a los practicantes titulares en los mismos casos, firmada por Bruno Crespo como presidente y Enrique ¿Blanqué?<sup>50</sup> como secretario; pero no lo hacen como Colegio de practicantes sino como “Asociación de Practicantes Titulares. Auxiliares de los Inspectores Municipales de Sanidad. Sección de Alava”, lo que podría ser una muestra de sindicación similar a la que documentamos en 1932 con la asociación de enfermeros “La Humanitaria” del sindicato UGT. De ser así, cabría explicarse la rocambolesca experiencia carcelaria de Blanqué, que los documentos no terminan de aclarar. Practicante de asistencia municipal, había sido movilizado para asistir también al hospital militar, siendo detenido y encarcelado entre septiembre del 36 y abril del 37 por causas no aclaradas pero que imaginamos dentro de la arbitrariedad del momento y, tal vez, en relación a esa posible militancia sindical.<sup>51</sup>

## **VII. 2. La “Cuestión Social”. Nuevos horizontes en la asistencia enfermera: trabajadores, maternidad, infancia, ancianos y enajenados.**

Había quedado señalado en el capítulo precedente cómo ya a finales del XIX la creciente masa proletaria se encontraba sumida en unas condiciones de vida que describíamos como de “*frágil equilibrio*”, en el que además de la necesidad del trabajo femenino e infantil para ajustar los ingresos del núcleo familiar al coste de la vida,

<sup>49</sup> A.T.H.A. Sig. D.1978-15.

<sup>50</sup> Sólo distinguimos con claridad Enrique B, pero únicamente se localiza a Blanqué coincidiendo con ello. Este practicante, encarcelado al inicio de la sublevación del 36, estaba entonces casado con Berta Martínez, que era también Practicante de la asistencia domiciliaria en Vitoria. A.M.V. Personal. 28/3/42.

<sup>51</sup> Fallecido en 1945, cubrió interinamente su plaza municipal Julio Crespo. A.M.V. 32/42/25.

se veían abocados a ver cómo cualquier alteración en las condiciones de trabajo, como el desempleo; o en su vida cotidiana, como la pérdida de salud, les conducía irremisiblemente a ese escalón por debajo de la pobreza general cotidiana: el pauperismo. Esta situación es la que desembocaba también en las redes de la Beneficencia Pública, sistema de respuesta sociosanitaria que había representado un innegable avance respecto al modelo caritativo previo a la Ilustración, pero que en el despunte de la Revolución Industrial se mostraba ya del todo insuficiente. Eran necesarias nuevas soluciones que evitaran el quebrantamiento del orden establecido, la “cuestión social” saltaba así a la palestra de los políticos. En 1883 se había creado la Comisión de Reformas Sociales, en la línea prusiana de protección social bismarkiano, en un tímido intento de superar el modelo de Beneficencia que apenas quedó en un destello fugaz antes del desastre del 98. Señalábamos en Vitoria las modificaciones en el Reglamento de la Beneficencia Pública Domiciliaria de 1883, o el importante crecimiento de los Socorros Mutuos amparados en la Ley de Asociaciones de 1887, pero también veíamos reforzamientos en la asistencia benéfica, caso de la maternidad, y en la caritativa, caso de los comedores conventuales y cuartelarios.

Con el cambio de siglo, en medio de los aires regeneracionistas tras el 98, la paulatina organización obrera y el crecimiento de los partidos políticos de base popular, la resolución de la “cuestión social” será un debate permanente. Aunque la tendencia historiográfica es la de centrar este debate dentro de límites casi exclusivamente laborales, qué duda cabe de que finalmente la cobertura sanitaria universal será uno de los grandes logros de esta lucha. Por tanto, tratando de unir lo laboral y lo sanitario desde un inicio, y siguiendo a la enfermería alavesa como línea conductora, intentaremos apuntar los elementos relevantes en el tránsito de la Beneficencia Pública a la Protección Social en la primera mitad del siglo XX en nuestra provincia.

VII. 2. 1. La legislación laboral. Un campo para la enfermería.

Eduardo Dato, candidato a Cortes por la ciudad de Vitoria entre 1914 y 1921, siendo entonces ministro de Gobernación, tendrá el mérito de rubricar la Ley de Seguro de Accidentes de Trabajo de 1900<sup>52</sup> y posteriormente de participar en el proyecto de creación del Instituto Nacional de Previsión (INP), hito fundamental en el tránsito hacia el actual sistema de protección social que, tras una larga gestación, verá la luz en 1908 estableciendo un sistema de Retiro Obrero de carácter voluntario, que se convertiría en obligatorio en 1919, tras el periodo de conflictividad obrera de los años anteriores cuyo ejemplo más sobresaliente fue la primera huelga general en 1917.

Estas primeras respuestas a la “cuestión social” repercutirán directamente sobre la profesión enfermera, abriéndose un nuevo campo de actividad, el de la prevención laboral. Efectivamente, la Ley de 1900 atribuía la responsabilidad del riesgo profesional de accidentes a los patronos, debiendo cubrir éstos tanto el riesgo como la asistencia. Nacerían así los servicios de asistencia a accidentados laborales, las *mutuas*, centradas exclusivamente en el accidente, ya que tanto la enfermedad, como la invalidez y la vejez quedaban fuera de la cobertura del seguro. En Vitoria la respuesta sería temprana, y ese mismo año se crean las oficinas de lo que será el antecedente directo de la actual “La Previsora”.<sup>53</sup> Coordinaba la asistencia sanitaria a los accidentados laborales, contratando en un principio dicha asistencia con los servicios médicos existentes en la ciudad y con el hospital de Santiago, aunque terminaría creando su propio servicio de asistencia médica, ya en la Calle Beato Tomás de Zumárraga, donde finalmente en 1950 construiría el actual hospital “San Jose” (inicialmente La Previsora Policlínica San José Artesano), estimulado con el inicio del definitivo despertar industrial de Álava.

<sup>52</sup> Orientada al mundo industrial, en 1931 la República la extenderá a la agricultura.

<sup>53</sup> A.H.P.A. 27709, Libro de Asociaciones 1887-1905. Fol. 64 v. Se inscribe “La Previsora” el 7 de abril de 1900 teniendo como objeto los “*Seguros Mutuos contra accidentes del Trabajo*”, su domicilio social se señala en la Calle San Antonio. Ramos Calvo y Resines Llorente la ubican en sus inicios en la calle Prado.

Coincidiría ese inicio del siglo XX con un primer impulso serio de industrialización en la provincia que, sin embargo, fracasaría antes de llegar a la primera década, estableciéndose un lánguido periodo depresivo hasta la nueva oportunidad dada por la I Guerra Mundial, la cual, nuevamente, no terminó de relanzar el tejido industrial, imposible ya de darse durante la crisis de los años treinta y la Guerra Civil. No obstante, el desarrollo industrial se mantuvo por encima de la media nacional, si bien en la comparación con las vecinas Vizcaya y Guipúzcoa las limitaciones de éste eran evidentes. No será hasta 1950 cuando finalmente pueda hablarse de despegue industrial alavés.

Qué duda cabe que el desarrollo de las mutualidades del trabajo fue parejo al devenir industrial y, en consecuencia, haya de hablarse también de reducida respuesta en la primera mitad de siglo respecto al enorme auge que tuvieron por ejemplo en Bilbao.

Para los practicantes fue éste un nuevo escenario en el que desarrollar sus competencias, tanto a través de las entidades concertadas con la mutua,<sup>54</sup> como directamente en las grandes fábricas surgidas a finales del XIX y primeros años del XX: Ajuria, Sierras Alavesa, Aranzabal, Fournier, etc. El accidente, traumático en general, se presentaba idóneo para las funciones de aquellos, e incluso era favorecido por el entorno industrial, mayoritariamente masculino.<sup>55</sup>

También las matronas mejorarían su posición con las nuevas regulaciones sociales. En 1923 se estableció un subsidio de maternidad que se ampliaría a Seguro Obligatorio de Maternidad en 1929,<sup>56</sup> estableciendo el INP convenios con las matronas para la asistencia en el parto. Lo que devolvía cierto reconocimiento institucional a la profesión que, no obstante, estaba clasificada como auxiliar médico, al igual que los practicantes con los que habían unido colegiación el año anterior. También al igual que éstos, desde el plan de estudios de 1926 debían poseer el título de Bachiller Elemental<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> Recordemos la multiplicación de clínicas médicas y quirúrgicas que se produce en la década de los veinte en Vitoria.

<sup>55</sup> Excepción de Naipes Fournier.

<sup>56</sup> R.D. de 22 de noviembre de 1929.

<sup>57</sup> No entrará en vigor hasta el decreto de 1928 que crea las escuelas de matrona.

para matricularse en las escuelas oficiales, si bien se consintió certificar estudios no oficiales destinados a parteras que las habilitaba “*exclusivamente para la asistencia caritativa a parturientas que sean menesterosas ó de su propia familia*”, lo que permitía incorporar a estas “no tituladas” en las casas de maternidad, en un claro intrusismo que los colegios profesionales no dejaron de denunciar.

### VII. 2. 2. La Casa de Maternidad en el siglo XX.

El cambio de siglo, aunque no de manera inmediata, modificará sustancialmente la acción social de este establecimiento, que no dudamos en interpretar como muestra elocuente de su carácter marginal por la más que segura relación con el mundo de la prostitución. Tal vez también jugara esta circunstancia en las dificultades para asentarse de forma estable, ya que a la itinerancia vista en el siglo anterior todavía habrá de sumársele los distintos cambios de residencia que vivirá la institución en el primer tercio del XX.

Nuestra hipótesis es que durante el siglo XIX, desde la primigenia Casa-refugio, luego renombrada a Casa de Maternidad, el objetivo fundamental fue silenciar la realidad social de un importante contingente de prostitución en la ciudad que, antes o después, pasaba por el embarazo no deseado, situación que convertía a aquellas mujeres en deshonor social, no por existir, sino por evidenciarse. El problema se vería engordado por otra realidad mejor conocida, el desproporcionado número de mujeres jóvenes que trabajaban en el servicio doméstico o como costureras; venidas del campo y muchas sin el amparo familiar no sería excepcional la barraganería consentida o forzada. Al igual que en el caso de la prostitución, el amancebamiento era moralmente reprobable, pero en una sociedad históricamente hipócrita donde la apariencia primaba sobre la verdad, solamente pasaba a ser problema cuando ya no podía guardarse esa apariencia, y el embarazo sólo se ocultaba con el aborto o con el destierro, de ahí que entre la élite local no se dudara en fomentar, por el bien de la honesta tradición, la única de las dos soluciones

aceptable, la de facilitar un destierro dentro de la propia ciudad, la casa de maternidad.

Sin embargo, estos presupuestos existentes a lo largo del siglo XIX se limitan a finales de la centuria, por una parte por la compensación sexual al atraer el tímido despunte de la industria a más hombres y, por otra, por la importante disminución del contingente militar al ser trasladada la Capitanía General de Vitoria a Burgos en 1893, lo que desmovilizaría directa y proporcionalmente la prostitución. Por tanto, la casa de maternidad entendida como ocultamiento de una vergüenza debió ir perdiendo sentido paulatinamente frente a las gestantes pobres que precisaban de sus servicios, de ahí que finalmente la maternidad quedara exclusivamente destinada a las embarazadas provenientes de la marginalidad, creándose en los años veinte una institución benéfica para asistir exclusivamente a parturientas pobres y casadas, liberándose del estigma de casa de deshonradas. Habrá pues una maternidad para solteras, dependiente de la Diputación y con sede en Las Nieves, y otra para casadas, dependiente del ayuntamiento vitoriano y con sede en el hospital de Santiago.

Hasta llegar a ese momento, la Casa de Maternidad pasó por un periodo de penurias evidenciado tanto por los problemas económicos como por sus traslados. El 11 de Agosto de 1901<sup>58</sup> es trasladada del hospital de Santiago al Hospicio, donde sigue siendo asistida por una Hermana de la Caridad y una sirvienta, al parecer en relación a la epidemia de viruela de ese año,<sup>59</sup> regresando al hospital en una fecha

---

<sup>58</sup> A.M.V. 42-30-06

<sup>59</sup> A.M.V. HOSP-LIB 25. Libro de Actas. 8 Julio 1901, pág. 33. *“El Sr. Dn. Justo Arróyabe, Cura de S. Vicente, manifestó confidencialmente que, en vista de la epidemia de Viruela que existe en esta Ciudad, se trató en la última Junta del Hospital, sin tomar acuerdo definitivo, de la necesidad que tal vez se presente, de trasladar á este Asilo [por el hospicio] la Casa de Maternidad, como otras veces se ha hecho; y la Junta en previsión de lo que pueda ocurrir, con carácter de urgencia autorizó á la comisión de Obras para que resuelva lo que estime oportuno si se realiza la indicación mencionada”*.

Ibidem 12 Agosto 1901. págs. 67-68. *“...una Comisión del Hospital Civil de Santiago se había presentado en la Mayordomía de este Establecimiento, haciendo*

no determinada pero que suponemos al finalizar la epidemia,<sup>60</sup> en cualquier caso antes de 1906 en que la volvemos a documentar en el hospital de Santiago.<sup>61</sup> En los años siguientes la constante son los problemas económicos de la casa de maternidad cuyo déficit generado en 1908 se salda a través de una cuenta de imprevistos que ha de habilitar el ayuntamiento de Vitoria,<sup>62</sup> repitiéndose la situación hasta que se exige la implicación de la Diputación Provincial en el sostenimiento de la Institución, reclamando, desde el ayuntamiento, que dicha Diputación Provincial cubra monetariamente los desfases económicos correspondientes a 1914 y los que en años posteriores se van a ir produciendo. Con anterioridad, desde el hospital ya se había recomendado el traslado de la Casa de Maternidad al nuevo Asilo Provincial de Las Nieves para que estuviera lo más cerca de los Expósitos, argumentando que la sala de Partos debería estar lo más próxima posible al lugar donde se van a exponer los recién nacidos.<sup>63</sup> Además, la Ley de Beneficencia amparaba esa solicitud ya que determinaba que *“El socorro de huérfanos, expósitos, desamparados y maternidad es competencia de la Diputación, mientras que al ayuntamiento corresponde el auxilio de enfermedades accidentales y la conducción a los establecimientos generales o provinciales a*

---

*ver la necesidad de trasladar al mismo las asiladas de la Casa de Maternidad, en virtud del recrudecimiento de la epidemia de viruela; y la Junta acuerdo acceder a la petición, según se había verificado en otras ocasiones, autorizando ampliamente a las comisiones de Obras y Hacienda para que intervengan en cuanto se refiere al mencionado servicio”.*

<sup>60</sup> En cualquier caso, todavía en septiembre de 1902 los salarios son dispensados por el Hospicio: entre octubre de 1901 y abril de 1902 son asumidos por la Real Junta Diputación de pobres, en abril de ése año lo hace el Tesorero de la Casa de Piedad y los que corresponden a los días que median entre el 12 de Agosto y el 30 de septiembre del mismo año son abonados por el Tesorero del Hospicio.

<sup>61</sup> A.M.V. Sig.38-18-5.

<sup>62</sup> A.M.V. Sig. 40-03-54

<sup>63</sup> En definitiva era la misma argumentación que se usaba con el hospicio cuando este asumía a los expósitos antes de su traslado a las Nieves (inaugurado en 1907) ya que por ley recaía sobre la Diputación la asistencia a huérfanos y expósitos.

*aquella infancia abandonada, pobres y necesitados*".<sup>64</sup> No obstante, la Diputación no parece entenderlo así y en 1913 desestima el traslado a Las Nieves al considerar que la casa de maternidad podía afectar a la educación de los niños, lo que vuelve a incidir sobre la idea marginal de aquella obra benéfica. Durante los próximos años sólo hay una cosa clara: ni el hospital, ni el ayuntamiento ni la Diputación quieren saber nada de la maternidad.

El conflicto parece estallar ese año de 1914 con un agrio enfrentamiento entre la dirección del hospital y la Diputación de Álava, a la que han pedido desde la institución sanitaria el urgente traslado de la Casa de Maternidad a otro edificio fuera del hospital, así como la asunción por parte de la Diputación Alavesa del sostenimiento de dicha Casa de Maternidad. La Diputación, sin embargo, responde amenazando a la Junta del hospital con una denuncia ante los Tribunales de Justicia si, como parece, se deja la Casa de Maternidad sin atención ni servicio.

Ante el desacuerdo se suceden algunas muestras de presión, como la ejercida unilateralmente por el hospital al tratar de desembarazarse de la institución y trasladarla al convento de las Oblatas, lo que finalmente no sucede a pesar de las obras de acondicionamiento realizadas, por lo que en 1916, la Junta del hospital reclama a la Diputación<sup>65</sup> las 744 pesetas con 41 céntimos "*que ha costado la preparación en el Convento de las Oblatas de las instalaciones de la Casa de Maternidad con materiales del propio Hospital Civil*"; sin embargo, la Diputación traslada la responsabilidad del pago a la Superiora del Convento ya que es éste quien se ha beneficiado de las mejoras.

El 17 de marzo de 1917 es el ayuntamiento quien presiona<sup>66</sup> recordando que el servicio de Maternidad es exclusivamente provincial, "*en virtud de las disposiciones vigentes, como así lo ha*

---

<sup>64</sup> Herrera Arce, Aurora. Larreina Zerain, Marixa. "Cien años de asistencia psiquiátrica en Álava. 1907-2007. Centenario del Asilo Provincial Santa María de Las Nieves-Hospital Psiquiátrico de Álava". Osakidetza. Vitoria, 2007. Pág. 33

<sup>65</sup> A.T.H.A.-DH 6059-21

<sup>66</sup> A.M.V. 34-27-25



*reconociendo la Excm. Diputación, que debe tener habilitado un edificio para trasladar a él la Institución*". Finalmente parece haber un desbloqueo de la situación, si bien la solución no tiene visos de estabilidad: el 1 de Enero de 1918 se hace traslado de la Casa de Maternidad<sup>67</sup> a algún inmueble del Portal de Ali cedido al parecer por el gremio de tablajeros,<sup>68</sup> donde permanece hasta ser nuevamente trasladada en fecha indeterminada al Campillo, al local de la antigua Escuela de Artes y Oficios que había sido cedida por el ayuntamiento a la Diputación y que, el 23 de Julio de 1925, insta a que desaloje.<sup>69</sup>

Aceptado el desalojo por la Diputación Provincial, encarga al Arquitecto de la Provincia<sup>70</sup> proyecto y presupuesto de las obras necesarias para habilitar la antigua enfermería del "*Manicomio Provincial*" a fin de poder establecer en dicha dependencia el servicio de Casa de Maternidad. En noviembre de ese mismo año queda constancia de haberse iniciado las obras en el Asilo Provincial de Santa María de la Nieves, iniciándose el nuevo periodo de la institución en 1926, estando ya exclusivamente destinada a embarazadas solteras; es decir, en esencia la parte socialmente marginal que en su mayoría dejaría a sus hijos en la inclusa del propio asilo de Las Nieves.<sup>71</sup>

---

<sup>67</sup> A.M.V. 34-16-52

<sup>68</sup> Y para ello el hospital prepara, para ser instalados en su nueva ubicación, los muebles y ropas que tenía en dicho servicio: 10 Camas de hierro, 10 Colchones con su lana, 40 Sábanas en buen uso, 40 Fundas de Almohadas, 10 Sobrecamas blancas en Buen uso, 10 Mantas de Lana, 10 Mantas nuevas de Algodón. La existencia de 10 camas parece estar en consonancia con la ocupación media; así en uno de los escasos documentos estadísticos (A.M.V. Sig.38/18/5) se alude a que "*El término medio, en el quinquenio 1906-1911 ha sido de 10 ingresadas con un máximo de 16*".

<sup>69</sup> A.T.H.A. DH 5872-28. "*...insta a que desaloje el local de la antigua Escuela de Artes y Oficios en el Campillo que tiene ocupado con la Casa de Maternidad a la que se facilitó provisionalmente el local*".

<sup>70</sup> A.T.H.A. (R) 342 E y S. FPF 1928-1953.

<sup>71</sup> "*Las que optaban por dejar al niño eran obligadas a permanecer en la maternidad cuatro meses, para su crianza, siempre que reunieran las condiciones necesarias*". Herrera y Larreina, op. Cit., pág. 33.

Al quedar entonces desatendidas las gestantes casadas que estaban catalogadas como pobres, el 11 de noviembre de 1926 se firma un contrato a tres bandas entre la Fundación Paula Fournier (doña Nieves Partearroyo -viuda de Fournier- y el Párroco de San Miguel como representante de la fallecida doña Paula Fournier), el ayuntamiento de la Ciudad de Vitoria y la Junta del hospital Santiago Apóstol para la creación en dicho hospital de una Institución destinada a “*Maternidad de casadas pobres*”, a la que se uniría al mismo tiempo la llamada “*Gota de Leche*”. De esta manera unificaban la asistencia durante el embarazo, el parto y la lactancia de las mujeres casadas pobres tratando de asegurar la supervivencia perinatal y puerperal.

Estos servicios se instalan en el pabellón destinado antiguamente a lavadero y secadero; ocupando la maternidad el piso primero del pabellón y construyendo una galería que sirviese de unión con el hospital.

La Junta Directiva del hospital se compromete a dirigir esta Institución de Maternidad en la misma forma que lo hace con el hospital, manteniendo el ayuntamiento el Patronato sobre la Institución. La Fundación “Paula Fournier” aporta la cantidad de 50.000 pesetas de la época para atender las obras necesarias de acondicionamiento de los locales de las dos Instituciones más una donación de 150.000 pesetas “*con objeto de que con su renta se atienda antes, en y después del alumbramiento al mayor número posible de casadas pobres, dándose preferencia á las más necesitadas ó á las que por circunstancias extraordinarias sean más acreedoras á ello á juicio de la Junta*”.

Este nuevo servicio de Maternidad será atendido por las hermanas de la Caridad además de por los practicantes<sup>72</sup> y una enfermera del hospital, como así consta en una nómina de junio de 1928 en el que aparecen reseñados los practicantes Félix López Calle

---

<sup>72</sup> Los practicantes habían obtenido en 1901 licencia para asistir a los partos (R.D. de 27 de abril), si bien en 1902 se matizaría dicho decreto estableciendo que únicamente podían asistir en poblaciones menores de 10.000 habitantes y previo consentimiento de los médicos de la localidad.

Santa María, Teodoro Castro Solano<sup>73</sup> y Salustiano Pérez Fernández, los tres reciben el mismo importe por sus servicios 62,50 pts. Así mismo aparece reseñada la enfermera Amalia Alonso Porrás, que recibe 60 pts., lo que parece atribuirle una destacada y continuada labor que se verá refrendada en nóminas siguientes. Así en la de julio aparecen inscritas las mismas personas pero recibiendo los practicantes 20,85 pts. cada uno y la enfermera 62 pts. En las posteriores solamente aparece nominada la enfermera Amalia Alonso Porrás junto con el médico Director de Sala y los facultativos de Guardia. En nómina de Diciembre de 1929 aparece el nombre de otra enfermera, Guadalupe García Albizu y cobrando las mismas pesetas que su antecesora -62-. La última enfermera localizada es Emilia González que el 3 de Enero de 1930 cobra 40 pts. por 20 días de trabajo.

Un último apunte de carácter estadístico habría de destacarse de esta fundación, ya que a diferencia de la anterior casa de maternidad donde el mutismo era casi general, atribuyéndolo a la discreción pactada con sus asistidas, en ésta otra maternidad se cuenta con datos generales de las asistencias hasta el estallido de la Guerra Civil. Del registro de entradas y salidas de parturientas<sup>74</sup> puede verse cómo hay

---

<sup>73</sup> Teodoro, como habíamos reseñado para Narciso Díaz, los Crespo o los Sedano, forma parte de otra saga familiar que ha llegado hasta nuestros días. Yerno del practicante de Laguardia Silvestre Galilea Pérez, continuarán en la profesión el hijo de Teodoro, José Ignacio Castro Galilea y el hijo de éste, Juan Luis Castro Eceolaza.

<sup>74</sup> 1928, nacen 15 varones y 16 hembras.

1929, nacen 17 varones -3 fallecieron- y 17 hembras; atienden 1 parto doble y un aborto. 2 mujeres fallecieron, una de Argandaña, de 42 años y otra de Salvatierra de 43 años.<sup>74</sup>

1930, nacen 18 varones -2 nacieron muertos- y 11 hembras.

1931, nacen 21 varones -1 muerto- y 28 hembras -3 fallecidas-, una mujer de 41 años, natural de San Asensio (Rioja) fallece.

1932, nacen 25 varones -1 muerto más 1 a la hora de haber nacido, 28 hembras. Fallecen 2 mujeres: una natural de Genevilla (Navarra) de 38 años y otra de 23 años natural de Zuya.

1933, nacen 36 varones -4 muertos- y 31 hembras -5 muertas. Fallece una mujer natural de Villabuena de 40 años.

1934, nacen 36 varones -5 muertos- y 30 hembras -6 muertas. Fallece una mujer de 25 años natural de Arbejal (Palencia).

un salto cuantitativo en el número de partos a partir de 1931, que en el 33 ya es más del doble que los acaecidos en 1928, y que podría estar relacionado con la crisis mundial del 29 y el aumento de la pobreza general en la ciudad. Si mantenemos la tasa de natalidad para Vitoria en el 27%,<sup>75</sup> para los 42.116 habitantes en 1930 supondrían 1.137 nacimientos al año; por tanto aproximadamente tendríamos que el porcentaje de nacidos en la maternidad para madres casadas pobres oscilaría entre el 2,5% en 1930 y el 5,9% en 1933,<sup>76</sup> manteniéndose similar en los dos siguientes años.

### VII. 2. 3. La “Gota de Leche”.

*“No por miedo a problemas, á fantasmas ni a peligros que afortunadamente no se dibujan en el horizonte del honradísimo pueblo de Vitoria, sino para rendir tributo á la justicia, homenaje á la caridad, y pleitesía a la fraternidad, por libre y espontáneo impulso del corazón llevado en alas de los más nobles y hermosos sentimientos debemos mirar a los de abajo, a los pobres, á los humildes y á los desvalidos, y debemos tender una mano protectora a los que doblemente desdichados luchan en el surco uniendo á las torturas del sufrimiento la impotencia de remediarlo.*

*Y V.E. que siempre se ha distinguido por su amor al pueblo y que no ha titubeado en llevar á él más que esperanzas de*

---

1935, nacen 31 varones -5 muertos- y 32 hembras -4 muertas-. Fallece una mujer natural de Vitoria. Este año en el registro aparece una mujer con nombre ficticio y sin que conste estado civil; no obstante al margen y en anotación a lápiz aparece identificada con su nombre real.

<sup>75</sup> Colinas Santos, José Ángel. Rivera Blanco, Antonio. Sanz Legaristi, Pedro. “Las profundas transformaciones del siglo XX”. En Llanos Ortiz de Landaluze, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983. Pág. 236. El porcentaje de natalidad está referido a principios de siglo, reduciéndose a lo largo del mismo. Es probable que en los años de crisis esta tasa fuera inferior.

<sup>76</sup> Son datos aproximados, la tasa de natalidad suponemos referida a nacidos vivos, mientras que los datos de la casa de maternidad se refieren a partos en general, siendo algunos no viables. No obstante, es ilustrativo sobre la bolsa de pobreza no marginal existente en la ciudad en los años previos al conflicto civil.

*mejoramiento realidades de bienestar, V.E. que atiende con solícito esmero al desarrollo de la Instrucción pública; V.E. que se enorgullece con tener a envidiable altura cuanto se refiere á la Beneficencia, aceptará seguramente la idea [de] iniciarse la benéfica fundación que con el título de ‘la gota de leche’ acaba de inaugurar el Ayuntamiento de San Sebastián para facilitar leche esterilizada á las pobres criaturas recién nacidas”.*<sup>77</sup>

De esta manera Ramón Sáseta, Guillermo Elio, José Zárate, Juan Ibargoitia y Antonio de Cabrera instan al ayuntamiento de 1904 a fundar en Vitoria una institución que ya funcionaba en San Sebastián, Pamplona y Logroño, “La Gota de Leche”, que bien recibida por el concejo no duda en calificarla de “*institución Salvadora de la infancia*” solicitando inmediatamente el apoyo de la Diputación provincial y “*demás Centros y Corporaciones que pueden facilitarlo*” y procediendo a encargar los estudios de obras, reglamentación, etc., necesarios para iniciar su funcionamiento.

En palabras de Germán Baraibar, jefe del Laboratorio municipal,<sup>78</sup> el objeto de la Gota de Leche sería “*suministrar leche maternizada y esterilizada que sustituya la alimentación de los niños que no pueden ser criados por sus madres ó nodrizas y proporcionar al propio tiempo leche esterilizada al público en general y en particular a las personas sometidas á régimen lacteo, á los convalecientes y sobre todo á los enfermos de afecciones gástricas*”. Así se proporcionaría este alimento tanto a las madres que necesitaban la ayuda del biberón para criar a sus hijos, como a las que faltas de recursos para costear una nodriza tenían que recurrir por completo a la lactancia artificial. “*La madre cualquiera que sea su posición social debe amamantar á sus hijos, pero ésta obligación impuesta por los sentimientos naturales y la higiene no puede cumplirse desgraciadamente con demasiada frecuencia por multitud de causas*

<sup>77</sup> A.M.V. 42-3-36. No podemos evitar llamar la atención sobre la expresión burguesa “*mirar a los de abajo, a los pobres*”, diferenciación económica que lleva implícita una valoración moral igual de despreciativa que la vieja clasificación social por la cuna de la aristocracia del antiguo régimen.

<sup>78</sup> A.M.V. 23-12-30.

*que no es necesario enumerar. A remediar la falta de la madre viene el empleo de las nodrizas, pero notorios son los inconvenientes de tal recurso, pues siendo en su mayor parte seres egoistas<sup>79</sup> que sólo atienden al lucro y no sienten por los niños el necesario amor, ocultan cuidadosamente sus defectos y enfermedades y las transmiten á las criaturas que amamantan, siendo causa inconsciente pero muy eficaz de que la mortalidad en los niños hasta los cinco años se dé en proporción verdaderamente aterradora”.*

En estos momentos la tasa de mortalidad infantil en Vitoria es de 32,5 ‰, similar a la de San Sebastián y muy por debajo de las industriosas Bilbao o Madrid.<sup>80</sup> Las cifras de mortalidad infantil absoluta en Vitoria durante el quinquenio 1898-1903, a pesar de esas diferencias por ejemplo con Bilbao, son todavía pavorosas respecto a las medias de otros países europeos: niños de 0 a 5 meses, 440, y de 5 meses a 3 años fue, para el mismo periodo, 896 fallecidos.<sup>81</sup> El destete era pues una variable decisiva y, de hecho, los impulsores de la fundación incidían en la idea del riesgo vital que suponía el inicio de la lactancia artificial con leche de vaca por el deplorable estado higiénico de la misma.

La prevención sanitaria sobre la leche que se expendía en las vaquerías correspondía al laboratorio municipal, cuyo jefe, Germán Baraibar, al defender la instalación de la “Gota de leche” en Vitoria, presenta al ayuntamiento un informe revelador: la leche sufría adulteraciones y su manipulación dejaba mucho que desear<sup>82</sup> “los

---

<sup>79</sup> Esta apreciación sobre las nodrizas es muy general en los reglamentos sobre expositos que inciden en la selección y vigilancia de las mismas. Una de las acusaciones más famosas es la de Concepción Arenal en su “Estado actual de la Beneficencia” de 1860, que seguimos a través del apéndice documental de Elena Maza en “Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)”. Editorial Ariel, S.A. Barcelona, 1999.

<sup>80</sup> Bilbao tenía en las mismas fechas un 42,6 ‰, Madrid un 41,3 ‰, y San Sebastián un 32,6 ‰. Por debajo cerraba la lista Palma de Mallorca con un 21,7 ‰, estando la fabril Barcelona en un llamativo 29,5 ‰. A.M.V. 42-3-33.

<sup>81</sup> A.M.V. 42-3-33.

<sup>82</sup> A.M.V. 23-12-30. El informe previene contra el contagio de enfermedades como la tuberculosis, la fiebre aftosa, el carbunco o el tífus.

*espendedores no observan en su mayoría las reglas higiénicas mas elementales y ahí que por ese descuido, debido tanto á ignorancia como á la desidia, puede darse y se ha dado el caso de transmitirse á los consumidores, enfermedades del vendedor ó de individuos de su familia”.*

La leche procedente de las distintas vaquerías era distribuida en la ciudad por 250 vendedores y toda esta leche era traída al mercado en “*vasijas abiertas y en las peores condiciones*” excepto la procedente de la Granja Modelo, propiedad de la Diputación Provincial, que era distribuida en “*botellas y perfectamente cerrada*”. Conscientes de que el ambiente sucio y las temperaturas inadecuadas así como la contaminación de las aguas con las que se adulteraba la leche “*recogida de charcas ó fuentes que no reúnen condiciones higiénicas*” eran origen de contaminación, previenen contra “*el polvo con todos los microorganismos en él flotantes se fija en la leche, y como ésta es el medio mejor para los cultivos microbianos, adquieren estos en breve tiempo un extraordinario desarrollo*”.<sup>83</sup>

La primera consulta de “La Gota”, como así se la llegó a conocer, se proyectó para ubicarla junto a los Laboratorios municipales, en el Campillo.<sup>84</sup> En ese local se realizarían las consultas así como las pesadas de los niños que se verificaban una vez por semana o más si el médico responsable así lo indicaba. La documentación manejada iba a constar de un registro general en el que se reflejaba el número de inscripción, nombres y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, domicilio y fecha de presentación en el consultorio; una libreta individual que se daba a los médicos de la familia beneficiaria o en su caso a los médicos municipales y otra libreta para anotar los pesos del niño y que estaba en poder de la familia.

<sup>83</sup> A.M.V. 23-12-30. Y para ilustrar estas afirmaciones se remite Germán Baraibar a las “*doctas experiencias*” del que califica “*sabio Miguel*”, quien debía referir en un estudio que “*la leche a la hora de ser ordeñada contiene 9.000 bacterias c/c, a las dos horas 36.260, a las siete 60.000 y a las nueve 120.000 bacterias c/c*”. En este estudio refiere datos de cómo afecta la temperatura a la contaminación de la leche, dándose así que “*a los 15° centígrados el número de microbios por c/c llega á 100.000, á los 25° á 720.000 y á 35° 165.000.000*”.

<sup>84</sup> A.M.V. 40-16-10.

El personal del que constaría la Institución lo compondrían: el Director del establecimiento, el médico encargado de la consulta, una mujer para la limpieza de botellas y un mozo, todos ellos supervisados desde la Comisión de Beneficencia y Sanidad del ayuntamiento por el Concejal delegado.

También se barajó la posibilidad de establecerla en el hospicio, atendiendo una demanda de esta institución que, por tener entonces recogidos a los expósitos estaba muy interesada en contar con los avances de “La Gota”.<sup>85</sup> No obstante con fecha 27 de noviembre de 1905 la Alcaldía de Vitoria se dirige a la Junta del Hospital Civil Santiago en los siguientes términos: “*Habiendo de comenzar en breve el funcionamiento de la benéfica Institución denominada Gota de Leche y compartiendo que nadie como las Santas Hijas de la Caridad podrán prestar mejor el servicio necesario [...] Que pueda conseguirse que dos Hermanas de la Caridad se encarguen del cuidado del mencionado establecimiento previa correspondiente retribución*”<sup>86</sup> quedando de esta manera adscrita la nueva institución al hospital aunque no ocupará sus dependencias, sino unas próximas al inicio de la calle Santiago.

Por el Reglamento que rige la institución y que se aprueba el 23 de Marzo de 1906<sup>87</sup> sabemos que el régimen interior y parte administrativa de la Casa, excepto en lo que tenga carácter facultativo, está a cargo de las Hermanas de la Caridad. Cuidan, así mismo, del

---

<sup>85</sup> Tal vez también para tratar corregir los defectos señalados por el médico titular de la instalación Carlos Roure respecto a la lactancia artificial en 1907. Esta denuncia tuvo una gran repercusión mediática, ya que fue publicada por Ángel Gorrochategui en el periódico *La Libertad* culpabilizando de la situación a la Junta del hospicio. Denunciado el periodista por injurias a la Junta, el caso será portada casi diaria en la prensa local -especialmente en el *Heraldo Alavés*- desde primeros de enero de 1908 a mediados de abril de ese año yendo más allá del juicio en sí, con opiniones y acusaciones de todo tipo, destacando la de varios miembros de la Junta de Piedad del hospicio con el Marqués de la Alameda a la cabeza, los médicos Carlos Roure y José de Arana -quien era el que había solicitado la “Gota” para el hospicio-, y los abogados Benito de Guinea o Gabriel Martínez de Aragón.

<sup>86</sup> A.M.V. 42-3-34.

<sup>87</sup> A.M.V. 20-12-30.



orden y compostura de cuantas personas asisten al Establecimiento, poniendo en conocimiento del Director toda infracción que notaren y pudiera afectar al crédito de la Institución, así como las faltas en el personal subalterno. Reciben y miden la leche todos los días. Hacen también la expedición de la leche cobrando su importe, para lo que reciben las cestitas y biberones vacíos, cuidando de rechazar los que estuvieran rotos y exigiendo las indemnizaciones correspondientes.<sup>88</sup>

No despachan ningún biberón sin la presentación del vale del médico encargado del Consultorio. Son también las encargadas de llevar un libro del despacho diario y hacen un resumen del movimiento mensual.

En este “Reglamento de la Gota de Leche y Consultorio de niños de pecho en Vitoria” se plasma en su capítulo 1 apartado 1 que el objetivo principal de la Institución “*es luchar contra la mortalidad de la primera infancia*” para lo cual se establece consulta gratuita para niños de pecho en la que además se enseña a las madres lo relativo a la higiene infantil a la vez que se insiste y promueve la lactancia materna. En el caso de madres que no pueden amamantar a sus hijos se les facilita leche “*humanizada y esterilizada*”. El objetivo secundario que persiguen es “*expende leche esterilizada al público en general*”, lo que como es sabido contribuiría a expandir la moda de la lactancia artificial entre la gente pudiente que veía en aquella leche, avalada por todos los avances de la ciencia, una panacea preservadora de la salud de sus hijos.

Para el tratamiento de la leche recibida y su posterior transformación en un producto idóneo para la alimentación infantil se adquiere en Francia el equipamiento técnico necesario para su manipulación.<sup>89</sup> Se partía de la convicción de que la leche de vaca era

---

<sup>88</sup> Por cada cestita rota o no devuelta 2,50 pts.

Por cada biberón roto o no devuelto 0,35 pts.

Devolviendo la armadura de cierre 0,30 pts.

<sup>89</sup> Una desnatadora Perfec, cuyo costo asciende a 400 francos, que por centrifugado separaba y recogía en diferentes depósitos, en virtud de las distintas densidades, las sustancias a manipular, un esterilizador (800 francos), en el que a base de calentar agua por medio de carbón vegetal, se conseguía una temperatura de 102° y que era

la que *“más se aproxima á la leche de la mujer”*, pero requería de una serie de manipulaciones a fin de modificar su composición y transformarla en *“maternizada”*. La preparación de la leche consistía en: *“la separación previa de la crema que ha de utilizarse; mezcla de esta crema en 2/3 del total de leche y agregación de 1/3 de agua. A esta mezcla se agregan 1 gramo de cloruro de sodio y 35 gramos de lactosa por litro”*. A falta de lactosa se empleaban *“2 gramos de azúcar de caña por litro”*. La composición se sometía *“durante 45 minutos á una temperatura de 104° centesimales con objeto de esterilizarla”*.<sup>90</sup>

Los niños beneficiarios de estos servicios se clasificaron según este reglamento en tres categorías: de acceso gratuito, de medio pago y de pago completo. En la primera se incluían los hijos de familias pobres incluidas en el censo de la Beneficencia municipal<sup>91</sup> y que obtuvieran una prescripción por parte de un médico titular. En la segunda estaban incluidos los hijos de obreros *“cuyo jornal sea superior al que dá derecho á ser incluido en el censo de pobres”*, y en la tercera categoría todos los demás. Todos recibían la misma clase de leche, preparada de idéntica manera y *“en vasijas de igual clase”*. Las madres o encargados de la lactancia del infante recibían 9 biberones diarios por término medio, *“tantos cuanta sean las veces que deba mamar la criatura durante 24 horas”*. La ración completa se abonaba a la entrega de los biberones y costaría para los de 2ª categoría 0,50 céntimos de peseta y 0,80 céntimos para los de 3ª categoría.<sup>92</sup> La leche esterilizada se expendía a 0,25 céntimos el ¼ de litro.

---

mantenida 45 minutos (tras este proceso la leche era enfriada en una corriente de agua fría para evitar que *“tome gusto á cocido”*), un termómetro metálico, un limpiabotellas (60 francos), un pesa bebes (80 francos) así como diferentes filtros, biberones y *“botellas tetinas”*; lo que representa un gasto total de 2.430 francos.

<sup>90</sup> Si no lo valoramos desde el punto de vista del actual conocimiento nutricional del recién nacido, sino desde el progreso médico a partir de la revolución científica, resulta obvio señalar el gran avance producido en el conocimiento bioquímico y fisiológico, además del valor intrínseco del desarrollo de la pasteurización.

<sup>91</sup> Suponemos aún vigentes las normas del censo de pobres de 1885.

<sup>92</sup> Luego la relación entre el *“medio pago”* y el *“completo”* no se correspondía a un 50%, sino a un 62,5%.

Las madres, bien sean las de asistencia médico-farmacéutica gratuita (según criterio del ayuntamiento), o las que deben pagar por los servicios solicitados, tienen la obligación de inscribir en el Consultorio al niño y *“presentarlo al peso el día de la semana que les señale el Director”*. Las madres registradas en la categoría de beneficencia que *“sin causa justificada, dejen de presentar dos semanas consecutivas al niño ó no siguiesen los consejos del Director, perderán el derecho á los beneficios del consultorio y sus puestos serán ocupados por otras más celosas en el cumplimiento de su deber”*; a las madres que costean los servicios, ante la imposibilidad de aplicar esta penalización se les recomienda *“en bien de sus hijos, no dejen de presentarlos semanalmente para pesarlos y calcular así su ración alimenticia”*. Además, para que el niño sea admitido en el Consultivo era indispensable que su madre consintiera en que se le vacune al cumplir los tres meses, chantaje que evidencia las reticencias existentes aún a la vacunación, a pesar de los innegables beneficios obtenidos desde la generalización de la vacuna de la viruela, y de haberse sufrido pocos años antes una epidemia en la ciudad (1901).

Aunque la dispensación láctea no distingue entre los tres grupos de niños, sí se hace distinción respecto a las madres de la beneficencia planeando la concepción burguesa de considerar al pobre además implícitamente deshonorado; así, *“la Institución se reserva el derecho de girar visitas domiciliarias á las madres de la 1ª categoría para comprobar el uso que se hace de la leche del Establecimiento”*. Además, a este grupo que la normativa la considera de acceso gratuito, para evitar la tentación de fraude,<sup>93</sup> aunque lo que se expresa es con el fin de que *“no pierdan la noción del deber que tienen de criar á sus hijos”*, el suministro de la leche no es en la práctica completamente gratuito; se les cobra 10 céntimos por la ración diaria. Con esta cantidad se va engrosando un fondo que se destina *“a la compra de vestido, hatitos de niño, etc., para premiar á las madres*

---

<sup>93</sup> Dar por ejemplo lactancia materna y utilizar la leche de la Gota para otros usos o bien para la reventa.

*que más se hayan distinguido en el cumplimiento de los consejos recibidos en el Consultorio”.*

Para el público en general la leche “*simplemente esterilizada*” se expende en ése momento al precio de 0,50 pts. el litro, habiendo un descuento del 20% al cliente que lleve “*ocho ó más litros de una sola vez*”

Del control que se ejerce sobre la leche recibida, así como de la higiene y meticulosidad con que se trata y manipula, a fin de que el resultado final sea un producto de calidad, nos quedan las funciones del “Técnico-Facultativo” quien es el responsable de la preparación de la leche:

*“todos los días al recibirse la leche en el Establecimiento procederá á averiguar su densidad por el lacto-densímetro y su riqueza en manteca por el ácido-butirómetro y una vez á la semana hará el análisis microscópico, fijando un cartelito en el vestibulo con el resultado diario de estas operaciones para conocimiento y satisfacción del público.*

*Dirigirá y presenciará las distintas manipulaciones necesarias para la maternización y esterilización de la leche y distribución de la misma en los biberones, según prescripción del médico encargado del Consultorio.*

*Cuidará de la conservación y exquisita limpieza de todo el material empleado en estas operaciones”.*<sup>94</sup>

En el devenir de la institución, tal como habíamos señalado en la Casa de Maternidad, el once de noviembre de 1926 se acuerda entre ayuntamiento, el Secretario de la Junta Directiva del Hospital Civil de Santiago, la Sra. Nieves Partearroyo -viuda de Fournier-, y el Párroco de San Miguel, en representación de la fallecida Doña Paula Fournier, el traslado de la Institución Gota de Leche a las dependencias del citado hospital,<sup>95</sup> ocupando junto a la maternidad para mujeres casadas

---

<sup>94</sup> A.M.V. 20-12-30.

<sup>95</sup> A.M.V. LD-16-84.

pobres la planta baja del pabellón destinado antiguamente a Lavadero y secadero, con entrada independiente por la actual calle Olaguibel.

Tras el paréntesis bélico, “La Gota” será nuevamente trasladada, en este caso al hospital infantil “Fundación Molinuevo”, donde tras las reformas acometidas, finalizadas en diciembre de 1940, es trasladada la Institución desde el hospital Santiago al citado hospital para niños que también estaba atendido por Hermanas de la Caridad. Dos de ellas siguen atendiendo los servicios de “La Gota”.<sup>96</sup>

En estos años de postguerra, ante la escasez de leche y la baja calidad de la que había en el momento, el servicio de suministro de leche maternizada es muy solicitado por las clases más pudientes que acuden a proveerse a la Institución para garantizarse tanto su suministro como su calidad. Hemos de entender que el uso dado a esta leche adquirida por la burguesía más adinerada no tenía como destinatario sólo a los infantes, ya que desde el ayuntamiento se declara en 1941 que:

*“Teniendo en cuenta que el carácter básico de la “Gota de Leche” es el de un servicio de puericultura en lucha contra la mortalidad infantil, han de ser atendidas en ella todos los niños lactantes, facilitando la leche humanizada y esterilizada a todas las madres que tengan verdadera precisión de ella para criar a sus hijos, velando, en particular por las necesidades de las incluidas en el Censo de Pobres de la Beneficencia Municipal.”*<sup>97</sup>

En esta época y para contrarrestar la baja calidad de la leche se autoriza que se añada a ésta azúcar hasta el límite tolerable por los niños.

La vida de esta Institución continúa hasta el primero de noviembre de 1949, fecha en la que la Comisión de Beneficencia y Sanidad declara:

*“Que habiendo desaparecido las causas y motivos fundamentales benéficos que se tuvieron en cuenta para la instalación*

---

<sup>96</sup> A.M.V. 30-6-56.

<sup>97</sup> A.M.V. 28.36.40.

*por el Ayuntamiento de la Institución Municipal titulada “La Gota de Leche” en el año 1906, quede suprimida [...], ya que en el Instituto Provincial de Higiene funciona el Servicio de puericultura, dándose una dualidad completamente innecesaria.”<sup>98</sup>*

#### VII. 2. 4. El Hospital Infantil “Fundación Molinuevo”.

El día 27 de Agosto de 1919 fallece D<sup>a</sup> Ángela Molinuevo y Longuebau, tía de D. Guillermo Elío y Molinuevo, alcalde del ayuntamiento de Vitoria; dejando su fortuna, salvo unos pequeños legados, para la construcción y sostenimiento en esta ciudad de un asilo u hospital para personas desvalidas,<sup>99</sup> quedando en su testamento especificado la vocación infantil del mismo: *“Otorgo mi fortuna para que en memoria del que fue mi esposo don Juan Cavero se levante en mi Ciudad natal un edificio para niños enfermos de familias pobres”*.<sup>100</sup>

En 1922, tras los pertinentes estudios y decidido construir el futuro hospital de Niños Fundación Molinuevo, se procede a iniciar las obras levantando muros de cerramiento en los terrenos limitados por la carretera de Arriaga, camino de Santa Isabel y camino del cauce de los Molinos.<sup>101</sup> Los primeros años, no obstante, van a transcurrir en negociaciones con el ayuntamiento hasta que finalmente queda delimitada la parcela edificable, quedando una parte del terreno original expropiado por el ayuntamiento de la Ciudad para el ensanche de las vías públicas que lo delimitan.<sup>102</sup>

Terminada la construcción el 30 de octubre de 1924, el hospital se inaugura el 11 de Enero de 1925. De ese año es el “Proyecto de

---

<sup>98</sup> A.M.V. 47-17-28. También se había trasladado al Instituto Provincial de Higiene el centro de vacunaciones, hasta entonces en su primigenia ubicación del Palacio de la Provincia.

<sup>99</sup> A.M.V. 34-013-019.

<sup>100</sup> Sedano Laño, José María. “75 años de la vitoriana Fundación Molinuevo”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz n° 157 del 25 de noviembre de 2000. Pág. 28.

<sup>101</sup> A.M.V. 26-25-89.

<sup>102</sup> A.M.V 25-12-72.

Reglamento de Régimen Interior del Hospital Fundación Molinuevo de Vitoria”.<sup>103</sup> En su artículo 1º se dice que: *“el Patronato y Dirección de la Fundación Molinuevo será ejercido, según disposición testamentaria de su fundadora, única y exclusivamente por el Excmo. E Ilustrísimo Sr. Obispo de Vitoria; en caso de Sede vacante por el M.I. Sr. Gobernador Eclesiástico, y si fuera suprimida la Diócesis, por el Rvdmo. Sr. Obispo de Diócesis a donde pertenezca la ciudad de Vitoria”*. Vinculación religiosa que la entronca con las Fundaciones Pías clásicas, lo que ha de entenderse no sólo como la pervivencia, dentro de las instituciones socio-sanitarias, de la caridad privada de filiación religiosa -que nunca había desaparecido y pervive en nuestros días-, sino también como muestra de la limitada capacidad de la Beneficencia Pública para dar respuesta a necesidades crecientes de la población y, especialmente, la reducida confianza en las instituciones civiles para dejar en sus manos la Fundación. Sin duda, como veremos, la confrontación política del momento y el auge de opciones contrarias a los dos pilares tradicionales, Iglesia y Monarquía, influirían notablemente en este tipo de decisiones.

En su artículo 4º, referido al objeto y fines de la Fundación se dice: *“Por ahora, y sin perjuicio de lo que tenga a bien disponer el Rvdmo. Sr. Obispo de la Diócesis, se destina este Hospital a acoger niños de ambos sexos que hayan cumplido dos años y que no excedan de diez años de edad, sean pobres y estén enfermos, y vecinos de la ciudad de Vitoria o pueblos de la provincia de Alava; así como también Sres Sacerdotes del Clero secular pobres y enfermos que hayan ejercido algún cargo del Ministerio Sacerdotal dentro de esta Diócesis y no padezcan unos ni otros enfermedad epidémica ni enajenación mental, con el fin de prestarles asistencia conveniente y gratuita”* Además, según el artículo 6º, *“El número de niños acogidos no podrá pasar por ahora de treinta, y el de Sres. Sacerdotes de siete”*.

---

<sup>103</sup> ATHA BH 3012 Im. Lib y Enc del Montepío Diocesano, San Antonio 9 y 10. 1925.

Para el gobierno y funcionamiento interior así como la asistencia y cuidado de los acogidos se destina a las Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Sus funciones se concretan en el Art.º 8: *“encomendados los servicios de: a) Asistencia a todos los enfermos desde su ingreso a su salida. b) Aseo, limpieza y conservación de todos los locales, dependencias y material mobiliario, incluso de la Capilla. c) Confección, repaso, lavado, desinfección y conservación de toda la ropa del Establecimiento. d) Compra, preparación y condimentación de los alimentos que prescriba el Médico Director a los enfermos, sirviéndoseles a las horas que señale. e) Contratación en la forma más económica del agua, luz, medicamentos, combustibles, etc, que exijan las necesidades de la Casa.”*

El Jefe del hospital será un médico-Director y *“será de su incumbencia la dirección del tratamiento de las enfermedades, ejecutando las operaciones que estime necesarias, sin más limitación que la de avisar a la familia cuando se trate de operaciones no urgentes pero de dudoso resultado. Asistirá diariamente al Establecimiento, pasando personalmente la visita a los enfermos antes de comenzar las consultas de la mañana, siendo potestativa la visita de la tarde. En las operaciones quirúrgicas, curas, etc., será ayudado por el personal del Hospital. Celebrará necesariamente una de las consultas señaladas en el Cuadro, las cuales tendrán lugar todos los días a las nueve de la mañana las de Cirugía, Ortopedia y Medicina general; los martes y viernes la de Oftalmología; los miércoles y sábados la de Otorrinolaringología y los jueves la de las enfermedades de la piel. [...]Las curas y tratamientos de enfermos no hospitalizados tendrán lugar después de las horas de Consulta”*.<sup>104</sup>

Se nombrará también un médico Subdirector, dos Jefes de Consulta, un Capellán, un Portero, un Hortelano y los Peones Temporeros necesarios. *“Todo el personal afecto a la Fundación Molinuevo, así como los acogidos en él, pertenecerán a la Religión Católica Apostólica Romana, única que se permitirá dentro de su*

---

<sup>104</sup> Se hace obvio en el párrafo el auge de las especialidades médicas cuyo reflejo en la ciudad será la apertura de numerosas clínicas y despachos médicos especializados.



*recinto; el personal observará buena conducta y no podrá pertenecer a ninguno de los partidos políticos que la persiguen y calumnian*". Este énfasis en la defensa de unos valores regulando la adscripción política y religiosa de los empleados de la casa sólo puede entenderse dentro del marco de inestabilidad política y de resistencia rígida a los aires de cambio que, evidentemente, acabarían en fractura. Esta marcada filiación de la Fundación, aún en la seguridad de la dictadura de Primo de Rivera, no podía desvincularse de la realidad social de Vitoria y de los nuevos modos de defender los principios políticos y sindicales; así, un artículo que pudiera entenderse de sentido común adquiere otras lecturas: el Reglamento en su artículo 23 aclara que *"Queda prohibida en absoluto la entrada en el Hospital de artículos de comer, beber, armas, explosivos y demás objetos peligrosos sin el permiso previo de la M. Superiora"*.

No obstante esta programática defensa del catolicismo romano, en la práctica no debió ser tal la rigidez que pudiera pensarse tras la lectura del Reglamento, lo que levantó la indignación al menos de una de las hermanas de la Congregación. El 31 de diciembre de 1934, la Hermana Enedina se dirige por carta al Sr. Obispo en los siguientes términos: *"Como con la Madre no se puede hacer nada porque no es capaz de resolver aun las cosas mas pequeñas me permito exponer a VE sin conocimiento de ella, por si cree que se debe hacer algo, que en diez años que lleva funcionando la Casa y habiendo en ella seis muchachos, dos criados y los hortelanos, todavía no hayan oido una explicación de Doctrina Cristiana ni del Santo Evangelio"*.<sup>105</sup>

La estancia máxima de los enfermos, tanto niños como Sacerdotes, *"no podrá exceder de cuatro meses, si bien podrá concederse un prórroga cuando las circunstancias lo aconsejen"*. Y, al igual que habíamos visto en "La Gota de Leche", era requisito imprescindible, según el artículo 55, para el ingreso de niños de dos a diez años,<sup>106</sup> *"hallarse vacunados"*, medida que dado el espacio

<sup>105</sup> Archivo Diocesano de Vitoria. Carpeta Fundación Molinuevo.

<sup>106</sup> Posteriormente, en 1929, se ampliará la edad de ingreso de los niños acogidos elevándola hasta los 12 años, ya que el H. Santiago no aceptaba a menores de esa edad.

hospitalario infantil en el que nos encontramos tendría más sentido profiláctico que el impuesto en “La Gota de Leche”, que estaría más cerca de la persuasión y la presión para aumentar la tasa de vacunación.

Al año siguiente, en 1926, se publica una memoria de su actividad<sup>107</sup> en la que figuran como Director del Centro Felipe Elizagarate y como Subdirector Jesús Salazar, médicos a su vez del hospital.<sup>108</sup> En el campo de la enfermería nos encontraremos con la primera practicante documentada en Álava, la Hermana Andrea Mañeru,<sup>109</sup> haciéndose también referencia a la existencia de dos enfermeras y un enfermero. Como Superiora y administradora de la institución figura la Madre María Compés, quien dirige a ocho Hermanas de la Caridad de Santa Ana.

Poco sabemos de la vida del centro ya que no contamos con su documentación interna, desaparecida en el cambio de actividad de

---

<sup>107</sup> FSS SV CE FUN 6349 “*Por lo que a los enfermos se refiere, este año han acudido más del doble que el año pasado, observándose que los internados, son proporcionadamente, más los de la provincia, a la inversa que en la Consulta, que como es natural son mayoría, los de Vitoria, debido seguramente a la facilidad de atenderlos sin necesidad de separación.*

*Esta gran afluencia, constituye -contra lo que pudiera suponerse- un timbre de gloria para Vitoria, porque no se trata de que en la población infantil de nuestro pueblo, haya, como pudiera deducirse de estos datos, un enorme contingente de enfermos, sino que, dada la escasa importancia de la mayoría de los casos, es un pueblo que cuida de sus pequeños y pueblo que se preocupa de los niños, alcanza un muy elevado peldaño en la escala de la cultura.*

*La mortalidad ha descendido de 72,16 por mil, el año pasado, a 43,16 por mil, éste, y aunque las dos son muy bajas, comparadas con la media de los hospitales de España, 136,36 por mil, esperamos confiadamente, que la de hogaño, nos haga el honor de ocupar el puesto más inferior de toda España (según los últimos datos publicados en 1924, este índice fue 45,51 por mil).---Felipe Elizagárate”*

<sup>108</sup> Las consultas médicas se distribuían de la siguiente manera: la de Medicina por el Dr. Salazar. Cirugía y Ortopedia por el Dr. Elizagarate, Otorrinolaringología por el Dr. Olavaria, Oftalmología por el Dr. Parra y Dermatología por el Dr. Salazar.

<sup>109</sup> Las mujeres pudieron acceder al título de practicante desde el R.D. de 1904, pero no se documentan hasta una década después; tal vez no fue efectivo hasta la Real Orden de 7 de septiembre de 1910 que permitía por primera vez el acceso de las mujeres a los niveles medio (Bachiller) y superior (Licenciatura) de la enseñanza.

sanitaria a docente, por lo que esta memoria de 1926 supone prácticamente los únicos datos conocidos sobre su actividad asistencial, de los que habrá de destacar las propias cifras dadas por su director respecto al enorme descenso de la mortalidad infantil intrahospitalaria que supuso el inicio de sus actividades: “*de 72,16 por mil, el año pasado, a 43,16 por mil, éste*”, logro verdaderamente pasmoso en una etapa preantibiótica, lo que nos sugiere un gran peso de la educación sanitaria, motor de estos logros sanitarios previos a la guerra civil. Mucho nos gustaría saber cuánto de razón tenemos en esta hipótesis, como saber qué participación tuvieron los actores enfermeros en ella, ya que ante la ausencia de testimonios claros de enfermeras visitadoras en nuestro entorno, es más que probable que toda aquella actividad divulgadora que se les reconoce en otras regiones españolas se realizara aquí mediante las tres instituciones que hemos relacionado con la salud materno-infantil: La Casa de Maternidad, La Gota de Leche y el Hospital infantil.

De lo poco que sabemos de su devenir histórico conocemos que en los años previos a la guerra uno de sus grandes problemas era resolver la dicotomía competencial entre la ciudad y la provincia, ya que siendo un centro abierto a toda la infancia alavesa se encontraba en Vitoria y dependía de otras estructuras de la ciudad, tales como el aprovisionamiento farmacológico que se hacía a través de la farmacia municipal. Sin embargo, se les deniega el despacho de recetas alegando que la farmacia sólo atiende a niños hijos de pobres incluidos en el Censo Municipal de Vitoria y no de fuera de la ciudad. Situación que al menos en ese momento no se consigue resolver a favor del hospital a pesar de la solicitud de su director, Elizagárate, recordando al ayuntamiento que si no fuera por la atención prestada por la Fundación “*sin dispendio alguno para las arcas municipales*”, los niños habrían de ser atendidos en el hospital civil de Santiago,<sup>110</sup> en el cual sí debería correr con los gastos no sólo médicos y de estancia, sino también de la farmacia, que allí sí estarían incluidos. Con el peso de tal argumento solicita al menos el despacho gratuito de medicamento en la Farmacia Municipal, negándose su súplica con el

---

<sup>110</sup> Que ya entonces era un hospital de ámbito provincial.

absurdo de que está demasiado reciente la resolución negativa del ayuntamiento y que era pronto para ir contra ella.

Tras el paréntesis de la guerra, en la que como centro sanitario hubo de primarse los intereses militares al menos mientras el frente estuvo próximo, la Fundación infantil vuelve a la normalidad con un nuevo encargo, el de hacerse cargo de la “Gota de Leche”. Como se había señalado, en diciembre de 1940 se inician reformas<sup>111</sup> dentro del hospital infantil para acoger la “Gota” que, desplazada del hospital Santiago, va a completar desde este centro la atención a la infancia. Al parecer, esta nueva actividad, incrementa considerablemente la carga de trabajo, por lo cual la Superiora solicita<sup>112</sup> dos hermanas para atender el nuevo servicio. Como pago de sus servicios pide al ayuntamiento 6 pesetas diarias para cada una de ellas; pero desde la Municipalidad se deniega tal cantidad, comprometiéndose a pagar lo mismo que cobraban las religiosas que atendían el servicio en el hospital de Santiago.

Ése mismo año y a petición de la Diputación Provincial<sup>113</sup> se reservan 8 camas para los niños pobres de la Provincia para lo que se compromete a pagar trimestralmente 6 pesetas por enfermo y día. En 1950 la cantidad pagada por cama ocupada y día se elevará a 25 pesetas<sup>114</sup> a petición de la madre Superiora. Nueve años más tarde volverá a ser la madre Superiora<sup>115</sup> *“por no estar regida la Fundación de referencia por Junta de Gobierno alguna”*, la que rogará se aumente en 5 pts. (30 pts. total) la subvención por niño para atender el aumento de precios en el terreno de la alimentación.

Al parecer este declive en la organización, que se insinúa con la carta anterior, se hace patente al inicio de la década de los 60, fechas en las que el desarrollo sanitario y la cobertura social del Estado es ya patente y relativamente generalizado, siendo su más claro exponente

---

<sup>111</sup> A.M.V: 30-6-56. Se procede a alicatar, tabicar y levantar una chimenea de tubo de barro.

<sup>112</sup> A.M.V. 30-15-39.

<sup>113</sup> A.T.H.A. 162.

<sup>114</sup> A.T.H.A. 177.

<sup>115</sup> A.T.H.A. 179.

en Vitoria la inauguración en 1957 de la Residencia Sanitaria de Arana, dependiente del entonces Instituto Nacional de Previsión para asistir a los afiliados en el Seguro Obligatorio de Enfermedad. La muestra más evidente de este punto de inflexión la documentamos en 1960, a tenor de la decisión que el Obispado de Vitoria, como patrono de la Fundación Molinuevo, propone para su futuro:

*“La actual orientación de la rama de la Cirugía, como especialidad médica, exige no sólo médicos competentes y especializados, sino también un cuadro de personal auxiliar, como anestesista, hematólogo, ayudantes de mano, etc., y un instrumental preciso y adecuado para tales intervenciones quirúrgicas.*

*Ahora bien, los medios con que cuenta el Hospital de niños de la Fundación Molinuevo, tanto en el orden técnico quirúrgico, como en el económico general, no permiten abordar debidamente casos de cirugía.*

*Por lo cual, de acuerdo con el personal directivo y técnico de dicho hospital de niños, hemos acordado no admitir en lo sucesivo casos quirúrgicos, dedicando dicho Centro a la asistencia de todos los demás casos de medicina infantil, con enfermos comprendidos entre los 2 y los 12 años de edad, y a los convalecientes en plan preventivo, así como también a las especialidades de garganta”.*<sup>116</sup>

Sin embargo, los problemas deben ser más que la limitación quirúrgica ya que al año siguiente el centro cambiará de orientación, convirtiéndose en Seminario Menor de la Diócesis. Actualmente es un centro educativo para jóvenes y la huella de la Fundación originaria un vago recuerdo escondido.<sup>117</sup>

---

<sup>116</sup> A.T.H.A. DAIC 9252-5.

<sup>117</sup> Jose M<sup>a</sup> Sedano Laño. Op. Cit.: “En el vestíbulo se ve una evocadora lápida de mármol y letras doradas con un significativo texto: Esta fundación se debe a la caridad de los Exmo. Ilmos. Sres. Doña Ángela Molinuevo y Longuebau y su esposo D. Juan Cavero y Llera. [...] Además de la lápida, dos sepulcros de mármol guardan los restos, en la antigua capilla de Angela Molinuevo, y su esposo Juan Cavero, sarcófagos que durante 75 años han permanecido a ambos lados de un

### VII. 2. 5. El Asilo Provincial “Santa María de Las Nieves”.

Aunque la asistencia a los dementes como tales no se incluyera en un inicio entre los fines de los hospicios tradicionales del XVIII, la relación de estas patologías con la desadaptación o disfunción social solía conducirlos, en la práctica, a la marginación y, con ello, a terminar siendo usuarios de estos centros, donde esencialmente se trabajaba para una reinserción laboral de manera ajena a la comprensión de la patología psiquiátrica. Históricamente, cuando la percepción de riesgo social era alta, los enfermos alaveses solían ser trasladados a Valladolid o Zaragoza, en un cuasi-destierro profiláctico a manicomios carcelarios. Habría de esperarse a los avances de la psiquiatría y el surgir de la psicología durante el XIX para ver un cambio de modelo en la asistencia mental que, en nuestro entorno, se percibe con el sanatorio de Santa Águeda en Mondragón (Guipúzcoa), inaugurado en 1898, referencia alavesa hasta la apertura de la sección de manicomio en el asilo provincial de Las Nieves en 1910.

La creación de este asilo u hospicio provincial en Álava, aunque inaugurado en 1907, hunde sus raíces en las mismas concepciones ilustradas que crearía el hospicio de Vitoria a finales del XVIII. Efectivamente desde la apertura de la Casa de Piedad vitoriana en 1777 se presentó la cuestión de cómo asistir tanto a los desvalidos, pobres y necesitados como a los elementos marginales que habitaban los pueblos alaveses. En 1786 las Juntas Generales plantean por primera vez la posibilidad de crear un asilo de carácter provincial; sin embargo, la Guerra de Convención postergó la iniciativa. En 1804 el proyecto cambia por la propuesta de admitir en el Hospicio de Vitoria a los pobres de la provincia,<sup>118</sup> aunque se continúa planteando la necesidad del asilo provincial. Posteriormente la invasión francesa, la

---

*pequeño altar y que ahora han tapado totalmente con sendos tabiques de escayola...”*.

<sup>118</sup> Fundación Sancho el Sabio. ATA 2352 “Papeles relativos al proyecto del establecimiento de un hospicio general para toda la Provincia de Alava, ó al de la admision en el de Vitoria de los pobres de la Provincia”. Baltasar Manteli (imp.). Vitoria, 1804.

consecuente guerra de Independencia, las epidemias coléricas, las de viruela, las guerras carlistas o la prioridad de otras infraestructuras - como la del ferrocarril-, mantuvieron las arcas forales bajo mínimos como para replantear el proyecto, que dormitó hasta la llegada de donaciones privadas a finales del XIX. Finalmente en agosto de 1907 quedaba inaugurado el Asilo Provincial Santa María de las Nieves, al que unos años después, en 1910, se le añadiría la faceta asistencial más conocida posteriormente, la psiquiátrica.

Recientemente, coincidiendo con los 100 primeros años de esta institución, Aurora Herrera y Marixa Larreina han publicado una historia de este emblemático asilo<sup>119</sup> recorriendo sus secciones de infancia, maternidad, asilo y manicomio; así como de todos aquellos trabajadores que pusieron la parte humana en su devenir histórico. Amén de remitir a su emotivo trabajo para ampliar cuantos conocimientos se busquen en relación a “Las Nieves”, hemos de agradecer la propia aportación de sus autoras al presente estudio con el apartado siguiente, no sólo para abordar la historia de la enfermería en el asilo centenario, sino para contextualizarla dentro de la evolución de los cuidados psiquiátricos.

### **VII. 3. Cuidados de Enfermería Psiquiátrica.**

Marixa Larreina Zerain y Aurora Herrera Arce.<sup>120</sup>

El desarrollo de la enfermería psiquiátrica tiene lugar, aunque de forma precientífica, paralelamente a la historia y evolución de la psiquiatría. Esta evolución ha estado siempre en estrecha relación con las diferentes concepciones de la enfermedad mental, teorías de cada época y como consecuencia su tratamiento y abordaje terapéutico.

Por ello antes de centrarnos de forma específica en los cuidados de enfermería psiquiátrica en Álava, haremos un pequeño recorrido

---

<sup>119</sup> Herrera Arce, Aurora. Larreina Zerain, Marixa. “Cien años de asistencia psiquiátrica en Álava. 1907-2007. Centenario del Asilo Provincial Santa María de Las Nieves-Hospital Psiquiátrico de Álava”. Osakidetza. Vitoria, 2007.

<sup>120</sup> Enfermeras de Salud Mental.

histórico que nos permita una aproximación a la enfermedad mental en distintas épocas y culturas.

Para empezar, señalaremos que según la influencia de diferentes épocas, culturas y filosofía dominante del momento, los enfermos mentales a lo largo de la historia, han pasado por ser adorados, protegidos, perseguidos, ignorados, torturados, desterrados, acogidos en Asilos e Instituciones, prevaleciendo hasta la actualidad la estigmatización de las personas con trastorno mental.

En las antiguas civilizaciones se contemplaba la enfermedad como algo mágico o mitológico. La creencia más extendida era considerar que el trastorno se debía a una posesión demoníaca, como castigo de los Dioses por incumplimiento de sus mandamientos. En otras ocasiones, estaban poseídos por espíritus sagrados y los dioses podían ser honrados a través de él. Según predominase una u otra creencia se procedía a diferentes actuaciones, en el caso de estar poseído por el demonio se intentaba aplacar a los Dioses con plegarias, se torturaba a la persona para expulsar a los malos Espíritus de su cuerpo e incluso se practicaba la trepanación craneal, para que los demonios pudieran escapar por el orificio. En el caso de ser poseído por espíritus sagrados, las actuaciones cambiaban, así, en la antigua Grecia, construían Templos en los que el Médico-Sacerdote realizaba ceremonias donde el enfermo era confortado, bien alimentado, sometido a baños y masajes mientras escuchaba música armónica.

Desde Hipócrates (460-377 A.C.) el origen de la enfermedad se centra en una causa biológica, quien desarrolla un nuevo concepto basado en la interacción de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y según esta configuración se catalogaron cuatro tipos de temperamentos: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico. Hipócrates consideraba que la interacción adecuada entre las fuerzas internas y externas permitía un funcionamiento óptimo del individuo. Los tratamientos que se utilizaban en esta época consistían en rituales de purificación, catarsis verbales y somáticas.



Más tarde, en Roma, se aprecia una actitud humanística, relacionando las anomalías mentales con los trastornos emocionales (Asclepiades 124-40 A.C.). Posteriormente, predomina la concepción organicista y el origen cerebral de los trastornos mentales (Galeno 130-200 d.c.).

En la Edad Media vuelven a surgir las concepciones místicas y esotéricas. A nivel popular florece la magia, el curanderismo y la brujería como forma de acceso de los pobres a la medicina. Desde la Iglesia se afianzan los criterios demonológicos en la comprensión de la locura aplicándose tratamientos exorcistas para extraer al Demonio del cuerpo del poseído. Asimismo, a muchas personas mentalmente enfermas se les incluía entre los herejes y brujas por sus visiones, ideas extrañas y conductas raras que se interpretaban como la posesión demoníaca. Fueron perseguidos, torturados y muchos de ellos acabaron en la hoguera. Solamente los países árabes mantuvieron los aspectos humanos y naturalistas del pensamiento Hipocrático. Paralelamente, se da el desarrollo de conceptos clínicos cargados de criterios morales y religiosos. Se practican como tratamientos: sangrías y purgas, así como las trepanaciones del cráneo.

En el Renacimiento coexisten varias concepciones sobre la enfermedad mental. Por un lado se da importancia a la unidad Cuerpo-Mente y a los fundamentos biológicos de la Psicología considerándose la enfermedad mental como somática, atribuida a la utilización deficiente de la razón. A nivel popular se mantienen las atribuciones de la locura a factores místicos y sobrenaturales. En contraste con posturas humanistas se dan periodos en que los locos son desterrados de los núcleos de población "*en busca de la razón perdida*". La asistencia a los desvalidos y sin recursos sigue estando en manos de la Iglesia, se crearon los Asilos y Hospitales atendidos por diferentes Ordenes Religiosas.

La creación del primer manicomio en el mundo (1409) por el P. Jofré en Valencia, influenciado por la cultura árabe, fue el primer referente para otros países. Otra figura importante por su contribución al trato humanitario a los enfermos mentales es San Juan de Dios.

A partir del Siglo XVII los enfermos mentales no son considerados como tal, así, la irracionalidad es marginada e incluida entre otros grupos no deseados para la sociedad como personas de “*potencial peligro social*”: entre los que se encontraban: vagabundos, criminales, prostitutas, locos.... a los que se les encerraba en correccionales y reformatorios. Estas instituciones eran muy rígidas y sus condiciones inhumanas, con utilización de castigos físicos, para asegurarse el cumplimiento de la Ley y el Orden Social. En esta época, a los locos se les encerraba con criterios arbitrarios, asimismo, eran ridiculizados y exhibidos en jaulas con intención ejemplarizante, para educar y moralizar a la población.

En el Siglo XVIII, en contra de esta política restrictiva, aparecen otras tendencias basadas en la Frenología, concibiendo la locura como una perturbación frenológica del cerebro, condicionada por factores corporales o sociales. Basándose el tratamiento en la alimentación, la salud corporal y en la Educación como ejercicio del espíritu, ya que se consideraba que el descuido de estos aspectos favorecía la aparición de la locura.

A finales del S. XVIII se dan cambios importantes, criticando los abusos manicomiales y poniendo en práctica el tratamiento moral. Fue el francés P. Pinel (1745-1826) una figura importante en la época, quien tras descubrir la hacinación, miseria e inactividad en los hospitales, se planteó que estas instituciones producían efectos contrarios a los que se pretendían. Por ello, promovió la reforma y luchó por la liberación de los locos de las cadenas, así como la reivindicación para ellos del estatus de enfermos; aunque esta liberación también supuso un problema social, dado que no existían establecimientos específicos para acoger a los enfermos mentales y una vez liberados volvieron a ser considerados como un peligro potencial para la sociedad, dado que eran personas sin recursos y podían estar inmersos en la hambruna que padecía también la población.

Pero fue Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel en la Salpêtrière (París), quien en el S. XIX puso en práctica las ideas de Pinel, entendiendo la locura como la perturbación de la voluntad y el

desenfreno moral de las pasiones. La locura se aceptaba a nivel social, asumiendo que podía afectar, no solo a los pobres sino también, a las clases privilegiadas. Por ello, se promovió la creación de instituciones privadas para el tratamiento de las enfermedades nerviosas, en las que se ponen en práctica los tratamientos basados en la Terapia Moral, la hidroterapia, los masajes y las dietas pasan a formar parte del tratamiento de los internados. También, se tenía en cuenta el espacio, como medio terapéutico y el evitar la masificación o hacinamiento.

En el Siglo XX, continúa la tendencia del siglo anterior. En primer lugar, hay que hacer referencia a Kraepelin (1856-1928), quien concibió la enfermedad mental con base orgánica y neurofisiológica y clasificó de forma sistemática las enfermedades mentales. En la publicación de su Tratado de Psiquiatría presenta una clasificación en función de agrupación de síntomas, delimitando dos enfermedades fundamentales: la psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz.

Posteriormente, Bleuler (1857-1939) y Jaspers (1883-1969) reordenan los cuadros estructurados por Kraepelin, sustituyendo el término de demencia precoz por Esquizofrenia e incorporando la dimensión dinámica y el inconsciente a la clínica de la psicosis.

Una de las contribuciones importantes en esta época fue la de Freud y la teoría psicoanalítica, quien centra su objeto de estudio en las neurosis, en contraposición del interés sobre las psicosis de otras épocas. Por otro lado Paulov y su teoría del condicionamiento instintivo establece uno de los pilares de la Teoría Conductista. En este periodo, coexisten diferentes corrientes de pensamiento y teorías en función de las cuales se aplican diferentes tratamientos. También, surgen otras tendencias denominadas “antipsiquiátricas”, éstas estaban vinculadas a los movimientos de derechos civiles que se desarrollaron en la década de los 70.

A partir de la década de los 50, hay que destacar los avances en la psicofarmacología, con el descubrimiento del Largactil (clorpromacina) y otros fármacos, que mejoraban la sintomatología de la enfermedad y aumentaban las posibilidades de tratamiento,

permitiendo la utilización de otras técnicas psicoterapéuticas y rehabilitadoras.

En cuanto a la enfermería psiquiátrica, es difícil establecer el punto de partida inicial, aún así, podemos afirmar que la evolución de los cuidados psiquiátricos y el desarrollo de la profesión, se ha ido adaptando a los cambios del contexto sociocultural a lo largo de la historia. El desarrollo de la enfermería psiquiátrica no fue paralelo en toda Europa, ni en Estados Unidos.

En Estados Unidos, en 1880 se funda la primera escuela de psiquiatría para enfermeras en Belmont, Massachussets. A partir del 1946, el Congreso promulga la Ley de Salud Mental Nacional, que potencia los tratamientos extrahospitalarios de los enfermos mentales, y no sólo en régimen de internamiento. Esta filosofía hace que el propio gobierno favorezca la especialización de la enfermería psiquiátrica y de salud mental. En 1973, se establece una distinción entre la enfermera psiquiátrica, quien se centraría en la atención y aplicación de tratamientos a personas con trastornos mentales y enfermera de salud mental, cuyo objeto de trabajo se centra en la prevención y promoción de la salud de la comunidad.

En Europa, la primera escuela de enfermería psiquiátrica se crea en Alemania en el año 1836. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se promueve la creación y desarrollo de hospitales e instituciones benéfico-sanitarias para enfermos psiquiátricos. Entonces, las funciones del personal de enfermería eran custodiales y mecánicas, encargándose de la administración de medicación, tratamiento de hidroterapia, así como cuidados físicos y nutricionales.

En Álava, la primera referencia de enfermería psiquiátrica data del año 1909, fecha en que se crea la sección del Manicomio en el Asilo Provincial Santa Maria de Las Nieves. Hasta entonces, los enfermos mentales de la provincia eran internados en otros centros psiquiátricos de: Palencia, Valladolid, Zaragoza y Mondragón (Guipúzcoa), o bien eran asistidos en instituciones benéficas y sanitarias de Vitoria junto a otros enfermos y menesterosos.

En esta época la psiquiatría asilar era la única alternativa de tratamiento de la enfermedad mental, basada en un modelo custodial, en el que primaba el aislamiento y la reclusión del enfermo mental. Estos factores no contribuían a la mejoría de la enfermedad, y sí propiciaban en muchos casos su cronificación. En la justificación de este modelo se podrían encontrar razones de tipo social, ya que la burguesía de la época pretendía mantener así el orden.

Los internos estaban separados en pabellones de hombres y mujeres y había también unidades especiales para los enfermos agitados, a los que se pasaba revista diaria. Eran el practicante y los vigilantes quienes se encargaban del cuidado y control de los alienados. El tratamiento, además de los fármacos, consistía en una combinación de aislamiento, unido a tratamientos de choque basados en las duchas, piroterapia, electroterapia y, para los más tranquilos, la laborterapia, siendo considerada ésta como terapia para mantener su estabilidad.

El practicante, los vigilantes y enfermeras, se encargaban del cuidado y control de los alienados y colaboraban en la aplicación de técnicas y tratamientos, entre los que podemos mencionar:

- **El propio entorno**, como medio terapéutico, en el que se procuraba el régimen de vida conveniente en cada caso, las conversaciones, el consuelo, las distracciones y paseos por los jardines.

- **Laborterapia**, o terapia por el trabajo, que era considerada como uno de los recursos terapéuticos más importantes. Los enfermos crónicos y estabilizados psicopatológicamente ocupaban su tiempo acudiendo a los talleres de oficios, cocina, huerta, granja y se ocupaban de otras tareas para ayudar al funcionamiento de la institución, intentando, así, combatir el aislamiento individual característico del mundo asilar y los grandes salones del manicomio, poblados de sujetos apáticos, indiferentes, con la mirada perdida, dormidos o echados en el suelo, dejando pasar el tiempo.

- **Hidroterapia**, consistía en la aplicación de baños calientes o duchas de agua fría y caliente; su utilización podía tener tanto fines

terapéuticos, buscando la calma del paciente, como intimidatorios o medida de choque. También se utilizaban otros remedios, como son los vomitivos y purgantes, para centrar su atención en el cuerpo y así desviar al paciente de sus ideas y pensamientos morbosos.

- **La cura de sueño**, consistía en la administración prolongada de dosis relativamente altas de sedantes y tranquilizantes para producir sedación profunda durante uno o varios días.

- **La cura de insulina**, o método de Sakel, indicado para el tratamiento de la esquizofrenia, que consistía en la inyección de dosis crecientes de insulina hasta llegar al coma hipoglucémico.

- **Electrochoque**, consistía en hacer pasar durante unos instantes la corriente eléctrica a través del cerebro, lo que producía pérdida de conciencia inmediata acompañada de movimientos convulsivos.

- **Procedimientos mecánicos** de sujeción física, como la camisa de fuerza, correas de cuero y otros sistemas utilizados para inmovilizar a pacientes agitados y furiosos.

- **Métodos restrictivos**, como el aislamiento en celdas, para lograr calmar a los enfermos más alterados.

El papel de la enfermera en relación a estos tratamientos consistía en:

- Informar y preparar al paciente según las características del tratamiento.

- Preparar el material, aparataje y los medicamentos según el tratamiento a aplicar.

- Durante el tratamiento anotar en la hoja diaria de observaciones: constantes, dosis y horario de administración del medicamento y cuantas anotaciones se estimasen oportunas según el tratamiento aplicado.

- Cuidados posteriores: vigilancia y observación del paciente y su respuesta al tratamiento, avisando al médico siempre que fuera necesario.

Para cumplir los fines del establecimiento, el personal ejercía las funciones propias de su categoría profesional, tal y como se especificaban en los Reglamentos.

A continuación citamos las funciones del practicante, los vigilantes y las hermanas de la caridad, recogidas en el Reglamento e Instrucciones de los Vigilantes del Manicomio de 1930:

**El practicante:** Había un practicante para las secciones de hombres y mujeres del asilo y manicomio. Debía residir en el establecimiento y estaba bajo las órdenes del médico-director. Entre sus obligaciones estaban:

- Acompañar al médico en las visitas.
- Practicar operaciones de cirugía menor prescritas por el médico y ayudarle en las que él realizara.
- Administrar, por sí solo o con la ayuda de enfermeras, vigilantes y hermanas de la Caridad, los medicamentos y servicios hidroterápicos dispuestos por el facultativo.
- Aplicar las sangrías y las sanguijuelas, administrar los baños, duchas, medios electroterápicos, tópicos y extraer muelas.
- Dirigir y presenciar el baño general y registro de los alienados a su ingreso.
- Prestar asistencia de noche cuando fuera requerido.
- Otros servicios propios de la profesión encomendados por la Junta.

**Los vigilantes:** Tantos como fueron necesarios y de ambos sexos. Había dos clases de vigilantes. Los internos que pernoctaban en el manicomio y los externos, que, por haber contraído matrimonio, vivían en su hogar familiar. Sus obligaciones eran:

- Cuidar y vigilar en todo momento las secciones encomendadas, pasando revista diaria a los alienados, ropa de cama y salas en general.
- Hacerse cargo y responder de las ropas y efectos que les entregasen.

- Acompañar a los alienados en todos sus actos: levantarse, acostarse, comidas, aseo, vestirse, sueño... cuidando el orden y evitando que se dañaran u ofendieran de palabra o de obra.

- Aplicar bajo las órdenes del practicante los hombres y de las hermanas de la Caridad las mujeres, los baños generales y duchas que el médico disponía.

- Las funciones de los empleados (enfermeras, hortelano, carpintero, bombero, vigilantes del asilo, serenos, auxiliar de la portería, ayudantes de las escuelas y otros) eran desempeñadas por los acogidos que tenían las aptitudes necesarias.

**Las Hermanas de la Caridad:** Las hermanas de la Caridad seguían las instrucciones directas de la Junta, respetando las condiciones del contrato vigente. Residían en la comunidad del establecimiento y, bajo la dirección de la superiora y con la ayuda de los acogidos, desempeñaban los diferentes trabajos para atender debidamente a los acogidos. Sus competencias eran:

- El cuidado de la despensa y la inspección del buen uso de los artículos de consumo.

- El condimento y distribución de las comidas.

- La conservación, limpieza y distribución de toda clase de ropas.

- Conservar en su poder las llaves de los distintos departamentos.

- Visitar con frecuencia las diferentes secciones para mantener el orden.

- Reprender con dulzura, sin imponer correctivos no autorizados o que no fueran de su competencia.

- Velar porque las comunicaciones de los acogidos respondieran a la moral cristiana.

- Atender las enfermerías y la enseñanza y acompañar a los acogidos en sus salidas a consultas médicas, paseos o excursiones fuera del establecimiento.

Asimismo, en los reglamentos se refleja la importancia que se daba a la responsabilidad del cuidado y al trato de los vigilantes y enfermeros con los internos. A continuación mencionaremos algunos



de sus deberes, tal y como se contemplan en el Reglamento e Instrucciones para los Vigilantes del Manicomio de 1926, por hacer mención de interés en estos aspectos:

- **Responsabilidad del cargo:** «Los vigilantes deben siempre tener presente que su posición es de mucha responsabilidad; que están al cuidado de los que, por desgracia, no pueden cuidar de sí mismos y que de sus esfuerzos depende, en gran parte, el restablecimiento, comodidad, bienestar y seguridad de los pacientes.»

- **El Ejemplo:** «Los vigilantes y enfermeros deben tener en cuenta en sus relaciones con los enfermos que el ejemplo vale más que el mandato. Por consiguiente, deben ser personalmente modelos de limpieza, puntualidad y conducta reglada; y deben siempre tratar con cortesía y respeto tanto a sus compañeros de trabajo como a los pacientes, siendo en todo momento un ejemplo de laboriosidad, orden, aseo y obediencia.»

- **Trato con los alienados:** «Un buen vigilante debe considerar que todas las personas a su cargo son enfermos en el verdadero sentido de la palabra, y requieren un cuidado y tratamiento especiales.»

- «El vigilante debe evitar abusar de la autoridad que tiene sobre los infelices semejantes a él confiados; debe ejercer esa autoridad siempre con justicia y discreción...»

- «Los vigilantes no deben recurrir al castigo, bajo pretexto alguno, por semejante conducta de los alienados. Deben dar parte de ella al médico y éste adoptará los medios apropiados para reprimirla por vía médica, que tendrá mucho mejor resultado»

- «Debe tratarse a los pacientes con sinceridad y lealtad perfectas; no debe emplearse nunca ningún engaño para con ellos,..»

- «Un buen vigilante no debe nunca responder a violencias de parte de los pacientes con una conducta igual. Debe evitar escrupulosamente hacer uso de un lenguaje profano, colérico irritante o amenazador; y, por el contrario, aconsejar a los enfermos que no adopten este temperamento.»

• **Ocupación y distracción de los alienados:** «La ocupación y diversión de los pacientes constituye una parte muy importante de su tratamiento, como así mismo de los deberes del vigilante, y deben ser atendidas con el mismo cuidado y regularidad que la administración de cualquier medicamento que ordenase. Diversiones convenientes, como por ejemplo: juegos inofensivos, canto, música... sirven para proporcionar distracción e interés a los enfermos, a quienes conviene estimular todo lo posible tomar parte en ellos.»

• **Vigilancia de los alienados:** «Los vigilantes deben ejercer una vigilancia constante sobre todos los enfermos que tuvieran a su cargo. Estando de servicio no deben abandonar la sala, y bajo ningún concepto debe dejarse una sala sin un vigilante mientras hubiera en ella enfermos, excepto obedeciendo instrucciones especiales».

• **Aseo de los alienados:** «Los pacientes deben ser mantenidos, arreglados y aseados, no solamente en las salas, sino también en la huerta, patios o durante los paseos, y debe constantemente procurarse la más escrupulosa limpieza personal».

• **Escaras:** «No hay mejor prueba de que los vigilantes de un manicomio dispensan una atención cuidadosa a los enfermos que la ausencia de escaras en los que están expuestos a ellas, y la modificación favorable de las mismas cuando, no obstante toda clase de precauciones, infortunadamente se presentan.»

A través de esta selección de citas se pueden apreciar los principios y valores paternalistas de la época, que pretendían garantizar la protección y seguridad de los internos a través del cumplimiento de las normas, conocidas por la diversidad del personal que trabajaba en el centro.

Nos ha parecido oportuno dar a conocer las inquietudes y reivindicaciones laborales de las enfermeras, para ello, hemos seleccionado dos documentos que reproducciones textualmente:

*«A la Excma. Junta de Gobierno del Asilo Provincial de Santa María de las Nieves.»*

*La Sociedad de enfermeros «La Humanitaria» expone respetuosamente: Que, deseando mejorar las condiciones de trabajo de los enfermeros de esa casa, ruegan la aprobación de las siguientes bases:*

*1º Que todos los enfermeros por igual sean externos equiparándose así a los obreros de otros ramos, los cuales marchan a sus casas una vez terminada su jornada de trabajo de ocho horas.*

*2º Que los empleados gocen de los ocho días de vacaciones retribuidas que señala la Ley de Contrato de Trabajo en su artículo 56.*

*3º Que el enfermero del Asilo C.I.<sup>121</sup> tenga las mismas salidas que nosotros, o sea, un día de salida a la semana y otro con derecho a venir a las comidas».*

*Vitoria, 4 de noviembre de 1932*

*Sociedad de enfermeros «La Humanitaria», U.G. de T.*

*A la Junta de Gobierno del Asilo Provincial de Nuestra Señora de las Nieves*

*La Sociedad de Enfermeros y Similares «La Humanitaria» de esta Ciudad, a la Junta de Gobierno del Asilo Provincial de Nuestra Sra. de las Nieves, se dirige solicitando unas mejoras morales y materiales para los enfermeros del referido Centro Benéfico. Creyendo de estricta justicia las bases que a continuación se detallan por la inferioridad económica y moral que los referidos enfermeros atravesamos en relación con los demás obreros pertenecientes a otras industrias, estimamos presentar a su aprobación las siguientes;*

*PRIMERA: Jornada legal de ocho horas, ininterrumpidas.*

*SEGUNDA: Que el sueldo de que disfruten sea de 300 pesetas mensuales, abonando el día de descanso. Los sueldos serán abonables mensualmente, quedando terminantemente prohibidos la manutención y el internado.*

*Aualmente disfrutarán, cuando las exigencias del servicio mejor lo requieran, de 15 días de permiso retribuido.*

---

<sup>121</sup> Siglas de nombre y apellido del enfermero. Completo en el original.

*TERCERA: Todos los enfermeros tendrán derecho a ser hospitalizados y asistidos en el establecimiento donde presten sus servicios, como así mismo que se les reserve la plaza durante su enfermedad y sin que ésta implique descuento en el sueldo.*

*La enfermedad adquirida como consecuencia del servicio que prestan será considerada como contraída en accidente del trabajo, sujetándose en tal caso a lo que establece la legislación social vigente.*

*CUARTA: No obstante lo establecido en la base 3, también serán respetadas las plazas y abonado el sueldo a los que en caso de enfermedad grave de padres, hermanos, cónyuges, hijos u otra necesidad no prevista, tengan que abandonar el trabajo por espacio de ocho días como máximo.*

*QUINTA: En ese establecimiento se establecerán cursillos para la capacitación del enfermero, dados por facultativos, con el fin de que todos tengan un conocimiento profesional para poder cumplir en sus puestos con más responsabilidad y confianza. Se abstendrán los que actualmente están prestando sus servicios, a lo expuesto en el párrafo anterior.*

*SEXTA: El obrero que renuncie al puesto, siempre que la renuncia obedezca a causas motivadas por la Junta, por ejemplo los malos tratos de palabra u obra, obligarles a cometer actos que estén en pugna con sus ideas y a realizar trabajos distintos a los pactados, tendrán derecho a una indemnización equivalente al sueldo de tres meses.*

*SÉPTIMA: En los establecimientos que haya trabajado un número de obreros de 10 en adelante se establecerán Reglamentos de trabajo hechos desde luego como lo determinado por la Ley relativa al Contrato de Trabajo.*

*OCTAVA: Están obligadas las Direcciones a reconocer el Delegado Obrero designado por la Sociedad legalmente constituida.*

*NOVENA: La duración de estas bases será de dos años si antes no se ha creado el Cuerpo de enfermeros al servicio de Hospitales, Sanatorios, Manicomios y Similares de España. Creado este Cuerpo estas bases dejarán de regir.*

*DÉCIMA: El personal que presta su servicio en ese establecimiento será provisto del correspondiente carnet que acredite en todo momento su salida o profesión de enfermero.*

*UNDÉCIMA: Todas las Leyes promulgadas por la República Española que afecten a la clase trabajadora serán colocadas en sitio visible, para que todos los enfermeros y similares las conozcan y sepan cumplir con su obligación.*

*DUODÉCIMA: Disfrutarán estas bases todos los empleados que presten servicio en ese Establecimiento.*

*DÉCIMOTERCERA: Todo empleado que perteneciente a dicho establecimiento caiga enfermo o sea baja, con permiso, no le reemplazará ninguno de los restantes que estén prestando servicio y sí uno o varios suplentes.*

*DÉCIMOCUARTA: Que se haga una enfermería exclusivamente para las enfermedades infecciosas.*

*Como esa respetable Junta de Gobierno podrá apreciar, nuestras bases no son absurdas sino, al contrario, inspiradas en un criterio de justicia y teniendo en cuenta que en su confección nos ha guiado siempre la buena voluntad así como a esa Junta, en todos sus actos, no dudamos fundados en estas consideraciones, serán aceptadas en toda su integridad.*

*Vitoria, 14 de octubre de 1933*

*NOTA: Para que esa Junta de Gobierno pueda estudiar estas bases con todo detenimiento, les concedemos al efecto un plazo de quince días, dentro de los cuales esperamos nos den a conocer su resolución.*

Los cuidados y funciones de enfermería psiquiátrica han evolucionado en relación a los diferentes cambios que se han ido produciendo a lo largo de la historia. Así al inicio del siglo XX los cuidados eran más custodiales y asilares. Posteriormente, su labor se centra en la ayuda al médico para la aplicación de tratamientos.

A partir de la década de los 80 se dan los cambios más significativos, con el desarrollo de las funciones propias de enfermería de salud mental, propiciados por diferentes factores. La reforma psiquiátrica, que incluye la desinstitucionalización de pacientes

crónicos y el desarrollo de servicios comunitarios. Las nuevas demandas y necesidades de la población. La formación de equipos multidisciplinares cuyas funciones se complementan para un objetivo común.

Otro hecho relevante que va a influir muy positivamente en el desarrollo de la enfermería psiquiátrica en Álava, es la creación, en 1977, de la especialidad de Psiquiatría para A.T.S. en la Escuela de Enfermería del hospital Santiago Apóstol que se impartiría en el hospital psiquiátrico Sta. M<sup>a</sup> de las Nieves, cuya duración era de dos cursos académicos.

Esta formación supuso, en primer lugar, la especialización de las enfermeras religiosas que trabajaban en el centro, así como la incorporación de enfermeras especializadas en los equipos asistenciales de las diferentes secciones del psiquiátrico, desempeñando, además, un papel muy importante en el proceso de desinstitucionalización de los pacientes y del desarrollo de la red de Asistencia de Salud Mental Extrahospitalaria. Esta escuela siguió impartiendo su formación hasta el año 1986, fecha en que se promulgó el decreto de especialidades de enfermería, dejando un vacío de formación especializada hasta 1998, año en el que se aprueba el desarrollo del decreto de especialidades y, en concreto, el desarrollo de la especialidad de enfermería de salud mental. En la actualidad, esta formación se imparte en la Escuela Universitaria de Enfermería de Osakidetza y depende de la Unidad Docente del hospital Santiago Apóstol.

La Escuela de Enfermería ha posibilitado la Formación Especializada de las enfermeras que desempeñan su labor asistencial en Psiquiatría, consiguiéndose un alto porcentaje de Enfermería Especializada en los Servicios Asistenciales, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, siendo referente en otras provincias del estado.

A modo de conclusión diremos que, desde octubre de 1979, fecha en la que se contrató la primera enfermera seglar, en la primera estructura intermedia que abría sus puertas a la Comunidad (el

Hospital de Día) hasta la actualidad, el desarrollo y la trayectoria de la Enfermería en Salud Mental en Álava ha sido excelente, destacando:

- El gran interés y motivación profesional.
- La implicación y el papel activo en el desarrollo de la reforma psiquiátrica: proceso de desinstitucionalización, desarrollo de servicios comunitarios y servicio de psiquiatría en el hospital Santiago Apóstol.
- La participación en la Formación Continuada y actualización de conocimientos y nuevas técnicas.
- La colaboración en la formación de otros profesionales: auxiliares psiquiatría enfermería pregrado y postgrado.
- La aplicación temprana de la metodología (PAE) y diagnóstico en enfermeras y estandarización de cuidados.

Esperamos, también, con visión de futuro, continuar desarrollando el alto potencial profesional ante los nuevos retos asistenciales y demandas de la población.<sup>122</sup>

---

<sup>122</sup> **BIBLIOGRAFIA**

- Rodríguez, F., Desvial, M., Vázquez, J.L.: “Psiquiatría social y comunitaria” ICEPSS, Canarias 1997.
- Rojo, A., Col “Curso de decisiones clínicas en la práctica de la psiquiatría”. Formación de Estudios y Formación Sanitaria. Vigo, 2000.
- Hare, E.H., “El origen de las enfermedades mentales”. Fundación Archivos de Neurología.
- Betolaza, E.: “Memoria de la Especialidad de la Salud Mental”. Archivo de la Unidad Docente de la Especialidad de Enfermería de Salud del País Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2008.
- Ramos de Biseca, B.: “La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX”. <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2305/sm230541mit.pdf?PHPSESSID=a0d56e4dd08b123271ff2c8d384b02c6>
- Bobes Garcia J., Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica. Síntesis. Madrid 1994.
- Rigol Cuadra A., Ugalde Apalategui M., Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Masson Elsevier. Barcelona 2006.
- Snell, H. Trastornos Mentales e Introducción a la Enfermería Psiquiátrica. Paz Montalvo. Madrid 1978.
- Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Guía para Auxiliares Psiquiátricos. Madrid 1967.

#### VII. 4. La Gripe.

Entre la primavera de 1918 y la de 1919, con un pico durante el otoño del 18, Álava se vería afectada por la pandemia más mortífera conocida en la historia de la humanidad, la llamada gripe española.<sup>123</sup> En Álava, para una población de 98.668 habitantes, se estima una mortalidad para la totalidad del periodo del 12,1‰ con 1.194 fallecidos,<sup>124</sup> aunque si sólo tomáramos 1918 se superarían las 34‰ defunciones.<sup>125</sup> Más gráficamente lo señalaría el diario “La Libertad” el 4 de noviembre de 1918: *“En Octubre de 1917, en la ciudad y en los 44 pueblos á ella anejos, ocurrieron 61 defunciones, que no llegan á dos al dia. [...] Este año, en el mismo mes, y sin contar los datos de los pueblos, que aún los desconocemos, se registraron, solamente en Vitoria, 233 defunciones: 112 hombres, 73 mujeres y 48 párvulos”*; es decir, como mínimo se habría cuadruplicado la mortalidad en Vitoria.

---

- Ventosa Esquinaldo, F., Cuidados Psiquiátricos de Enfermería en España. Siglos XV al XX. Una aproximación histórica. Díaz Santos. Madrid 2006.

- Herrera Arce A., Larreina Zerain M., Cien años de Asistencia Psiquiátrica en Álava 1907-2007, centenario del Asilo Provincial “Santa María de las Nieves” Hospital Psiquiátrico de Álava. Vitoria-Gasteiz 2007.

<sup>123</sup> Se estima que se originó en Kansas (EE.UU.) como una mutación de un virus de gripe animal, distribuyéndose rápidamente entre otras razones por la movilidad militar a causa de la I Guerra Mundial, además de por los avances generales en los medios de comunicación. Al parecer, por razón de la guerra, la mayor parte de los países beligerantes ocultaron la información, cosa que no sucedió en la neutral España, por lo que fue a través de sus periódicos cómo otros países conocieron la existencia de la pandemia considerando erróneamente a España como el epicentro de la misma. La mortalidad global atribuida es fuente de discusión todavía hoy, aceptándose un redondeo de unos 50 millones de fallecidos en el planeta y de unos 300.000 para España.

<sup>124</sup> Erkoreka, Anton. “La Pandemia de Gripe española en el País Vasco 1918-1919”. Ed. Museo Vasco de Hª de la Medicina y de la Ciencia. Bilbao 2006. Pág. 69.

<sup>125</sup> Alustiza Galarza, Ainhoa. “Población, familia y vejez en la Comunidad Autónoma de Euskadi”. Departamento de Geografía. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, 2003. Disponible en: <<http://www.ced.uab.es/jperez/PDFs/2003AAlustiza.pdf>>.



La experiencia de la gripe no era muy longeva, y hasta entonces su virulencia no muy funesta, probablemente con el característico predominio en ancianos e inmunodeprimidos. Si atendemos al texto señalado de Eulogio Serdán sobre los primeros casos documentados en Vitoria,<sup>126</sup> vemos que, *“En este año de 1890, y durante la estación invernal, hizo su aparición en esta Ciudad la enfermedad de la gripe, desconocida hasta entonces [...] aunque en la mayoría de los casos ostentaba caracter leve, bien pronto aumentaron las defunciones entre las personas de edad y las afectadas de padecimientos crónicos”*. A partir de entonces, la presencia del virus debió de hacerse cíclica y estacional: *“con ligeras intermitencias, la gripe continuó durante algunos años, siendo mejor combatida cuando se hicieron estudios acerca de sus causas, desarrollo y efectos, sin embargo no fue pequeño el número de víctimas que aquí produjo”*. No obstante, este conocimiento de la enfermedad, a pesar de los avances bacteriológicos, apenas esbozaba la idea de cadena epidemiológica y se hallaba lejos de la comprensión virológica y mucho más de una respuesta terapéutica eficaz, aunque sólo fuera paliativa.<sup>127</sup>

La epidemia en Vitoria tuvo su mayor incidencia en los meses de septiembre y especialmente octubre de 1918, aunque ya se documenta su actividad en junio de ese año<sup>128</sup> y persistirá un goteo de casos hasta abril de 1919.

<sup>126</sup> Serdán y Aguirregavidia, Eulogio, “Vitoria, el libro de la Ciudad”, Vol II, Ed. Social Católica, Vitoria 1927. Pág. 522.

<sup>127</sup> En cualquier caso, ha de recordarse que aún contando con el conocimiento y los medios actuales, la aparición repentina de casos sería hoy igualmente devastador, ya que la pandemia de 1918 supuso la aparición de una mutación del virus nueva cuya virulencia sobrepasó la conocida de cualquier otra epidemia documentada en la historia de la humanidad.

<sup>128</sup> A.M.V. 34-21-28, bajo el epígrafe de *“clausura de las escuelas con motivo de la enfermedad llamada gripe”*, se recogen varios expedientes que explícitamente señalan que la epidemia ha roto la vida cotidiana, al menos de la vida escolar. El 5 de junio se acuerda anticipar la fecha de los exámenes en las escuelas municipales, y el 12 de junio *“en vista de haberse presentado algunos casos de enfermedad reinante, se había resuelto por el Sr. Inspector [...] suspender las clases de párvulos, y que en las demás escuelas se dé la enseñanza al aire libre los días que el*

Con la llegada del otoño los casos se multiplican, siendo muestra evidente de la preocupación la clausura de las escuelas municipales el 1 de octubre.<sup>129</sup> La alarma se generaliza hasta en los lugares más insospechados, siendo tal vez elocuente el testimonio del Obispado. El propio Obispo de Vitoria, a través del Boletín Oficial del Obispado, publica una circular firmada el 9 de octubre en la que además de dar cuenta de la alerta<sup>130</sup> y ordenar la puesta en marcha de los seculares remedios religiosos mediante públicas rogativas, da vía libre para seguir los consejos científicos: “*Además de estos medios [las acciones religiosas] de sobrenatural eficacia, cuide mucho el Venerable Clero de poner en práctica todos los medios naturales que la ciencia aconseja para evitar o disminuir el contagio; procuren con especial empeño la ventilación y desinfección de los templos y sus muebles, y cuiden mucho de desinfectarse después de su asistencia a los enfermos.*” Unas páginas más adelante se señalan los consejos prácticos para la desinfección, tanto del medio como del personal religioso,<sup>131</sup> práctica que impulsada desde la primera epidemia de

---

*tiempo lo consienta hasta el 15 de Julio próximo, fecha en que empezarán las vacaciones reglamentarias.”*

<sup>129</sup> A.M.V. 34-21-28. Se pide igualmente a los colegios privados que secunden el cierre preventivo.

<sup>130</sup> Boletín Oficial del Obispado de Vitoria nº 20 del 11 de octubre de 1918. Circular nº 30, Ordenando públicas Rogativas. El obispo da cuenta del grado de alarma señalando que “*Todos conoceis [...] los estragos que está causando la epidemia; benigna en la mayoría de los casos, pero funesta, por desgracia en muchos, ha llevado el luto y las lágrimas a gran número de hogares y cada día invade y amenaza más.*”

<sup>131</sup> Ibidem, pág 549. Variedades.

“Consejos prácticos para desinfección

**De los suelos:** Barrido y riego con una solución de Zotal al 2% o bien de creolina al 5%

**De sillas, bancos, confesionarios, &.:** Se lavan con solución de sublimado al 2%

**De pilas de agua bendita:** Renovación frecuente del agua, lavando siempre la pila con solución de sublimado al 2%.

**De objetos o imágenes que besan o tocan los fieles:** Se deben lavar con la misma solución anterior.

**Desinfección personal:** Gargarizar y lavarse la dentadura con agua hervida a la que se añade una cuarta parte de su volumen, de agua oxigenada.

Embadurnar las fosas nasales con vaselina mentolada al 3 %.

cólera en 1834 se había mantenido activa entre los médicos vitorianos en la lucha contra la viruela mediante fumigaciones de los espacios contaminados.<sup>132</sup> Esta acción desinfectante, que evidencia también los paulatinos avances de la química, será otra de las facetas añadidas al corpus competencial de los practicantes, quienes serán contratados por el ayuntamiento para este fin, concentrando su acción fundamentalmente en las estaciones de ferrocarril, ya que éste se había convertido en el gran propagador de la enfermedad.<sup>133</sup>

La participación de los practicantes se produjo tras la solicitud del ayuntamiento al Colegio de Practicantes para proceder a la desinfección de los viajeros que llegaran a las estaciones del Norte y del Anglo Vasco. La solicitud se hacía tras la sesión extraordinaria del 13 de octubre, una vez que el día 11 la Junta de Sanidad de Álava había acordado la declaración de “estado epidémico”.<sup>134</sup> La respuesta del Colegio es afirmativa aunque dejarán constancia del malestar creado por la importante diferencia en las retribuciones ofrecidas a los practicantes respecto de los médicos, 8 pesetas diarias frente a 25.<sup>135</sup>

Los practicantes asignados para el servicio de desinfección en las estaciones del Norte y Vasco Navarro serán Bruno Crespo, José Cabezas, Nicolás Barajuan, Celso Quintana y Teodoro Hernández.

Para el servicio de día en la estación del Norte: José L. Ibáñez, Francisco Cabezas, Germán Calvillo, Marcos Villalba y Jesús Sedano. Y, para el área del Vasco Navarro: Teodoro Fresneda.

---

*El lavado de las manos & con jabón desinfectante (de Zotal, sublimado y otro así), o bien con jabón ordinario y agua sublimada al 1%.”*

<sup>132</sup> Resulta elocuente su defensa por parte de Ramón de Apraiz en “La Vivienda del pobre. Su influencia en la salubridad pública y necesidad urgente de mejorar sus condiciones higiénicas”. Establecimiento Tipográfico de domingo Sar. Vitoria, 1893.

<sup>133</sup> Ya en la epidemia de cólera de 1885 el tren explicaba la aparición de casos en zonas aisladas, en lugar de seguir el patrón anterior de contigüidad siguiendo los cursos fluviales. Por otra parte no podemos evitar el paralelismo de estas fumigaciones en las estaciones ferroviarias de 1918 con la imagen de nuestros actuales aeropuertos durante la amenaza de gripe aviar en 2006.

<sup>134</sup> A.M.V. 34-19-56, “medidas adoptadas con motivo de la epidemia de Gripe”.

<sup>135</sup> *Ibidem*, 16 de octubre de 1918.

Las desinfecciones no sólo se hacían en las estaciones ferroviarias, sino que los practicantes y médicos de la Beneficencia Pública debían hacer lo mismo en las habitaciones donde se hubieran dado casos de gripe, así como en los coches utilizados para las visitas, mediante pulverizaciones de bicloruro de mercurio al 2%. La desinfección del espacio público corría sin embargo a cargo de la Policía Urbana, a quienes se hace hincapié en *“practicar una escrupulosa limpieza de los espacios comprendidos entre las manzanas de casa de las calles de la parte antigua de la población”*,<sup>136</sup> lo que confirma que la diferencia higiénica entre la ciudad vieja y la nueva seguía siendo igual de llamativa que durante la epidemia de cólera de 1855. La desinfección en este caso se hacía esparciendo cloruro de cal sobre el que se regaba para lograr la vaporización del cloro.

Las medidas desinfectarias se imponen también en cafés y tabernas, prohibiéndose los bailes incluso al aire libre, lo que sigue insistiendo en la idea de gran temor. De hecho, estas medidas ordenadas el día 15 desde el Gobierno Civil de la Provincia, pasan a ser de cierre de estos establecimientos unos días después, lo que crea un agravio comparativo con otros centros, como los políticos y de recreo, que siguen abiertos y que finalmente se cerrarían el día 25.<sup>137</sup> Sin embargo, para ese día ya había pasado el momento álgido de la epidemia, señalado por Erkoreka para el conjunto alavés (Op. Cit. Pág. 46) entre el 19 y 22 de octubre. Precisamente el día 19 *La Libertad* recogía que *“hasta anteayer iban registradas, en lo que va de mes, 123 defunciones, de las cuales corresponden 88 a la gripe y sus derivaciones, ó sea, por este último concepto, poco más de cinco diarias”*. En los siguientes días la tónica general será la solicitud de ayuda de diferentes pueblos ante la situación crítica que están viviendo:<sup>138</sup> Luyando afirma que *“el numero de atacados [es] casi la totalidad de todo el vecindario”* y ante la falta de facultativo solicitan

---

<sup>136</sup> Ibidem, 11 de octubre de 1918.

<sup>137</sup> Diario *La Libertad* del 25 de octubre de 1918. *“...se dispuso que el cierre que se hace de los cafés se haga extensivo á los círculos políticos y de recreo”*.

<sup>138</sup> A.T.H.A. DH 5134-4.

“un practicante para prestar auxilio a los enfermos”; en San Román de Campezo lo que solicitan son “*monjas de la Caridad pues hay casas donde no se dispone de una persona que de un vaso de agua o gaseosa que he mandado traer para apagar los ardores de la fiebre*”; en Oyón y Lapuebla de Labarca sus respectivos practicantes están enfermos y hablan de más de 200 invasiones al mismo tiempo, cuando en Vitoria por ejemplo el 28 de octubre *La Libertad* asegura que “*hoy se calcula, según nos ha manifestado el señor Alcalde, que hay unos 500 enfermos*”.

Por fin, los últimos días de octubre el número de nuevos casos disminuye y se va retomando la normalidad, como se ve tras tomar la decisión, el 2 de noviembre, de reabrir las escuelas el día 4.<sup>139</sup> Las preocupaciones pasan de ser los enfermos a ser la supervivencia de viudas, huérfanos o de quienes han perdido empleos o negocios. Algunos empresarios aparecen como modélicos, así *La Libertad* elogia a Ezequiel Peciña, director Gerente de “Sierras Alavesas”, quien “*ha acordado dar á sus obreros enfermos con la epidemia (que son 249) medio jornal por los días que no trabajen*”.<sup>140</sup> Por parte del ayuntamiento vitoriano una de las medidas más llamativas y elocuentes de la situación es la tomada el 30 de octubre para que “*se busquen terrenos del común que reúnan condiciones para ello, y se proceda a la siembra de la cantidad de patatas suficiente a producir quinientos mil kilogramos, para distribuirlos, al precio de coste, entre las clases necesitadas*”.<sup>141</sup> También la Diputación se moviliza, especialmente cara a aquellas necesidades más propias de sus competencias, como el caso de los huérfanos, uno de los temas recurrentes en las demandas de los pueblos, por lo que se dispone ampliar el número de plazas en el Asilo provincial para acogerlos. Y como en epidemias anteriores quedan algunas mejoras de corte higiénico, lo que no deja de evidenciar el retraso en la llegada de

<sup>139</sup> A.M.V. 34-21-28 (2 de noviembre de 1918). “*Habiendo cesado las causas que motivaron la clausura de las Escuelas públicas, la Junta local de primera enseñanza, en sesión celebrada el día de hoy, ha acordado su apertura desde el próximo día 4*”.

<sup>140</sup> Diario *La Libertad* del 28 de octubre de 1918.

<sup>141</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 30 de octubre de 1918. Fol. 15 v.

medidas básicas como el agua corriente, caso de las escuelas del Campillo, donde se decide instalar en noviembre en relación directa con la epidemia que ya se comenzaba a superar.<sup>142</sup>

### VII. 5. Los conflictos bélicos y el desarrollo de la enfermería.

Desde las primeras páginas de este estudio hemos señalado el papel de la violencia en el aprendizaje y desarrollo de actividades curativas y cuidadoras desde los mismos orígenes de la humanidad, luego no hay nada nuevo en aseverar ese vínculo; simplemente evolucionaron las formas de matar y con ello las de curar. A lo largo de los siglos, tras las batallas, *honorables y piadosas* leyes permitían recoger a los heridos para tratar de recomponerlos antes del siguiente embate. Puesto que la mayoría de la soldadesca carecía de valor añadido y podía ser reemplazable, las acciones quirúrgicas que se realizaban en los campamentos a pié del campo de batalla tenían como destinatarios en primer lugar a los militares profesionalizados miembros de la clase nobiliaria. Aunque ya los Tercios del Imperio español tenían un cierto grado de profesionalización, no será hasta las Guerras napoleónicas cuando se hace evidente el retorno a la antigua esencia romana de ejércitos profesionalizados y bien pertrechados en los que cada uno de los soldados suponía un gran desembolso en preparación y equipamiento que había que tratar de conservar, por su valor intrínseco, por el valor de la diferencia numérica en las batallas y por el valor que los ilustrados daban a la población como riqueza de un país. Además, la artillería había modificado sustancialmente la forma de guerrear, causando una mayor cantidad de heridos que se desangraban con gritos desmoralizantes en plena batalla. Se imponía crear un cuerpo de atención y traslado de los heridos hacia hospitales militares, que renacen como los antiguos *valetudinaria*. Pero además,

---

<sup>142</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 20 de noviembre de 1918. Fol. 24 v.: “*haciendo presente la necesidad de que los locales destinados a escuelas reúnan el máximo de condiciones higiénicas; y que a este fin se autorice a la Comisión para establecer servicio de agua en los retretes del grupo escolar del Campillo, instalado en la antigua Normal de Maestros, y efectuar las obras necesarias para aislarlos de las clases y dejarlos en buenas condiciones*”.

la cirugía se había hecho eficaz y la tasa de supervivencia en primera instancia exigía hospitales de convalecencia y rehabilitación.

Mientras los ejércitos regulares dentro de su intendencia atendieron la respuesta inmediata en el campo de batalla, no sucedía lo mismo entre los ejércitos no profesionalizados, que habrían de construir su sistema sanitario a la par de la guerra en la que se encontraban. Y, en ambos casos, la asistencia en la retaguardia dependía de factores como la seguridad del entorno donde se ubicaba y las posibilidades de comunicación con el frente, elementos que no eran fáciles de satisfacer en las grandes y lejanas campañas conquistadoras o colonizadoras. Como es sabido, en ese contexto un grupo de filántropos suizos ideó en 1863 un sistema de ayuda humanitaria en caso de guerra para la asistencia de los heridos y prisioneros, la Cruz Roja Internacional, cuya sección española surgiría al año siguiente.

En nuestro entorno la primera actuación de este organismo sería durante la Guerra Carlista de 1872 a 1876 colaborando con el ejército liberal, ya que según el Convenio Internacional de Ginebra la Cruz Roja sólo podía actuar a través de gobiernos reconocidos. Por tanto, los seguidores del pretendiente Carlos VII, con un ejército menos estructurado y sin infraestructura sanitaria formal, no contaron con este apoyo internacional. En 1873, la esposa del pretendiente carlista, Margarita de Borbón, crea la *“Asociación Católica para Socorro de Heridos La Caridad”* organizando un hospital de 400 camas en Pau (Francia), impulsando a partir del año siguiente hospitales en España, creando a lo largo de la contienda cerca de veintidós hospitales,<sup>143</sup> especialmente en el área vasco-navarra, donde sobresaldría el hospital de Irache. *“La Caridad tenía como fin la asistencia sin distinción de todo soldado herido o enfermo en campaña, además de suplantar, en cierto modo, al servicio sanitario del ejército carlista [...] tendría en la zona carlista las mismas funciones humanitarias que la Cruz Roja*

---

<sup>143</sup> Seguimos a Larraz Andía, Pablo. “Entre el frente y la retaguardia. La Sanidad en la Guerra Civil: el Hospital ‘Alfonso Carlos’, Pamplona 1936-1939”. Editorial ACTAS, colección Luis Hernando de Laramendi. Madrid, 2004.

*Internacional*".<sup>144</sup> En el hospital de Irache<sup>145</sup> asistiría como enfermera la propia reina carlista, imagen que alimentada por la propaganda del partido se idealizaría como modelo para la mujer tradicionalista; apelada como "Ángel de la Caridad", su nombre quedaría en el subconsciente carlista futuro y daría lugar al movimiento asistencial de "Las Margaritas" a partir de los años veinte, con paralelismos evidentes con la enfermería visitadora.

En el bando cristino, en el hospital de Miranda de Ebro, estaría otra figura esencial en la enfermería española, Concepción Arenal, vinculada igualmente al desarrollo de las visitadoras sanitarias, cuya creación ya defendía en 1860 en su "Visitador del pobre", habiendo creado además en su Galicia natal la "Asistencia Domiciliaria y Patronato de Señoras para la visita y enseñanza de presos", siendo después designada, en 1863, como visitadora de las prisiones de mujeres.

Además de la cercanía geográfica entre Irache y Miranda, une a Margarita de Borbón y a Concepción Arenal su decidida asistencia a heridos de ambos bandos, lo que llevó a estas dos mujeres a un agrídulce reconocimiento no exento de críticas e incomprensiones. Entre ambos hospitales quedaba también la Álava más arraigadamente carlista, con los hospitales de Maeztu, Piérola o Labastida.<sup>146</sup>

Tras la Guerra civil carlista, otros dos grandes conflictos remarcaron la necesidad de reestructurar la asistencia sanitaria bélica, la Guerra de Cuba (1895-1898)<sup>147</sup> y las Guerras con Marruecos (iniciadas en el XIX, no finalizarían hasta 1927). De ellas, sin lugar a

---

<sup>144</sup> Ibidem págs. 30-31.

<sup>145</sup> Donde "existió intervención femenina laica durante los primeros meses de funcionamiento, hasta que el personal quedó definitivamente establecido con religiosas de la Caridad y hermanos Hospitalarios", Ibidem, pág. 38, citando entrevista con Jaime del Burgo.

<sup>146</sup> Tampoco puede evitarse el paralelismo de estas dos mujeres con Florence Nightingale en la Guerra de Crimea (1853-1856).

<sup>147</sup> Sobre Cuba, cfr. Puerto Fernández, Isabel del. "Los Cuidados en España durante los procesos bélicos del siglo XIX (cuba 1895-1898).Temperamentvm 2005; 2. Disponible en < <http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0132.php>>.



dudas la mayor repercusión para la enfermería tendría la segunda, especialmente en el siglo XX cuando España, tras el desastre colonial, fija sus intereses en África y en sus recursos mineros recrudeciéndose entonces el conflicto. La fecha más emblemática es la de 1909 con el llamado “desastre del Barranco del Lobo” (Cerca de Melilla),<sup>148</sup> donde la decidida actuación de voluntarias de la Cruz Roja en los improvisados hospitales melillenses y gaditanos a los que se trasladaban los heridos dio un vuelco al papel femenino tradicional en aquella institución, centrado hasta entonces en tareas organizativas y sociales de carácter fundamentalmente recaudatorio a cargo de “Damas” económicamente solventes y socialmente distinguidas que facilitaban la llegada de ingresos.<sup>149</sup> Canalizando este ímpetu del voluntariado femenino y ante la evidente necesidad de un cuerpo de enfermeras con una base sanitaria sólida, por decreto del 28 de febrero de 1917, el Ministerio de Guerra -elocuente en sí mismo- crea el cuerpo de Damas enfermeras, exigiéndose para acceder como alumna el estar asociada a la Cruz Roja. Conservándose pues el apelativo social de “Damas” y vinculadas a la Cruz Roja, en los años siguientes se producirá un auténtico fervor enfermero ensalzado por el apoyo de la Reina Victoria<sup>150</sup> e impulsado tanto por las nuevas repatriaciones de heridos, tras el “desastre de Annual” de 1921, como por las campañas de maquillaje en favor de una guerra que despertaba pocas simpatías.<sup>151</sup> Después, la dictadura de Primo de Rivera uniría

<sup>148</sup> Batalla en la que se calcula que el ejército español sufrió no menos de 2.235 bajas con 358 muertos, a las que se sumaron en los enfrentamientos posteriores otras 1.538 bajas con 414 soldados muertos.

<sup>149</sup> Se hablaba de “hermanos pasivos” a estos socios cuyo papel era atraer donaciones.

<sup>150</sup> A la reina Victoria se le relaciona, además, con la introducción en España del modelo de enfermería propugnado por Nightingale.

<sup>151</sup> El reclutamiento de soldados podía evitarse legalmente pagando una cantidad que sólo podían satisfacer los más pudientes, lo que llenaba los alistamientos de los estratos más bajos de la sociedad española. Dado que con ello no se garantizaba el número de quintos necesario se procedía a movilizar a reservistas, normalmente ya casados y con hijos, lo que aumentaba el descontento (recuérdese la “Semana Trágica” barcelonesa). Tampoco en Álava despertaba simpatías este largísimo conflicto intermitente, ya que estas guerras supusieron los primeros reclutamientos de alaveses sin la tradición del cupo foral, tras su supresión en 1876.

campañas victoriosas, por fin, al silenciamiento político y social, lo que canalizaría el potencial movimiento regeneracionista de los primeros años hacia un patriotismo populoso exultante, en el que ser Dama de la Cruz Roja formaría parte de la propia construcción patriótica femenina.

En Álava sólo documentamos a estas Damas en Vitoria, si bien dentro de ese papel de “voluntarias pasivas” atribuido a las señoras de alcurnia con fines fundamentalmente de captación de recursos para obras benéficas, caso de la suscripción pública iniciada en octubre de 1918 para recaudar fondos destinados a “*aliviar la situación de familias desvalidas cuyo estado precario ha venido a aumentarse con motivo de la actual epidemia [de gripe]*”.<sup>152</sup> No obstante, probablemente hubo también Damas enfermeras en la ciudad, especialmente en relación con las clínicas médicas que surgieron en la década de los veinte, quedando grandes dudas sobre el origen de la formación tanto de las religiosas que atendían a las instituciones benéficas de ayuntamiento y Diputación como de las laicas que aparecen nombradas como enfermeras, caso de las señaladas en la maternidad, y cuyo mero nombramiento, como la responsabilidad atribuida y el salario fijado, les presupone estar tituladas.<sup>153</sup>

A la par de la aparición de enfermeras tituladas en escuelas reconocidas, incluidas las de la Cruz Roja, ha de señalarse, al menos en Vitoria, la paulatina organización en estas primeras décadas del XX de movimientos católicos que, partiendo de acciones esencialmente socio-laborales en un inicio, irán pivotando también hacia las sanitarias, si bien sólo se las percibe claramente en esa faceta con el estallido de la guerra, en las que agrupadas en torno a *Acción Católica* asumirán la organización asistencial de los hospitales rebeldes con primacía sobre otras, vinculadas políticamente a partidos que

---

<sup>152</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 16 de octubre de 1918. Fol. 11 r.

<sup>153</sup> Aunque no olvidamos que el decreto de 1928 permitía certificaciones de estudios sin validez oficial para la asistencia a partos en situaciones de caridad o dentro de la propia familia.

apoyaban el alzamiento,<sup>154</sup> a las que eclipsan en un primer momento. Peculiaridad vitoriana que pone de manifiesto el control de la jerarquía eclesiástica en la ciudad como punto de encuentro entre las distintas opciones políticas de afinidad católica.

Aunque sus orígenes se remontan a finales del siglo XIX,<sup>155</sup> el desarrollo de *Acción Católica* dentro del campo social, incluidos aspectos sanitarios, parte de la encíclica *Rerum Novarum* de León XIII,<sup>156</sup> así como de su llamada a los católicos españoles a través de *Christianae Sapientiae*, si bien en los decisivos años republicanos hubo un giro hacia posiciones de defensa más estrictamente confesionales a partir del papado de Pío XI.<sup>157</sup> Hasta la República, aparecen más bien como un conglomerado de asociaciones católicas con distintos fines, que sólo parecen tener una unidad nominal en las “Juventudes”; sin embargo, la clara y combativa oposición a las medidas anticlericales de la República sirvió como emulgente de las distintas sensibilidades católicas en defensa de sus creencias, lo que desarrollaría la unidad de acción.

En nuestro caso, la heterogeneidad de las opciones políticas de marcado carácter católico en Álava, probablemente también influyó en la canalización de determinadas respuestas sociales a través de los círculos católicos, en lugar de hacerlo directamente desde sus organizaciones, ya que el terreno social estaba siendo conquistado por

---

<sup>154</sup> Evidentemente nos referimos en el bando rebelde a las asociaciones femeninas del carlismo, las *margaritas*, y de Falange, la *sección femenina*. La cuestión tiene su interés pues la fuerza del carlismo en Vitoria era manifiesta, por lo que la primacía de la vía católica -a la que ambas pertenecían en sentido integrista-, sólo se explica por el frente común previo de las fuerzas católicas durante la República en oposición a los movimientos políticos y sindicales progresistas.

<sup>155</sup> De 1888 es la publicación por la Imprenta Católica de E. Sarasqueta, de Vitoria, del “Reglamento de la Asociación Católica de Obreros fundada por la Academia de la Juventud Católica de Vitoria”.

<sup>156</sup> León XIII (1810-1903), papa (1878-1903) y autor de la primera declaración papal ante los cambios y transición de la sociedad moderna, que estableció la teoría social y económica de la Iglesia, cuyo pontificado señala el comienzo de la edad moderna del catolicismo. Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

<sup>157</sup> Pío XI (1857-1939), papa (1922-1939).

las opciones de izquierda y, en consecuencia, se hacía perentorio una unidad de acción para hacer frente al anticlericalismo que profesaban.<sup>158</sup> Ante la rivalidad política de los partidos católicos, sería la propia jerarquía eclesiástica vitoriana la que facilitaría esa respuesta unitaria.<sup>159</sup>

La actividad sanitaria, fundamentalmente educativa, de estas organizaciones católicas vitorianas en los años previos a la Guerra Civil -en la que aparecerá ya manifiestamente como actividad asistencial-, apenas hemos comenzado a desenmarañar; al igual que la realizada por las organizaciones socialistas y anarquistas que tanto hincapié hicieron en el papel educador de la mujer. En este último sentido no debemos olvidar el “consultorio sexológico” del médico anarquista de Maeztu, Isaac Puente.<sup>160</sup> No obstante, resulta bastante

---

<sup>158</sup> Siguiendo a Antonio Rivera (La ciudad levítica..., pág. 159.) citando un artículo de *La Libertad* del 2 de junio de 1913, “*la prensa jaimista, denunciando el retraining en que se colocaban los obreros católicos a la hora de formar sindicatos, reconocía que «el socialismo y el anarquismo, aunque sea amargo reconocerlo, son los que han conquistado algo para el obrero, los que han hecho llamar la atención de los Gobiernos sobre sus necesidades»*”.

<sup>159</sup> En fechas tan tempranas como 1905 se inauguraba el Centro de Obreros Católicos de Vitoria por instigación directa de la Iglesia vitoriana, y a partir de 1909 aparecieron diferentes sindicatos católicos que se unificaron oficialmente en la Unión de Sindicatos Católicos en 1913. Por parte de las trabajadoras, éstas se organizaron en 1911 en torno al Centro de Obreras “La Blanca”. En general no se observa en estos movimientos sociolaborales la tercera vía propuesta por León XIII, entre el capitalismo y el marxismo, sino una instrumentalización del liberalismo burgués -capitalismo- para frenar las conquistas de las opciones de izquierda; de ahí la representación de estos movimientos obreros católicos como de sindicalismo “amarillo” al servicio de la patronal. Si bien, alguno, como Solidaridad de Obreros Vascos exploró la tercera vía en forma de defensa del cooperativismo.

<sup>160</sup> Sobre la figura de Puente cfr. Fernández de Mendiola, Francisco. “Isaac Puente. El médico anarquista”. Editorial Txalaparta, colección Tafalla. 2007. En Internet puede consultarse el texto de Peciña, Mikel. “Isaac Puente, médico anarquista”, disponible en: <<http://www.cnt.es/gipuzkoa/spip.php?article110>>.

Parte de la obra de Isaac Puente tiene libre acceso en Internet, por ejemplo “El comunismo libertario”, disponible en: <[http://www.cellfrancescsabat.org/CELL/secciones/An%C3%A0lisis%20i%20Estudis%20Econ%C3%B2mics/02.%20A\(2\)%20%20Teor%C3%ADa%20Econ%C3%B3mica%20de%20la%20Autogesti%C3%B3](http://www.cellfrancescsabat.org/CELL/secciones/An%C3%A0lisis%20i%20Estudis%20Econ%C3%B2mics/02.%20A(2)%20%20Teor%C3%ADa%20Econ%C3%B3mica%20de%20la%20Autogesti%C3%B3)>

claro que el movimiento católico limitó, al menos en Vitoria, la acción de *margaritas* y *emakumeak* de manera abierta en la ciudad, aunque desarrollaron su labor, para su consumo interno, desde las propias sedes de sus partidos en la ciudad. Sin lugar a dudas sería el caso del Círculo Tradicionalista, no sólo de Vitoria, sino de otras poblaciones mayoritariamente carlistas o bajo la influencia geográfica de Navarra y La Rioja.

Las *margaritas* se habían constituido como asociación en Pamplona en 1919,<sup>161</sup> teniendo como fin la caridad hacia los miembros de la Comunidad Tradicionalista necesitados, especialmente los miembros del Círculo y los veteranos de la última Guerra Carlista. Este enfoque caritativo no aporta nada nuevo a la enfermería y será similar al que presente la *sección femenina* de Falange, fundada en 1934, orientada inicialmente hacia el socorro de sus presos y la propaganda política, actividades que también compartirían las carlistas a partir de la proclamación de la República, dada la significada oposición de los Tradicionalistas a las medidas laicistas que rompían completamente su esquema de valores. De orientación muy diferente fue la organización femenina *emakumeak*, auspiciada por el partido nacionalista vasco, en la que se primaron los aspectos educativos y preventivos formando maestras y enfermeras en un claro paralelismo con los intentos de la República para instituir un cuerpo de enfermeras visitadoras. De estas tres organizaciones femeninas políticas sólo las *margaritas* y *emakumeak* tuvieron algún papel activo en Álava,<sup>162</sup> si bien su vinculación en Álava con la enfermería es dudosa durante la República o fue muy tardía. En el caso de las carlistas la orientación enfermera aparecería coincidiendo con el secreto a voces de la insurrección militar desde primeros del 36. Hasta entonces podría

---

n/Lib.%20Puente,%20Isaac.%20El%20comunismo%20libertario%20y%20otras%20proclamas%20insurreccionales.pdf>.

<sup>161</sup> Puede verse un acercamiento a esta asociación en Navarra en la obra citada de Pablo Larraz.

<sup>162</sup> Si bien en 1936 ya estaba constituida la *sección femenina* en Vitoria, siendo su Jefa provincial Isabel Verástegui Zabala, numéricamente la presencia de Falange Española era testimonial; además, su acción enfermera empezará directamente con la guerra.

hablarse de cierta actividad de asistencia social caritativo-benéfica en el que tal vez se dieran ciertos cuidados informales, pero en cualquier caso las similitudes con las visitadoras sociales gubernamentales parecen ser sólo una coincidencia temporal. Sólo a partir de febrero de 1936 el giro hacia la actividad sanitaria es manifiesto, comenzándose a organizar cursos clandestinos acelerados de enfermería básica donde hubo infraestructura para ello,<sup>163</sup> lo que sin lugar a dudas concurría al menos en Vitoria. En el caso navarro las *margaritas* acudieron también a cursos impartidos para Damas enfermeras por la Cruz Roja, e incluso a los cursos oficiales de enfermera en Madrid y Zaragoza,<sup>164</sup> aunque no hemos podido documentar algo semejante en nuestro territorio. Por parte de la asociación nacionalista, “*Emakume Abertzale Batza*” había surgido en la industriosa Bilbao en 1920 aunque, suspendida durante la Dictadura, su verdadera actividad se inicia con el advenimiento de la República en 1931. Al parecer ese año se constituye también en Álava con una sede en Salvatierra aunque llegará a tener 11 agrupaciones.<sup>165</sup> Decíamos que *emakumeak* era la organización más cercana a la idea de enfermera visitadora ya que en julio de 1932 organiza una serie de estudios para formar maestras y enfermeras, aunque no en Álava,<sup>166</sup> en cuyo reglamento

---

<sup>163</sup> Larraz Andía, op. Cit. Pág. 60, aludiendo a declaraciones publicadas en *El Pensamiento Navarro* el 21 de julio de 1938: “*En febrero de 1936, el Secretariado Nacional de Margaritas envió desde Madrid una circular a su delegación en Navarra en la que se ordenaba la organización urgente de cursillos clandestinos de enfermeras en las localidades donde contaran con suficiente infraestructura, es decir, un local y algún médico de confianza afín a la organización dispuesto a impartirlo*”.

<sup>164</sup> Ibidem.

<sup>165</sup> Larrañaga, Policarpo de. “Emakume Abertzale Batza. La Mujer en el Nacionalismo Vasco”. Ed. Auñamendi, Vols I, II, III. San Sebastián, 1978.

Tomo I, págs.107-111: “*Alava: 77 municipios, 11 agrupaciones de Emakumes, 12 agrupaciones en formación, 10 Grupos no organizados, 105.883 habitantes, 1.500 emakumes afiliadas [...] Gasteiz (Vitoria): Núm. De Agrupaciones 1, Núm. De afiliadas 600*”. “*Pueblos de Araba donde había Asociaciones de Emakumes: Amurrio, Arzeniega, Aramayona, Araya, Gasteiz (Vitoria), Llodio, Oyon, Murguía, Salvatierra (Agurain), Sta. Cruz de Kampezo, Villarreal (Legutiano)*”

<sup>166</sup> Ibidem. Tomo II, págs. 42-44, Escuelas del Hogar: “*Y aún hay que recordar que algunas Secciones de emakumes tenían organizados estudios de maestras y de*

para las enfermeras *-gexosañak-* se recoge como fines elementos propios de la visitadora sobre educación e higiene; si bien con un marcado endogenismo partidista.<sup>167</sup> En Vitoria al menos no se llegó a ese nivel de desarrollo de la organización, quedando las acciones de la asociación en el terreno folklórico-cultural además del evidente propagandístico.<sup>168</sup>

La aparición de estas organizaciones femeninas de filiación política no puede separarse al menos de dos cuestiones, la propiamente política de proselitismo y salvaguarda de valores a la permeabilidad esencialmente anticatólica de los partidos y sindicatos de izquierda; y la del desarrollo educativo-sanitario representado gubernamentalmente por las enfermeras visitadoras.

Respecto a este último punto ya hemos señalado que salvando el marco temporal de confluencia durante la II República -momento de mayor desarrollo de este cuerpo dentro de la limitación del mismo-, sólo *emakumeak* presenta unos fines similares. Pero viéndolo desde

---

*enfermeras: en primera línea Bilbao, Donostia y Algorta; pero también sostenían estudios de enfermeras, Bermeo (16 alumnas dirigidas por el Dr. Dionisio de Goitia), Portugaleta [...] Gernica, Mungia [...].*

Pg 105-109, Asistencia Sanitaria: *“En este orden, las organizaciones de EAB alcanzaron en poco tiempo un desarrollo y perfección excepcionales, empezando por la constitución del cuerpo de enfermeras vascas (Gexosañak), siguiendo por establecimiento de botiquín primero, de dispensario más tarde y de la Cruz Roja Vasca y de Consultorio al fin”.*

<sup>167</sup> Ibidem. Tomo II, pág. 145, Reglamento de la “Gexosain” (emakumes enfermeras vascas): *“Reglamento de ‘Euzko Gexosain Pazpatza’ (Cruz Roja Vasca)”. (Preambulo): Ayudar a nuestros hermanos en “J.E.L.”, más necesitados, es el alto ideal que nos anima a formar esta “Euzko-Gexosain-Pazpatza [...]; aliviar al que sufre, sanar, educar en nociones de higiene; prestarles asistencia médica; en una palabra, combatir la degeneración física, y con ella, la degeneración moral que incapacita a los hombres para altas empresas, es el básico de esta asociación [...]. Que, médicos y enfermeras, seamos una fuerza de choque contra las enfermedades sociales. [...] forjemos un nuevo pueblo de casas blancas, limpias, aireadas, llenas de salud y alegría”.*

<sup>168</sup> Ibidem. Tomo I, “E.A.B.” en Álava. Págs.107-111: *“No permanecían ociosas las emakumes de Gasteiz (Vitoria). Clases de euzkera y canto, un ropero que trabaja metódicamente; reparto de periódicos, folletos y hojas de propaganda; conferencias de carácter privado; grupos de hilanderas y dantzaris”.*

una mayor distancia, tanto las visitadoras domiciliarias como todas estas organizaciones femeninas, incluidas las más reacias a cualquier alteración de los papeles establecidos, suponen compartir un paso en la misma dirección de autonomía de la mujer que ya no se desandarà.

Tampoco en Álava se documenta una presencia de enfermeras visitadoras de manera organizada o a través de instituciones gubernamentales, aunque es posible que existiera alguna en el Instituto Provincial de Higiene, al que la República conferiría la coordinación de los Centros Secundarios y Centros Rurales de Higiene.<sup>169</sup> Ya habíamos adelantado nuestra opinión de que la limitación documental sobre estas visitadoras sanitarias, al margen de su limitada existencia, podría estar en relación con la actividad que se realizaba directamente desde las instituciones benéficas vitorianas, dentro de las cuales probablemente trabajara la enfermera alavesa que formaba parte de la asociación profesional de Visitadoras Sanitarias documentada por Bernabeu y Gascón.<sup>170</sup>

Con el inicio de la sublevación, tras los primeros días de incertidumbre quedaba claro el control de la práctica totalidad de la provincia bajo mando rebelde, pero con un frente abierto con sus vecinas Guipúzcoa y Vizcaya. Y aunque la ofensiva más directa no llegaría hasta noviembre (batalla de Villarreal), no se tardó en poner en marcha una organización sanitaria para el frente del Norte. Se basará esencialmente en las instituciones ya existentes regidas por las Hijas de la Caridad, a las que se reforzará, además de con médicos y practicantes titulados, con el reclutamiento de todo el personal civil con algún tipo de formación o experiencia sanitaria. Sería el caso de estas mujeres que hemos ido viendo y que quedarán englobadas en las filas de *Acción Católica*, quien coordinará la futura respuesta asistencial enfermera en los hospitales de sangre alaveses durante los primeros meses de la contienda, hasta que el predominio de Falange se

---

<sup>169</sup> Orden Ministerial del 22 de abril de 1932.

<sup>170</sup> Bernabeu Mestre, Josep. Gascón Pérez, Encarna. "Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)". Publicaciones de la Universidad de Alicante. Murcia, 1999. Pág. 99.



haga manifiesto con la incorporación del carlismo a sus filas en marzo del 37 y comience a controlarlo todo.

La representación de la enfermera en el bando nacional seguirá siendo la de “ángel de la Caridad” representada por la imagen de la reina carlista, en contraposición a la imagen que se dará en el bando republicano, más cerca de la enfermera en la II Guerra Mundial presentada por el cine proselitista del momento como “heroína”,<sup>171</sup> sin lugar a dudas testimonio elocuente del papel de la mujer en la España nacional y en la España republicana.

---

<sup>171</sup> Sobre el papel del cine cfr. Hirata, Marisa. “El cine como movilizador de la enfermería para la II Guerra Mundial”. *Temperamentvm* 2005; 2. Disponible en la url: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0111.php>>.



## Capítulo VIII. Epílogo.

### Hacia la profesionalización de la enfermería alavesa.

Tras la Guerra Civil la deficiente estructura sociosanitaria española se hizo aún más evidente en medio de unas necesidades crecidas por el conflicto, lo que unido a la búsqueda de legitimidad por la Dictadura hizo que la mejora de la cobertura social y sanitaria de la población se convirtiera en objetivo prioritario. Uno de sus primeros logros fue la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942, vieja pretensión del Instituto Nacional de Previsión (fundado en 1908) que ni los gobiernos de la Restauración, ni Primo de Rivera, ni la República pudieron sacar adelante, a pesar del apoyo obrero, en buena medida por la oposición de la Clase médica y las compañías comerciales de seguros.<sup>1</sup> La eliminación de todo posible vestigio de oposición al Régimen facilitó la puesta en marcha de un sistema asistencial que, si bien en un principio, durante la autarquía, se inspira en el modelo de la Italia fascista -a su vez seguidor del primigenio alemán de 1884, el prusiano de las *Krankenkassen*-, tras el

---

<sup>1</sup> Cfr. López Piñero, José María. “Historia de la Medicina”. Biblioteca historia 16. Madrid, 1990. Págs. 183 y ss.

apertura al inicio de los sesenta pivotará hacia el modelo británico del *National Health Service*. A este proceso organizador se sumó el rapidísimo desarrollo de la medicina en todos los ámbitos, destacándose el auge del modelo hospitalario como paradigma de una estructura sanitaria de futuro a partir del final de la II Guerra Mundial, y al que España se sumó, en sus limitaciones, con nuestro peculiar “Plan Marshall”, iniciando su andadura algunas Residencias Sanitarias pioneras, como la de Arana (Ortiz de Zárate) en Vitoria, inaugurada en 1957.

Precisamente esta fecha es la elegida por Domínguez Alcón<sup>2</sup> para diferenciar dos periodos en la evolución de la enfermería durante el franquismo: el primero, entre el final de la guerra y 1956, al que califica de “*ordenamiento de la práctica profesional*”, seguido de un segundo periodo a partir de 1957 al que denomina de “*profesionalización*”. Y efectivamente el desarrollo hospitalario, no basado en el cuidado enfermero como antaño sino en la tecnificación de la práctica médica, jugó un papel esencial en el futuro inmediato de una enfermería recién reestructurada en la consabida unificación de matronas, practicantes y enfermeras en 1953<sup>3</sup> bajo el clarificador título de *Ayudante Técnico Sanitario*.

Con anterioridad a este nexo crucial, mientras matronas y practicantes continuaron tras la guerra en una similar condición profesional a la dejada en la II República, será la enfermería la que encuentre un terreno abonado para su despegue. La guerra había dado una cierta unidad nominal a todas las formaciones femeninas vinculadas con el cuidado, multiplicando además su número durante la contienda a cifras astronómicas<sup>4</sup> a través de un reclutamiento

---

<sup>2</sup> Domínguez Alcón, Carmen. “Los cuidados y la profesión enfermera en España”. Editorial Pirámide. Madrid, 1986.

<sup>3</sup> Orden del 4 de diciembre (B.O.E. del 29 de diciembre de 1953), que daba continuidad al Decreto del 27 de junio de 1952 que unificaba los planes de estudio de las tres ramas. Suele ser más frecuente la utilización de la Orden del 1 de julio de 1955 (B.O.E. del 23 de julio) en la que se recoge el nuevo plan de estudios como fecha de andadura de la nueva profesión.

<sup>4</sup> No contamos con cifras fiables para el bando republicano en su conjunto, dada la destrucción documental generalizada para evitar represalias. Para el bando nacional

generalizado femenino y laico, dos de las características definitorias de la futura A.T.S.<sup>5</sup>

Desconocemos la andadura de esta “unificación terminológica” de la enfermería en Álava durante la contienda,<sup>6</sup> pero salvando la dudosa acción de la nacionalista vasca *Emakumeak* en nuestra provincia, qué duda cabe de que la unificación de Falange con la Comunión Tradicionalista -en 1937- implicaría el trasvase de las *Margaritas* carlistas al de la *Sección Femenina* de Falange, que probablemente no llegó a constituirse en Álava antes de la Guerra,<sup>7</sup> pero que tras la unificación sería la única que perviviría. De ámbito mucho más amplio que el sanitario y con un nivel de instrucción muy general, pronto se vio la necesidad de crear un cuerpo específico de enfermeras que, constituido en 1942,<sup>8</sup> diera respuesta a las

---

son sugerentes las cifras de afiliación a la *Sección Femenina* que llegó a alcanzar una cifra de aproximadamente 580.000 mujeres de las que 80.000 serían enfermeras movilizadas, cifra que no se volverá a alcanzar en España hasta 1976. Herrera Rodríguez, Francisco. “De la época isabelina a la transición democrática: una revisión de la enfermería española”. *Temperamentvm* 2007, 5. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t.php>>. Citando a su vez a Nash, Mary. “Las mujeres en la Guerra Civil”. *Historia 16. La Guerra Civil*, 14. Pág. 116. Y a Domínguez Alcón, C. Op. Cit. Pág 119.

<sup>5</sup> Es bien sabido que existieron tanto la rama femenina como la masculina dentro de la A.T.S.; incluso con la obligación de colegiarse los masculinos en la sección de practicantes y las femeninas en la de enfermera, dándose la paradoja consabida de haberse unificado un título para en la práctica seguir con tres profesiones. Pero numéricamente será incuestionable la desproporción femenina que irá aumentando su porcentaje todavía más en las décadas siguientes.

<sup>6</sup> Ya hemos apuntado la limitación bibliográfica sobre la sanidad en general durante la Guerra Civil, extensible aún mucho más para la enfermería que, en el caso alavés -prácticamente en la retaguardia desde el inicio de la contienda- se reduce a la nada, encontrándose nuestro deseo de abrir alguna puerta con una abundante pero dispersa documentación que precisaría de un largo estudio para apuntar alguna conclusión, lo que queda fuera de los límites de este trabajo.

<sup>7</sup> Al igual que las *margaritas* respecto al carlismo y *emakumeak* respecto al PNV, la *sección femenina* respondió al estímulo político de Falange Española durante la República, fundándose en 1934 con fines similares a las anteriores.

<sup>8</sup> Bajo el nombre de *Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las JONS* (Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalistas), se constituyó en enero de

necesidades sociosanitarias del país, destacando el papel de las denominadas *divulgadoras* como enfermeras que rescataban el papel de las visitadoras de la II República en la divulgación de medidas higiénicas y saludables entre la población -esencialmente la femenina y en relación con la salud materno-infantil-. En el cuerpo de enfermeras de la F.E.T. quedarían englobadas “*las enfermeras de organización, las damas enfermeras españolas, las enfermeras hospitalarias, las enfermeras de guerra y las visitadoras sociales*”.<sup>9</sup> A la limitación documental en Álava para testificar la presencia y acción de este cuerpo sanitario, ya advertimos cómo intuimos que todo este tipo de actividades educadoras en nuestra provincia hubieron de correr a cargo de las tres instituciones ya mencionadas: el hospital infantil “Fundación Molinuevo”, la Casa de Maternidad y “La Gota de Leche”. Si bien, la actividad desarrollada desde los círculos de *Acción Católica* quedarían mediatizados por la supraestructura falangista.

Aunque coexistieron con las escuelas de enfermería ya establecidas, tanto las que pervivían desde la titulación de 1915 como las creadas durante la Guerra, la validez legal que tuvieron los títulos de enfermera expedidos por Falange constituyó todo un revulsivo de la profesión entre las mujeres, ya que dentro de la cuasiobligación de militancia en la *sección femenina* la imagen de la enfermera se convertiría en el paradigma social de la nueva mujer española.

En los años cincuenta el colectivo de enfermeras tituladas no sólo tenía un peso numérico importante en España respecto a los practicantes, sino que también había madurado cualitativamente con aparición de revistas y asociaciones profesionales que pugnaban abiertamente con los practicantes reivindicando competencias de éstos. Un aspecto no claro en la historiografía enfermera de este momento es determinar la influencia que tuvo en la profesión los profundos cambios que sucederían en el País tras el aperturismo de

---

1942 con la finalidad inicial de luchar contra la mortalidad infantil a través de acciones que hoy identificaríamos como de Educación para la Salud.

<sup>9</sup> Herrera Rodríguez, Francisco. Op. Cit. (F.E.T., Falange Española Tradicionalista).

1953<sup>10</sup> y la entrada en el Gobierno de la tecnocracia ortodoxa de los hombres del Opus Dei, desplazando a los falangistas del poder, del que sospechamos un gran influjo en el proceso de unificación de las profesiones enfermeras a la par de la redefinición del sistema hospitalario abandonando definitivamente el concepto de Beneficencia pública. Precisamente éste sería el último y definitivo empujón hacia la unificación, el desarrollo de las instituciones sanitarias a partir de la aplicación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, antecedente de la Seguridad Social, que pragmáticamente favoreció la demanda de enfermeras femeninas en un contexto social de inicio del desarrollismo industrial que acaparaba la mano de obra masculina.<sup>11</sup> La paulatina instrumentalización del parto y su vinculación hospitalaria, además de por la comadronería de los practicantes rurales, terminaría por aglutinar en el hospital a los tres auxiliares médicos.

A mediados de los años sesenta ya se habían construido más de medio centenar de Residencias Sanitarias y unos cuatrocientos ambulatorios en España, ambos también en Vitoria, creándose una gran demanda de profesionales de enfermería formados en el nuevo plan de estudios unificado de 1955, lo que llevó parejo al desarrollo hospitalario la creación de escuelas de enfermería que cubrieran las necesidades de personal cualificado.

La situación en Álava no parece que se asemejara mucho a la descrita hasta los años 50, ya que la respuesta sanitaria tanto en recursos humanos como estructurales, dentro de sus limitaciones, parece que estuvieron por encima de la media nacional, por lo que

---

<sup>10</sup> Escenificado en los tratados económicos y militares con EE.UU. (26 de septiembre de 1953) y el concordato con la Santa Sede (27 de agosto de 1953).

<sup>11</sup> Más reducida además que la femenina por el socavón evidente de la Guerra en la vertiente masculina de la pirámide de población. En el caso alavés, en Vitoria durante el quinquenio 1950-1954 se instalarían 102 nuevas industrias, añadiéndose 145 más entre 1955 y 1959, 383 en el quinquenio 1960-1965, y 491 más en los siguientes 5 años (Colinas, Rivera y Sanz. Op. Cit. Pág. 259), acompañándose lógicamente de un incremento poblacional sin parangón en la historia de la ciudad, pasando de 53.571 habitantes en 1950 a 137.990 en 1970 (Ibidem, pág. 233), con un evidente sesgo masculino.

perduró tanto las infraestructuras como la asistencia en manos de congregaciones religiosas femeninas, al menos hasta el aceleramiento industrial de la provincia iniciado en 1950 y, con ello, el demográfico. En ese entorno de profundos cambios socioeconómicos, de manera significada en Vitoria, será cuando a partir de la construcción de la Residencia Sanitaria de Arana (Ortiz de Zárate) en 1957, y más tarde del Ambulatorio de N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> de Estíbaliz en 1965, se inicie el punto de inflexión en el camino hacia la profesionalización de la enfermería alavesa, cuyo culmen será la creación de una escuela de A.T.S. en el hospital de Santiago en 1965.

Como colofón de nuestro estudio, a la vez que como puerta abierta al conocimiento de la historia más reciente de nuestra profesión en Álava, agradecemos la aportación del último punto de esta obra a Pilar Aguirre y Carmen Gistau, así como a las enfermeras que han colaborado con ellas, por ofrecernos una representación directa de su propia experiencia formativa y profesional en relación precisamente al elemento iconográfico por excelencia de la profesionalización de la enfermería en Álava, la escuela del hospital Santiago Apóstol de Vitoria.



### **VIII. 1. Escuela de ATS del Hospital Santiago Apóstol.<sup>12</sup>**

*“En recuerdo a todos los que participaron en esta Escuela, a los que están y los que nos dejaron.”*

M<sup>a</sup> Pilar Aguirre Casillas<sup>13</sup> y Carmen Gistau Torres<sup>14</sup>

En el año 1950 la población de Vitoria era de 52.206 habitantes<sup>15</sup> pasando en el año 1960 a 77.701. La ciudad estaba creciendo rápidamente y a las industrias propias se iban sumando gran cantidad de industria foránea. En la década de los 60 fue la ciudad con mayor índice de crecimiento de población. Otro dato a tener en cuenta es que en esa época la mujer va abriendo nuevos caminos, nuevos horizontes. Va introduciéndose en diversos medios profesionales; no era fácil su acceso a la universidad ni a puestos de trabajo fuera de los habituales. En estos momentos se consideraba la enfermería, una carrera media, muy bien vista para la mujer por el trabajo asistencial que realizaba.

El hospital de Santiago no era ajeno a todos estos cambios de la ciudad y se quiso dar un nuevo impulso a la Institución. El Dr. Gómez, Director Gerente, introdujo nuevos profesionales de la medicina, a la vez que creó otros servicios para mejorar en lo posible los existentes en el hospital. Quería romper moldes rígidos, ejercer la medicina eficazmente y tener contacto con la Universidad. Dentro de esas reformas que iba a llevar a cabo para mejorar la calidad asistencial, crea en 1965 la escuela de ATS dependiente de la Facultad de Medicina de Valladolid, dado que no tenían suficiente personal de enfermería cualificado.

---

<sup>12</sup> Fondo documental, sin clasificar, depositado en la Unidad de Docencia del Hospital de Santiago.

<sup>13</sup> Enfermera jubilada, ex profesora de la Escuela de ATS del Hospital de Santiago.

<sup>14</sup> Enfermera, Adjunta de Docencia del Hospital de Santiago.

<sup>15</sup> La diferencia con la cifra expuesta anteriormente se debe a la consideración de Vitoria con o sin las aldeas de su jurisdicción.

Según consta en carta remitida al señor Decano de esa Facultad de Medicina con fecha 9 de Julio de 1965, la Junta Directiva del Santo Hospital Civil de Santiago pide:

*“Sea creada una escuela de AUXILIARES TECNICOS SANITARIOS FEMENINOS, de absoluta necesidad, pues aspiramos a que de ella salga el personal adecuado no solo para atender los servicios actuales, sino a los que indefectiblemente sean de producir en fecha muy próxima. La importancia demográfica de esta provincia, en auge extraordinario, con un considerable incremento de enfermos que aumenta de día en día; la complicación de los servicios del hospital con su puesta a punto de todos los adelantos modernos hace absoluta y totalmente necesaria la participación de auxiliares técnicos femeninos, para su normal funcionamiento, personal que es muy difícil de encontrar hoy y sobre todo, no vemos solución al problema en el futuro.*

*Además, la creación de la escuela de auxiliares técnicos sanitarios femeninos, prestaría a esta región, un gran servicio social, pues son numerosísimas las muchachas, procedentes de la ciudad y del campo, que después de aprobar el bachillerato elemental, dejan los estudios por falta de medios, y van a colocarse (por no tener mas salida) de dependientas en las diversas empresas comerciales o industriales, pero que, la mayoría de ellas, elegirían seguramente la profesión de enfermeras, si tuviesen normal acceso al cargo, con vistas a su ejercicio, no solo en este hospital sino en los demás centros sanitarios de España, haciendo con ello un evidente beneficio social.*

*Se digne acordar la creación en esta ciudad de Vitoria y jurisdicción de su Hospital Civil de Santiago de una escuela de AUXILIARES TECNICOS SANITARIAS Femeninas, dependiente de la universidad de Valladolid, de la que es usted dignísimo decano”.*

El examen para entrar en la Escuela se celebró el día 21 de Octubre 1965 en el aula del Colegio Provincial de Médicos de Álava. Los temas elegidos fueron:

- Redacción sobre los Reyes Católicos.
- Dictado sobre un párrafo de la literatura española.

- Ejercicio sobre un tema de religión: Los Sacramentos.
- Problema de matemáticas de regla de tres.

El 25 de Octubre 1965 da comienzo el curso. La repercusión y la ilusión con que vive la ciudad este acontecimiento queda patente en el hecho de que en la ceremonia inaugural del curso participa su Alcalde, el Sr. Don Luis Ibarra Landete,<sup>16</sup> corriendo la conferencia inaugural a cargo del Dr. Carreras Pico, Director Médico del hospital.<sup>17</sup>

La escuela empezó a funcionar, con 22 alumnas, en Noviembre del 1965; pero no llegó la aprobación por lo cual hubo que volver a solicitar, en Febrero de 1966, el permiso para la Escuela por parte de la Junta Directiva del hospital y del Alcalde de Vitoria. Se remitió, así mismo, el reglamento de régimen interno para su aprobación por la Universidad de Valladolid. El Director de la Escuela era el Director Gerente del hospital Dr. Gómez, y el Secretario de estudios el Dr. Cuadrado. Con respecto a la enfermera instructora, en sus inicios, se ocuparon de ello las Hijas de la Caridad que trabajaban en el hospital, destacando entre ellas Sor Isabel García, ayudada ésta por Sor Carmen Zorriqueta. No obstante, en Febrero del 1966, el Director de la escuela pide a la Madre Provincial que envíe una Hermana con titulación enfermera y con dedicación exclusiva a la Escuela. La primera destinada a esta labor fue Sor Esther Lezaun.

### **Reglamento administrativo pedagógico de la Escuela del Hospital Civil de Santiago de la ciudad de Vitoria.**

La escuela de ATS femeninos del Hospital Civil de Vitoria, en dependencias del hospital y a través del Excmo. ayuntamiento, su patronato, y de la Excma. Diputación Foral y Provincial de Álava, se encuentra regida por una junta Rectora de estudios, de la que dependen los asuntos pedagógicos exclusivamente, y por otra, una Junta Rectora de Gobierno, que atiende los de índole administrativa. Sus presupuestos económicos serán asistidos a través de la Junta

---

<sup>16</sup> Véase anexo I al finalizar el artículo.

<sup>17</sup> Idem anexo II.

Rectora de Gobierno, por el Excmo. ayuntamiento, con la colaboración de la Excma. Diputación Foral y Provincial de Álava

**-Artículo 1.-** Constitución y fines-

Intentar formar en la juventud una nueva preocupación en lo tocante a sanitario, tanto por vocación, como deber público y dedicación profesional; abriendo de esta manera nuevos horizontes a la juventud femenina de la provincia, que por carácter de Instituciones de enseñanza superior, encuentran de este modo una nueva salida para su futuro, y al mismo tiempo los complejos sanitarios de la Nación cuentan con una nueva fuente de profesionales.

La escuela de ATS femeninos del Hospital Civil de Vitoria, dependerá de la facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, siendo su organización y su plan de estudios los señalados por la orden del 4 de julio del 1.955.

**-Artículo 2.-** Gobierno y dirección-

El gobierno y la dirección de esta escuela es competencia de la Junta Rectora de Gobierno que depende de la Junta Directiva del hospital, compuesta por los siguientes miembros:

PRESIDENTE: Director Médico del Hospital Civil de Santiago.

VICEPRESIDENTE: Director de la Escuela de ATS del hospital.

SECRETARIO: El de la Junta Directiva del hospital.

ADMINISTRADOR: El del Hospital.

VOCAL: Un representante de la Junta Directiva del hospital.

VOCAL: Reverenda Madre Superiora de la comunidad de Hijas de la Caridad del hospital.

Existe asimismo otra Junta de Estudios de la escuela formada por el Director y el cuadro de profesores

**- Artículo 3.-** Vigilancia e inspección universitaria-

La vigilancia e inspección será competencia del rectorado de la universidad de Valladolid, que lo realizara a través del Decanato de la Facultad de Medicina y esta a través del Catedrático Inspector de la

misma que será considerado como presidente de la junta Rectora de la Escuela

**-Artículo 4.- Personal de la escuela-**

El personal estará formado por el Director. Profesores. Jefes clínicos y Médicos ayudantes. Serán nombrados los profesores por el Decano de la facultad de medicina de Valladolid a excepción del Director que lo nombrará la Junta Directiva del hospital y reconocido por el Decanato. El de religión que será nombrado Director con la aprobación del Obispado. La educación física y la formación política será nombrado por la sección femenina de las JONS. La supervisión de estudios y disciplina de la escuela estará a cargo de dos religiosas, con título de enfermeras, de la comunidad del hospital.

**-Artículo 5.- Plan de estudios-**

El plan de estudios es de 3 años:

**Primer año.-**

Enseñanzas teóricas:

Elementos de anatomía y fisiología.

Técnicas de cuidados de enfermos.

Bacteriología e higiene.

Elementos de física y química.

Religión.

Enseñanzas del hogar.

Educación física.

Formación política.

Enseñanzas prácticas: sala de demostración, salas de enfermos, prácticas de cirugía, puericultura, pediatría, quirófano, y ficheros

**Segundo año.-**

Enseñanzas Teóricas:

Patología médica y quirúrgica.

Técnica de cuidados de enfermos.

Dietética.

Farmacología.

Química aplicada.

Elementos de psicología.

Historia de la profesión.

Moral profesional.

Religión.

Formación política, enseñanzas del hogar, educación física.

Enseñanzas prácticas: salas de enfermos, laboratorio y quirófano.

**Tercer año.-**

Enseñanzas teóricas:

Órganos de los sentidos.

Enfermedades infecciosas.

Física.

Maternología.

Puericultura y pediatría.

Elementos de psicología.

Psiquiatría e higiene mental.

Medicina preventiva.

Sociología.

Moral profesional.

Religión.

Formación política, enseñanza del hogar, educación física.

Enseñanzas prácticas: quirófano, psiquiatría, oftalmología, otorrinolaringología, puericultura, sala de infecciosos, visitas domiciliarias, salas de escayola, estadística.

Además de los turnos de prácticas se establecen guardias nocturnas o velas y también turnos de guardias los domingos y días festivos.

**-Artículo sexto.- Régimen económico-**

Desde el punto de vista económico, el Hospital Civil de Santiago, de la ciudad de Vitoria, se hace responsable de la administración y buena marcha de la Escuela, con las subvenciones y apoyos de las Excmas. Corporaciones Municipal y Provincial,

contando además con los ingresos correspondientes en concepto de Tasas académicas que se detallan como sigue:

Las alumnas para compensar los gastos de enseñanzas e internado, abonaran las siguientes cantidades:

Primer curso académico: 3.000 pts. al trimestre.

Segundo curso: 2.000 pts. al trimestre.

Tercer curso: 1.000 pts. al trimestre.

Se podrán solicitar matriculas gratuitas y becas.

**-Artículo séptimo.-** Régimen interior. Disciplina-

Se atiene a lo dispuesto en el Decreto de 8 de Septiembre de 1.954.

Todos los años y en el mes de Septiembre, se realizará el examen de ingreso en la Escuela, para lo que se publicará con 30 días de antelación la correspondiente convocatoria, en la que se exigen los requisitos que previene la Ley vigente, pasando las que han superado las pruebas de aptitud a formar parte del alumnado de la escuela y siendo el numero de alumnas para cada curso académico entre 20 y 25.

Con respecto a este último artículo las alumnas nada más empezar el curso solicitaron:

*“Que la cuota asignada para este primer trimestre, nos sea condonada, haciéndose cargo del coste de nuestra pensión de internado la Excma. Diputación a cargo del coste de estancias, para poder aplicar su importe a la realización de nuestros uniformes”.*

Contamos, afortunadamente, con el testimonio oral de varias de las enfermeras que estudiaron en esta Escuela y cuyos recuerdos recuperados nos servirán de hilo conductor. Con M<sup>a</sup> Victoria Azcarazo,<sup>18</sup> alumna de la primera promoción (1965/68), hacemos un repaso sobre cómo era la formación en diversas etapas:

---

<sup>18</sup> Actualmente enfermera del Hospital Santiago

*“Al principio las clases nos las daban en Sanidad porque no estaba preparada la zona del Pabellón de infecciosos que iban a destinar para la Escuela.*

*El primer año de la escuela era internado, si eras de Vitoria en segundo y tercero podías ir a dormir a casa. El Dr. Gómez estuvo 1 año de Director de la escuela, recuerdo de él que era un hombre muy activo, era anestesista; su forma de ser, inquieta, le confería la capacidad de hacer varias cosas a la vez. El primer año todas las alumnas tuvimos que ir a Valladolid para realizar los exámenes finales; a partir del segundo año se trasladaba un tribunal para realizar los exámenes finales en la propia escuela. Uno de los que venia era el Dr. Landinez que creaba un gran desasosiego entre las alumnas pues era bastante duro. En el 66, como la escuela cada vez requiere más dedicación, se nombró Director al Dr. Aurelio Vallejo. Un hombre muy recto pero con una gran dedicación a la Escuela. Eran unos años en los que todo el personal del Hospital se involucraba mucho en nuestra formación pero sobretodo los médicos. Las prácticas se hacían en las salas generales, donde estaban los pacientes de beneficencia, no había enfermera, solo una monja encargada. Eran salas abiertas con camas seguidas unas tras otras y el baño estaba al final del pasillo con lo que hacías constates viajes a él con la bacinilla llena de excretas, pero entonces lo veíamos normal. La higiene no era como la de la población actual ni teníamos los mismos medios, escaseaban las sabanas, etc..., con lo cual cuando hacías las camas siempre saltaba alguna pulga. Por otra parte existía la parte distinguida donde estaban los de pago, en las clínicas, y allí sí que trabajaban algunas enfermeras pero las alumnas pasábamos poco tiempo. Yo lo recuerdo como una época muy feliz con muy buen ambiente.”*

Como cuenta esta alumna, en el curso 66/67 se hizo cargo de la Escuela el Dr. Aurelio Vallejo y más tarde como jefe de estudios el Dr. José M<sup>a</sup> Mongelos.

Antes de entrar a la escuela se realizaba un cursillo de entre 30 o 40 días con el fin de que la futura alumna conociera el medio y de este modo saber si eras apta para la profesión.



En el primer curso las alumnas hacían la vida en el hospital. Prácticas por la mañana de 8 a 14, clases por la tarde y guardia de 20 a 22 un día a la semana. En segundo curso clases por la mañana y prácticas por la tarde, de 14 a 20 o de 16 a 22. En tercero prácticas por la mañana, de 8 a 14, y clases a la tarde. Las clases eran de tres días a la semana. También se realizaban prácticas rotatorias en fin de semana así como velas nocturnas.

Las salas generales del hospital albergaban de 20 a 30 pacientes y eran denominadas con nombres de Vírgenes o Santos: La Milagrosa, Virgen del Cabello, Virgen Blanca, San Lázaro, etc.

M<sup>a</sup> Isabel García de Albéniz,<sup>19</sup> alumna de la 4<sup>a</sup> promoción (1968/71):

*“Cuando yo empecé, la escuela ya estaba situada en la planta baja del edificio central y las habitaciones de las alumnas eran de unas 12 personas, en literas. En los ratos que nos quedaba libre entre las prácticas y las clases nos dejaban salir a la ciudad a tomar un café al “Felipe” pero siempre teníamos que ir vestidas de uniforme de estudiante; con bata gris, delantal blanco, medias blancas, zapatos y en invierno una capa azul oscura. Teníamos una sala de televisión pero a las 23 nos la apagaba la Sor y teníamos que estar en la cama, menos las alumnas que hacían vela esa noche. En las salas hacíamos de todo, igual atendíamos al enfermo que hacíamos gasas para poner en bombonas. Me impresionó mucho el olor de las salas, pero que cuando llevabas un tiempo te acostumbrabas. Por las tardes mientras que se hacían las tareas la Sor se ponía en medio de la sala y rezaba el rosario al que contestábamos las alumnas y los pacientes. Otra cosa que era muy llamativa eran los sueros subcutáneos, con un calibre importante de aguja de hierro que ponían la pierna edematosa y brillante. Antes de acabar la vela teníamos que colocar una mantilla blanca a todas las enfermas que querían comulgar cuando pasara el capellán. Las inyecciones intravenosas las ponían los practicantes igual que las sondas vesicales de los hombres. La verdad es que me dio pena acabar los estudios.”*

---

<sup>19</sup> Actualmente enfermera en el Hospital Santiago.

Es verdad que se pasaban los tres años en el hospital, incluso en los tiempos de vacaciones, ya que la mitad del periodo vacacional era dedicado a hacer prácticas. El Director de la escuela D. Aurelio Vallejo, un hombre totalmente entregado a la Escuela y a las alumnas, con un trato muy “paternalista”: invitaba a comer en su casa, el día de su cumpleaños, a las delegadas de cada curso; pero a la vez era muy estricto con los modales, actuaciones de las alumnas y exigía un uniforme impecable.

En el año 1970 se incorpora al hospital, como Médico Director, el Dr. Joaquín Múgica y lo hace aportando todo su equipo del hospital de Leza. Quiere hacer un hospital integral y moderno, en el que todos los servicios estén dentro del propio hospital, con el fin de no tener que recurrir a otros centros para recibir asistencia sanitaria. Suprime la diferencia de trato entre los pacientes privados y de beneficencia. Elabora el proyecto de la ampliación del propio hospital, donde los enfermos dispondrán de habitaciones de dos camas con lo que la medida ayudará a aumentar el confort y la intimidad.

M<sup>a</sup> Pilar García Merino,<sup>20</sup> alumna de la 7<sup>a</sup> promoción (1971/74):

*“Cuando empecé me sentí afortunada de poder entrar en la Escuela, ya que era bastante difícil entrar; y me daba cuenta que estaba estudiando la carrera que me gustaba, que todo el tiempo estuve feliz; aún en los malos momentos, que también los hubo, estaba contenta. Pasábamos mucho tiempo con los pacientes, podíamos hablar con ellos; el tiempo tenía otra dimensión, no importaba que fuera la hora de salir, solíamos quedarnos más tiempo, todo el mundo estaba disponible para lo que hiciera falta; les lavábamos la cabeza ya que algunos paciente hacía años que no lo hacían, cortábamos las uñas, dedicábamos tiempo a la higiene del paciente. A la hora de las comidas se sacaban las perolas con comida normal o alguna más blanda y se servía en los platos a cada paciente. Teníamos muy buen ambiente entre las compañeras y con el resto de personal de Hospital éramos como una familia. Mientras estábamos en tercero se terminó el edificio “A” del Hospital. El final de los estudios consistía en un*

---

<sup>20</sup> Enfermera en el Hospital Santiago.

*viaje de fin de carrera para el cual empezábamos a organizar actividades desde primero para recaudar dinero, buscábamos un padrino con alto poder económico que siempre hacía una aportación importante. Íbamos acompañadas por un profesor de la Escuela y su señora, nosotras fuimos a Londres y Holanda; para la mayoría de nosotras era el primer viaje fuera de España.”*

Era difícil entrar en la escuela además de realizar el cursillo de un mes tenías que hacer un examen de conocimientos generales, pasar una entrevista con el Director de la Escuela y presentar dos cartas de recomendación donde se reflejaban los valores de la aspirante para ser enfermera.

En el año 1975 se empiezan a realizar en la Escuela las especialidades de enfermería, la primera que se desarrolló fue análisis clínico, con 6 promociones de enfermeras especialistas. A partir del año 1977 se crearon las especialidades de nefrología, con 3 promociones, y Psiquiatría con otras 8 promociones, terminando estas especialidades en este hospital en el año 1988.

Maite Almarza,<sup>21</sup> alumna de la 11ª promoción (1975/78):

*“Recuerdo esa época como muy entrañable. Nos trataban muy bien. Las alumnas de tercero enseñaban a las de primero y las de segundo colaboraban en la enseñanza, Las úlceras de presión se curaban poniendo oxígeno directamente de la bombona, dejándola secar al aire y con mucha violeta de genciana que la usábamos para muchas otras cosas. En el último curso conocimos las agujas y las jeringas desechables hasta ese momento las jeringas eran de cristal las limpiábamos, secábamos, afilábamos la punta de la aguja y las desinfectábamos. El ambiente era de mucha camaradería y complicidad, éramos jóvenes y siempre teníamos ganas de reír, compartir y celebrar cualquier acontecimiento con cantos y guitarras.*

*Desayunábamos, comíamos, merendábamos y cenábamos en el Hospital. La comida era buena y abundante, lo que hacía que en primero siempre cogías algún kilo demás.*

---

<sup>21</sup> Actualmente enfermera en el Hospital Santiago.

*Lo peor, los terribles exámenes de Valladolid que pasaron a ser mas suaves con la universidad de Bilbao.”*

En Octubre del 1977 se pasó a depender de la universidad Autónoma de Bilbao. Unos meses antes, el 23 de Agosto 77, se publica un decreto elevando a categoría de universitaria la carrera de enfermería. La Dirección de la Escuela desde ese momento inicia los trámites para que se reconvierta la escuela de ATS en Escuela Universitaria de Enfermería. Reproducimos una carta del Director del hospital que se acompaña a la petición de hacer de la escuela de ATS una Escuela Universitaria.

Carta del Director Medico del Hospital General “Santiago Apóstol” de Vitoria sobre la situación de la escuela de ATS (Dr. D. Joaquín Múgica):

*“La Escuela de ATS está totalmente integrada en el Hospital General “Santiago Apóstol” que en la actualidad es un verdadero Hospital General, catalogado por la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria en la categoría más alta dentro de los Hospitales (A). Depende de las Corporaciones Provincial y Municipal de Vitoria, a través de un Ente con personalidad jurídica y económica, FASVA (Fundación Asistencial y Sanitaria de Vitoria y Álava) que garantiza su funcionamiento en los aspectos económico y de personalidad jurídica.*

*Todas las dependencias de la Escuela están actualmente y asimismo las previstas con las mejoras y renovaciones programadas, en el propio Hospital General y las alumnas ATS reciben en sus aulas las lecciones teóricas y realizan sus prácticas dentro de las horas reglamentarias, en los Servicios Médicos del propio Hospital, donde se les considera formando parte de la gran familia hospitalaria y rotan por estos Servicios (Medicina Interna, Médico-Quirúrgico de Tórax, Cirugía General y de Aparato Digestivo, Traumatología y Cirugía Maxilo-Facial, Neurología y Neurocirugía, Toco ginecología, Pediatría, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Vascular Periférico, Nefrología con Unidades de Diálisis, Unidad de Vigilancia Intensiva Coronaria y Torácica en general, Unidades de Vigilancia*

*Intensiva Quirúrgicas y de Medicina Interna, Unidades de Aislamiento para enfermedades infecciosas, Radiología, Laboratorio de Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Bloque Quirúrgico, Servicio de Urgencia, Medicina Nuclear, Rehabilitación respiratoria, post-infartos de miocardio, Fisioterapia y Electro miografía).*

*Su formación en los aspectos teóricos y prácticos es muy completa y durante los años que ha estado adscrita a la Facultad de Medicina de Valladolid ha mantenido y acrecentado su prestigio, lo que esperamos siga sucediendo en nuestra dependencia actual de la Facultad de Bilbao.*

*El Director, Secretario y el Profesorado en su mayor parte, pertenecen también a las plantillas médicas del Hospital y la forma en que se realiza la docencia de las ATS reviste, además del aspecto técnico, un elevado grado de compenetración, calor y amistad con todos los estamentos del Hospital que la consideran, repito, como cosa propia formando parte una representación de la Junta de Gobierno del Hospital, el Director y La Enfermera-Jefe del mismo, de los Organismos Rectores de la Escuela”.*

En el curso 76/77 cambia la dirección de la Escuela por jubilación de D. Aurelio Vallejo y se hace cargo de ella el Dr. D. Luis Fernández de Corres y como Jefe de estudios el Dr. D. Alfredo Aberásturi.

Ana Díaz de Sarralde,<sup>22</sup> alumna de la 13<sup>a</sup> y última promoción (1977/80):

*“Mi vivencia es muy buena, me sentía parte integrada e implicada del Hospital y había mucho respeto. Quizás en primero se exigía a las alumnas que realizaran cuidados que aún no tenían conocimientos ni formación para hacerlos. Alguna responsable de unidad te quería inculcar el servilismo pero ya entonces veíamos que existía un campo de enfermería que teníamos que desarrollar. El trato al enfermo, con un cuidado exquisito, era algo que se trasmitía de promoción en promoción, que te dejaba un sello especial que yo creo*

---

<sup>22</sup> Actualmente enfermera en el Hospital Santiago.

*seguimos teniendo tanto a la hora de atender al paciente como al familiar. Muchas cosas las aprendíamos por imitación sin hacer la reflexión de si era lo mejor, no lo cuestionabas simplemente lo hacías. Para mí el Hospital era como mi segunda familia.”*

Como queda dicho, esta fue la última promoción de enfermeras en la Escuela del hospital, aunque se puso gran empeño en que se concediera la aprobación para seguir como Escuela Universitaria; de ello da fe la carta escrita por el Director de la Escuela al Colegio de Enfermería de Álava, de la que ofrecemos un extracto:

*“El 23 de Agosto de 1977 el BOE publica un Decreto elevando a rango Universitario la enseñanza de la Enfermería. Ante la premura de tiempo, y acogiéndose a la normativa del mismo Decreto, la Escuela aplaza la integración Universitaria para el curso siguiente 78/79. A lo largo del año se elabora la documentación en solicitud de transformación en Escuela Universitaria, documentación presentada ante el Rectorado de la Universidad de Bilbao el pasado 14 de Junio, y con fecha 22 de Septiembre pasado se envía al mismo Rectorado de la Universidad de Bilbao, escrito acreditando cumplirse las normas complementarias que en orden a transformarse en Escuela Universitaria de Enfermería acuerda una Comisión designada al efecto por el Consejo de Rectores y reunida en Madrid el 5 de Julio pasado.*

*Estando a la espera de que se resuelva la solicitud antes citada, la Dirección de este Hospital recibe escrito del Director del Colegio Universitario de Álava solicitando que el Hospital preste colaboración en las enseñanzas prácticas de una Escuela Universitaria de Enfermería que al parecer funcionaría en dicho Colegio.*

*La Escuela de ATS del Hospital General “Santiago Apóstol” de Vitoria, está esperando la resolución del Rectorado de la Universidad de Bilbao a la solicitud presentada, antes mencionada, y considera de entera justicia el que esta resolución sea positiva, pues parece que no sería razonable el que la Escuela de ATS más antigua en nuestra Provincia y cuya eficacia ha sido reiteradamente reconocida se le*

*negase el derecho a pasar a la situación de Universitaria, derecho otorgado a numerosos Centros hospitalarios..*

*Director de la Escuela de ATS. del Hospital “Santiago Apóstol” de Vitoria (Dr. Luís Fernández de Corres). Vitoria a 3 Noviembre 1978.”*

Pese a los muchos esfuerzos, como queda visto, no fue posible. Se abrió la Escuela de Enfermería del Colegio Universitario de Álava con la que el hospital de Santiago Apóstol siguió colaborando ofertando prácticas al alumnado del CUA hasta que también desapareció.

Como homenaje y colofón a este rápido paseo por los recuerdos de tan entrañable institución, queremos dejar constancia de datos que consideramos importantes;

El nº de alumnas de las diferentes promociones fue el siguiente:

- 1ª Promoción: 26 alumnas.
- 2ª Promoción: 31 alumnas.
- 3ª Promoción: 36 alumnas.
- 4ª Promoción: 45 alumnas.
- 5ª Promoción: 47 alumnas.
- 6ª Promoción: 45 alumnas.
- 7ª Promoción: 55 alumnas.
- 8ª Promoción: 51 alumnas.
- 9ª Promoción: 58 alumnas.
- 10ª Promoción: 63 alumnas.
- 11ª Promoción: 60 alumnas.
- 12ª Promoción: 58 alumnas.
- 13ª Promoción: 59 alumnas.

Conscientes de lo limitado del espacio que nos dejan estas páginas, vamos a enumerar los profesores que formaron el cuadro docente de la Escuela, porque sería muy extenso, aunque interesante, hablar de cada uno de ellos. Todos lo hicieron con dedicación y entrega, como algo asumido a su trabajo cotidiano, sin escatimar

esfuerzos para sacar adelante esta Escuela y los valores que representaba.

Dr. Cuadrado, Dr. Gómez, Dr. José Carreras, Dr. Calzada, Dr. José Ignacio Gómez de Carrero, Dr. Andrés Fernández de Corres, Dr. Martínez de Maturana, Dr. Vallejo, Dr. Nanclares, Dr. García Urra, Dr. Alberto Viana, Dr. Anitua, Dr. Aguirrezabal. Dr. Marcelo Lorente, Dr. Urquiola, Dr. Mongelos, Dr. Mingo, Dr. Prieto, Dr. Hidalgo, Dr. Artamendi, Dr. Echezarra, Dr. Gutiérrez, Dr. Casanova, Dr. Francisco Carreras, Dr. Rojo, Dr. Checa, Dr. Luís Fernández de Corres, Dr. Apraiz, Dr. De Pablo, Dr. Echavarri, Dr. Arzamendi, Dr. Aranzábal, Dr. Castroviejo, Dr. Bautista, Dr. José Ignacio Lorente, Dr. García Pastor, Dr. González de Zarate, Dr. Ezquerria, Dr. Aberasturi, Dr. Carlos Gómez de Carrero, Dra. Saracibar, Dra. Labora, Dña. Albertina Sobrón, Dña. Carmen Ruíz de Arcaute, Sr. Lázaro, Sr. D. Justo Sáez del Castillo, Sr. D. Luís Barandiaran.

Las instructoras de la Escuela, junto con las Hijas de la Caridad y las enfermeras que se iban incorporando a la plantilla del hospital, hicieron, a través de las prácticas asistenciales, la labor de educar, enseñar y transmitir conocimientos y también la parte intangible de la Enfermería. Las instructoras nos dieron a conocer desde el principio la filosofía de la escuela de enfermería de Florencia Nightingale. Durante todos estos años fueron:

Sor Isabel García, Sor Esther Lezaun, Sor Begoña Garmendia, Sor Rosalina Tejera, Sor M<sup>a</sup> Ángeles Arregui, Sor Pilar Aguirre, Sor Pilar Hurtado de Saracho, Blanca Gatón.

Secretaria de la escuela: Pilar Salazar.

Lo aquí presentado es un resumen de los 25 años de existencia de esta Escuela. Mucho se podría profundizar, puesto que la vida y las vivencias de las personas que la conformaron no están todas recogidas. Tómese pues, como lo que es: un pequeño peldaño de una escalera que otros pueden terminar de construir.



## Anexo I

Apertura del curso académico 1965/66 por el Excmo. Alcalde D. Luis Ibarra Landete.

Señores:

Como representante oficial del Excmo. ayuntamiento de Vitoria, Patrono directo del Santo Hospital Civil de Santiago de esta Ciudad y como representante de la Junta Directiva del mismo, me cabe el honor de iniciar el Curso de apertura de la nueva Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos de la Provincia de Álava y de la Ciudad de Vitoria.

Esta realidad que hoy vivimos, venía siendo hace ya tiempo objeto de estudio para quienes velamos por los intereses de nuestro hospital y deseamos al mismo tiempo mejorar las condiciones sanitarias y sociales de nuestra provincia de Álava y de su capital la ciudad de Vitoria.

La Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos del Apóstol Santiago, de la Ciudad de Vitoria viene a realizar y completar para la Sociedad de la Provincia una triple función clínica, docente y social. Una función clínica porque la asistencia hospitalaria moderna exige el concurso constante del Ayudante Técnico Sanitario en todas las tareas y labores del hospital, tanto en lo que refiere al constante cuidado del enfermo como a los trabajos encaminados a su diagnóstico y tratamiento. Es por ello que se hace preciso en todo Centro hospitalario un número elevado de estos profesionales es de la Medicina y que podemos evaluar en uno por cada cinco camas de capacidad que tenga el hospital. Tiene también la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios una función docente y Universitaria lo que supone la permanencia constante de la Universidad Española en nuestra Provincia y en nuestra Ciudad.

Por lo que se refiere a la función social hemos de verla bajo dos vertientes: una en lo que se refiere a la propia asistencia de los enfermos, y otra más importante todavía, a las posibilidades que se

ofrece con la Escuela a esta juventud femenina, estudiosa, de la Capital y del campo y dotada de las cualidades físicas y morales que caracterizan a la mujer española, alavesa y vitoriana.

Álava y Vitoria en pleno desarrollo económico y social, y también cultural, no podían olvidar sus actividades en esta rama de asistencia hospitalaria y creemos que con la puesta en marcha de esta Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios marcamos el primer paso dentro de un camino que nos llevará a colocarnos a la altura de las mejores provincias españolas.

La creación y puesta en marcha de esta Escuela ha sido posible gracias al entusiasmo del Cuerpo facultativo de nuestro Santo Hospital, que se ha brindado desinteresadamente a llevar a cabo la labor docente. Queremos hacer público nuestro agradecimiento a quienes hoy ocupan importantes Puestos en la gestión rectora del Gobierno y de la Universidad que las facilidades que nos han dado para lograr un espacio muy corto de tiempo la autorización del funcionamiento de esta Escuela.

Así pues, la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos del Apóstol Santiago, pertenece a toda la sociedad de Vitoria y a la Provincia de Álava, y el que se encuentre dentro del Hospital Civil de nuestra Ciudad se debe más a razones de tipo asistencial clínico y docente, que a otras de tipo personal.

Esta Escuela inicia en el día de hoy sus actividades llena de entusiasmo y precisa para el desarrollo y desenvolvimiento de su labor del apoyo moral y económico de toda la Sociedad.

Confiamos plenamente en la generosidad de nuestras Corporaciones y Entidades y Sociedad oficiales y privadas, para que el buen nombre de la Capital y de la Provincia brille en la Universidad española y en los Centros hospitalarios de la Nación.

Como brillante iniciación de los estudios de esta Escuela, el Doctor Don José Carreras Picó, Médico Director de nuestro Santo Hospital Civil de Santiago y fiel representante de su cuerpo

facultativo, ha aceptado el ofrecimiento de pronunciar la lección inaugural.

La personalidad moral y científica del Doctor Don José Carreras, es de sobra conocida por todos en nuestra Provincia. Cedo gustoso la palabra a nuestro brillante clínico y maestro de la medicina, en la seguridad de que sus palabras han de servir de consejo eficaz a estas alumnas que componen la primera promoción de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Escuela del Apóstol Santiago, del Hospital Civil de Vitoria.

## Anexo II

Conferencia de apertura del curso 1965/1966 en la Escuela de A.T.S. del Hospital General de Vitoria, por el Dr. D. José Carreras Pico.

### “VOCACIÓN Y PRÁCTICA HOSPITALARIA”

Va a dar comienzo la Escuela de formación de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos, en esta Capital, en su primer curso. Y, en primer lugar, nos es muy grato expresar nuestro reconocimiento a las dignas Autoridades que honran este acto inaugural con su presencia. Y, asimismo, es obligado expresar nuestra gratitud a cuantos han apoyado generosamente la creación de esta Escuela, que va a vigorizar decisivamente la vida de nuestro Hospital: Corporaciones Municipal y Provincial, Junta Directiva del establecimiento, Universidad de Valladolid, de quien depende directamente la Escuela, su Director, Dr. D. Fernando Gómez y profesores médicos del Hospital que se han brindado, también muy generosamente, a llevar a cabo la enseñanza.

Vds. alumnas, también han acogido la idea favorablemente, lo cual es también muy de agradecer. Y ya, dispuestas las cosas de este modo me permito, en esta ocasión, hacerles algunas observaciones que la práctica -ya muy dilatada- de vida hospitalaria y de enseñanza, me ha ido sugiriendo, y algunos consejos que quizá puedan serles útiles.

Vds. van a dedicar su tiempo y su trabajo a *aprender materia médica* y a *atender a personas enfermas*. Son dos polos, dos directrices muy interesantes que honran, sin duda, a la persona que las acepta en su vida y las constituye en eje de la misma.

Han decidido Vds., en primer lugar, aprender materia médica. Esta decisión, este género de decisiones, debe ser el fruto de un sentimiento que se llama *vocación*, como *vocación* se necesita en otros tantos sectores y aspectos, tan interesantes, también de la vida.

La *vocación* es un sentimiento muy noble, muy noble porque es

puro, limpio y desprovisto de intenciones materiales y utilitarias. Se puede elegir un rumbo en la vida persiguiendo y guiado por ambiciones meramente materiales, de ganancia. Esto es legítimo, claro está, pero no puede equipararse con la auténtica vocación. La vocación es un sentimiento íntimo que nos advierte, aunque no nos lo proponamos, qué clase de ideal anhela y persigue nuestro espíritu y al cual, y precisamente por su nítida pureza, nos entregamos sin reservas porque, a su través, es como estimamos posible el alcanzar una cosa tan esencial como nuestra propia felicidad. Esta felicidad solo se logra estando auténticamente en paz con nuestro propio espíritu y, por tanto, dedicándonos a algo, aquello que presentimos acorde con aquella inquietud espiritual. Tengo la impresión de que, en nuestras juventudes actuales, estas autenticidades y anhelos son bastante frecuentes.

Mas la vocación, a veces, no es concreta, es decir, no se refiere a una misión o profesión determinada, sino que aflora a nuestra conciencia un poco vagamente hacia una determinada y no otra índole de actividades o de conocimientos, como en este caso, el interesarse por los problemas de los enfermos. No importa. Yo les digo, que si muchas de Vds. abrigan tal sentimiento y advierten que su vocación posee, ofrece todavía aquel carácter elemental aludido, no importa, repito. Es suficiente. Tendrán Vds. la satisfacción de sentir crecer y medrar la vocación en toda su plenitud, a compás de las enseñanzas y del contacto con los enfermos. Es más, creo que la vocación se hace muchas veces ulteriormente, después, siendo suficiente un sentimiento inicial puro. ¡Cuántos ejemplos hay de hombres insignes que se entregaron con éxito a una tarea en la que no habían ni soñado jamás! Porque todo es interesante en la vida y merece nuestra entrega, siempre que el prisma de la pureza no sea enturbiado ni falsificado por sentimientos falsos o impuros. Por ello les digo que una pequeña dosis de vocación acaso sea suficiente. No duden Vds. de que, por minúscula que sea, se robustecerá al sembrarla en tan excelentes, tan óptimos terrenos de abono como lo son el estudio y la clínica.

El segundo polo referido es el atender enfermos. Se comprometen Vds. a atender enfermos. Esto requiere una dosis

bastante regular de sacrificio, porque es interesarse por los problemas de nuestros semejantes; por el más acuciante y más urgente; el de su salud. Esto requiere una dedicación plena, casi sin margen apenas para otras actividades. El enfermo es un ser que necesita totalmente de nosotros. Su vida depende no pocas veces de lo que hagamos con él. El que sea útil o quede inválido depende, en una buena parte, de nosotros. El porvenir de su familia también. El profesional, médico y colaboradores, deben ineludiblemente hacer todo, absolutamente todo cuanto esté en su mano, para lograr su recuperación. Y, claro es, el destino final de cada uno no está ya en nuestras manos, está muy por encima de nosotros, pero nada nos eximirá de la obligación, del deber de agotar todos nuestros cuidados y todas nuestras posibilidades, lo cual es otra forma, constituye otra vía conducente a estar en paz consigo mismo.

Encontrarán Vds. enfermos médicos y enfermos quirúrgicos. Enfermos graves y enfermos leves. Unos se curan fácilmente. En otros fracasamos porque nuestros conocimientos son limitados y hay mucho de desconocido. Esto no justifica jamás el abandono. Nos obliga, muy al contrario, a observarlos meticulosamente y a crear, entre todos, nuevos horizontes de curación o de alivio. Encontrarán pacientes de bueno y de mal carácter, obedientes e indisciplinados. Nada, nada de esto ha de constituir un motivo de relajación en sus cuidados. Una conversación inteligente con el enfermo, el infundirle alegría y optimismo (no hay nada menos grato que un médico o enfermera tristes) el extremar los cuidados menudos, etc., verán Vds. cómo logran éxitos sorprendentes, dulcificando tantas veces caracteres difíciles. El profesor Marañón, entre tantas observaciones útiles que nos legó en su fecunda vida, decía en una ocasión, que dudaba si la verdadera eficacia en la curación de muchos de sus pacientes estaba en las medicinas que él recetaba o en esa sensación de sosiego y de benéfica paz que él apreciaba impalpablemente en los mil detalles suaves (repartir bien el relleno del colchón, el arropamiento cariñoso con la ropa de la cama, los pasitos silenciosos que anuncian la taza de caldo reconfortante), que la madre o la esposa o la enfermera inteligente propinaban a la cabecera del enfermo en esos cuidados menudos de cada día. Esta es toda una lección. Dense cuenta de la

amplitud, humana y bella, de la misión que les aguarda.

Y ahora, dos observaciones más.

La primera es que todos, médicos y ayudantes, trabajamos bajo un fin común. Y que las tareas correspondientes son, todas, necesarias. Trascendental es, naturalmente, la labor del médico, que asume la responsabilidad de averiguar qué clase de padecimiento sufre un enfermo, qué consecuencias puede tener en su porvenir y el disponer y manejar los medios de curarle. Más la tarea del ayudante no le va en zaga si ha de encargarse de aplicar con sus manos aquellos remedios, vigilar su administración o preparar el instrumental operatorio, mantener al paciente en perfectas condiciones físicas, infundirle esperanzas o ayudarle en sus resignaciones. Todo esto quiere decir que, el que exista una lógica jerarquía, el que unos ordenen y otros apliquen lo ordenado, no supone que, expresándonos en términos corrientes, lo del médico se sobrevalore y lo del ayudante se estime de inferior clase. No. Son actividades que se complementan y, por tanto, igualmente útiles. Son distintas nada más y necesarias las dos. Queremos decir que no hay lugar, ni debe haberlo, a sentimientos de inferioridad. La superioridad real, la verdadera categoría hay que conquistarla; habrá de alcanzarse, en una y otra faceta, depurando las propias técnicas y superándose en perpetuo anhelo de perfección. Todos somos útiles y quizá, en algún momento, *necesarios, pero nadie es realmente insustituible.*

La segunda encierra un consejo inquisitivo. La persona que se dispone a aprender como Vds. en este caso, ha de preguntar mucho, preguntar siempre. Todavía se advierte un defecto en los que aprenden y que conviene extirpar. Y es el reparo a hacer preguntas, a preguntar el cómo y el por qué de las cosas que se observan. Esta forma de "parálisis" se debe algunas veces a innata timidez, lo cual es menos censurable. Pero la mayor parte de las veces no se trata de esto; es miedo a denunciar nuestra ignorancia, a descubrir ante los demás nuestras lagunas; en suma, a proteger nuestro orgullo, nuestro sistema de orgullo personal, labrado a veces sobre cimientos poco firmes que necesitan reparación porque disimulan fallos importantes en nuestro caudal de cultura. No se deben albergar estas rémoras, que entorpecen

y obstruyen el curso de nuestra cultura. Nadie viene al mundo sabiendo y el acceso al saber se basa lógicamente en preguntar, indagar, inquirir, sin miedo a juicios ajenos. No es desdoro, sino virtud el querer reparar lagunas. Lo que no se sabe o no se conoce, se pregunta. Sobre lo que no se entiende, se pide aclaración a quien puede hacerlo. Es así como se cierran las brechas existentes y se cementa, sin reservas ni cuarentenas, nuestra personalidad. Otro modo, como ven, de lograr la autenticidad indispensable para laborar en paz y de acuerdo con nuestra personalidad.

Y nada más. Esperamos mucho de Vds. y les deseo mucho éxito en sus estudios.

En nombre del Istmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina de Valladolid, se declara abierto el curso de 1965-66.



## Fuentes.

Archivo del Colegio Oficial de Enfermería de Álava. Vitoria.

Archivo Diocesano de Vitoria. Vitoria.

Archivo Histórico Nacional. Madrid.

Archivo Histórico Provincial de Álava. Vitoria.

Archivo Municipal de Aspárrena. Araia.

Archivo Municipal de Labastida. Labastida.

Archivo Municipal de Laguardia. Laguardia.

Archivo Municipal de Salvatierra. Salvatierra.

Archivo Municipal de Vitoria “Pilar Aróstegui”. Vitoria.

Archivo de la Real Chancillería de Valladolid. Valladolid.

Archivo del Territorio Histórico de Álava. Vitoria.

Biblioteca Nacional. Madrid.

Fundación Sancho el Sabio. Vitoria.

## Prensa.

Boletín de los colegios de practicantes de medicina y cirugía.

Boletín Oficial de la Provincia de Álava.

Boletín Oficial del Obispado de Vitoria.

El Alavés.

El Anunciador Vitoriano.

El Gorbea.

La Cirugía Menor.

La Concordia.

La Libertad.

Revista Médica Vasco-Navarra.

## Bibliografía.

### A

**Acebal de la Peña, Ana.** “Enfermedades y medicinas en el Hospital Santiago. 1880-1890”. Tesis Doctoral, sin publicar. 1993.

**Alcaide González, Rafael.** “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social”. Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales nº 50. Universidad de Barcelona. Barcelona, 1999.

**Alcaide González, Rafael.** “Las publicaciones sobre higienismo en España durante el periodo 1736-1939: un estudio bibliométrico”. Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales nº 37. Universidad de Barcelona. Barcelona, 1999.

**Alfaro Fournier, Tomás.** “Una ciudad desencantada (Vitoria y el mundo que la circunda en el siglo XX)”. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1987.

**Alfaro Fournier, Tomás.** “Vida de la ciudad de Vitoria”. Magisterio español. 1951. Edición de Antonio Rivera Blanco y Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1996.

**Alonso Seco, José María. Gonzalo González, Bernardo.** “La asistencia social y los servicios sociales en España”. Imprenta Nacional del Boletín Oficial de Estado. Madrid, 1997.

**Alustiza Galarza, Ainhoa.** “Población, familia y vejez en la Comunidad Autónoma de Euskadi”. Departamento de Geografía. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, 2003. Disponible en:

<<http://www.ced.uab.es/jperez/PDFs/2003AAIustiza.pdf>>.

**Ander-Egg, Ezequiel.** “Historia del Trabajo Social”. Ed. Humanitas. Alicante. 1984.

**Angulo Morales, Alberto.** “Vida cotidiana en Vitoria-Gasteiz. El mercado y el comerciante, formas de organización mercantil y vida cotidiana en Vitoria (siglos XVII-XVIII)”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, N° 66. Vitoria, 1996. Págs. 12-13.

**Antón Solanas, Isabel. Hallett, Christine E. Wakefield, Ann.** “La influencia de la Guerra Civil sobre el desarrollo de la profesión de enfermería en España: su evolución a través de un siglo de historia”. *Temperamentvm* 2005; 2. Disponible en la url:

<<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0124.php>>.

**Apraiz Sáenz del Burgo, Ramón de.** “Garayo el sacamantecas ¿Es cuerdo ó es loco? Conferencias dadas en el Ateneo de Vitoria”. Imp. Viuda de Iturbe e hijos. Vitoria, 1881.

**Apraiz Sáenz del Burgo, Ramón.** “Causas del actual malestar que experimenta la clase médico-farmacéutica y medios de combatirlas”. Conferencias dadas en la Academia de Ciencias Médicas de Vitoria en el Curso de 1881 á 1882 por el sócio fundador y Secretario General de la misma Don Ramon Apraiz. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar. Vitoria, 1883.

**Apraiz Sáenz del Burgo, Ramón.** “La Vivienda del pobre. Su influencia en la salubridad pública y necesidad urgente de mejorar sus condiciones higiénicas”. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar. Vitoria, 1893.

**Ariès Philippe.** “La muerte en occidente”. Editorial Argos Vergara. Barcelona, 1982.

**Armendariz, Angel.** “Las cuevas sepulcrales en el País Vasco”. *Munibe (Antropología-Arkeologia)*, n° 42. Ed. Sociedad de Ciencias Aranzadi. San Sebastián, 1990.

**Arribas Marín, Juan Manuel. Gantes Soto, José Carlos. Rodríguez Perales, Rosa María.** “Los Textos de Formación en la Orden de San Juan de Dios”. *Temperamentum. Revista internacional de Historia y Pensamiento enfermero*, 2005; 1. Disponible en:

<<http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0102.php>>.

**Arribas Pérez, Carmelo.** “La asistencia sanitaria popular en el siglo

XVIII (I y II)". *Jano* Vol. LXVI, N° 1.518 (23 al 29 de abril de 2004) y N° 1.519 (30 de abril al 6 de mayo de 2004).

**Astrain Gallart, Mikel.** "La práctica médica en el medio rural castellano. El *Memorial* de Vicente Crespo (1785)". *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2002, 22, págs. 461-472.

**Atienza, Diego de** (Recopilador); Iñiguez de Lequerica, Juan (Impresor). "Recopilación de las leyes destes reynos, hecha por mandado de la Magestad Catholica del Rey don Philippe Segundo nuestro Señor: contienense en este libro las leyes hechas hasta el año de mil y quinientos y nouenta y ocho". Alcalá de Henares, 1598.

**Autor desconocido.** "Noticia histórica del gobierno económico y político de la Junta y Casa de piedad de la Ciudad de Vitoria". No consta impresor, probablemente Baltasar Manteli. Vitoria, probablemente 1804.

**Autor desconocido.** "Ordenanzas con que se gobierna la Real Junta, y Casa de Misericordia de la M.N. y M.L. Ciudad de Vitoria". En Vitoria, Impresas por Baltasar Manteli, Impresor de la R.S.B. Año de MDCCXCVII.

**Autor desconocido.** "Papeles relativos al proyecto del establecimiento de un Hospicio general para toda la Provincia de Alava, ó al de la admision en el de Vitoria de los pobres de la Provincia". Baltasar Manteli, impresor. Vitoria, 1804.

**Ayala Martínez, Carlos de.** "La Orden de San Juan en la península Ibérica durante el maestrazgo de Juan Fernández de Heredia". *Cuadernos de Historia Medieval. Secc. Miscelánea*, 1 (1998). Págs. 111-131.

**Azcarate Garai-Olaun, A.** "Entre francos y visigodos. La tardoantigüedad en Alava". En Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). "Álava, nuestra historia". *Diario El Correo S.A.* (Ed.). 1996.

## B

**Barandiaran, José Miguel de, Manterola, Ander (dir.).** "Medicina popular en Vasconia". *Atlas etnográfico de Vasconia*. Instituto Labayru (ed.). Bilbao, 2004.

**Barberá, Juan Manuel.** "Endocrinología en Atapuerca". *Siete días médicos*, núm. 638 del 17/06/2005.

**Barquero Goñi, Carlos.** “La Orden de San Juan en el Camino de Santiago: La bailía de Portomarín (1158-1351). Cuadernos de Historia Medieval. Secc. Miscelánea, 2 (1999). Págs. 89-117.

**Barrenechea, José Manuel.** “Valentín de Foronda, reformador y economista ilustrado”. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1984.

**Bazán Díaz, Iñaki.** “Criminalización de la vida cotidiana y Orden público en Vitoria a comienzos de la modernidad”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, N° 59. Vitoria, 1995. Págs. 14-15.

**Bazán Díaz, Iñaki.** “De Hospital de San Lázaro y La Magdalena a convento de las Brígidas, pasando por una fuga de monjas”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, n° 136. 4 de diciembre de 1999. Págs. 20-21.

**Bazán Díaz, Iñaki.** “El ritual de la muerte en la sociedad vitoriana durante la Edad Media y Moderna. La sociedad vecinal con el difunto”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, 11 de noviembre de 1995. Págs. 18-19.

**Bazán Díaz, Iñaki.** “Garayo, el sacramantecas”. Gaceta municipal de Vitoria- Gasteiz, n° 94 y 95. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1997.

**Bazán Díaz, Iñaki.** “La criminalización de la vida cotidiana”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.).“La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea” Editorial Txertoa. 1995.

**Bazán Díaz, Iñaki.** “La ruta jacobea por Álava”. Gaceta Municipal de Vitoria Gasteiz. Nª 134. Vitoria, 1999. Págs.22-23.

**Bazán Díaz, Iñaki.** “Los alaveses ante la muerte durante la Edad Media y Moderna (1 y 2)”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, N° 76 págs. 16-17 y N° 77 págs. 12-13. Vitoria, 1996.

**Bazán Díaz, Iñaki.** “Sanidad y urbanismo de las villas vascas durante la baja edad media”. Cuadernos de sección Historia-Geografía, 21. 1993. Págs. 71-80.

**Bazán Díaz, Iñaki.** Martín Miguel, Mª Ángeles. “Aproximación al fenómeno socio-religioso en Vitoria durante el siglo XVI: la cofradía de los disciplinantes de la Vera Cruz”. Espacio, Tiempo y Forma, Serie IV. Hª Moderna, t.6, 1993, págs. 231-250.

**Bazán Díaz, Iñaki.** Martín, Mª Angeles. “Carpinteros bomberos”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, 10 de diciembre de 1994. Págs.

18-19.

**Becerro de Bengoa, Ricardo.** “El sacramantecas: su retrato y sus crímenes: narración escrita con arreglo a todos los datos auténticos”. Imp. Viuda e hijos de Iturbe. Vitoria, 1881.

**Bernabeu Mestre, Josep. Gascón Pérez, Encarna.** “Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)”. Publicaciones de la Universidad de Alicante. Murcia, 1999. Disponible en la biblioteca digital de la Universidad de Alicante en la url:

<<http://publicaciones.ua.es/publica/fichael.aspx?Cod=LD9788479085131>>.

**Bombín Pérez, Antonio.** “La época del conocimiento y de la ciencia. Siglos XVI y XVII”, en Llanos Ortiz de Landaluze, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983.

**Bombín Pérez, Antonio.** “Los hombres: evolución y entorno” en “Las Juntas Generales de Álava en la Edad Moderna”. Diputación Foral de Álava. Disponible en:

<<http://www.jjggalava.es/acc/es/historia.asp>>

**Bombín Pérez, Antonio. Porres Marijuan, Rosario. Reguera Acedo, Iñaki.** “Medicina en Álava durante la edad Moderna”, en “Historia de la medicina en Álava”, Ramos Calvo, P.M. (Dir.). Vitoria, 1997.

**Bouza, Jerónimo.** “Moralidad, trabajo y capital en la industria del siglo XIX. Un informe sobre la España industrial de Barcelona en 1868”. Revista Bibliográfica de geografía y Ciencias Sociales (Serie Geo Crítica), vol. IX, nº 513. Universidad de Barcelona. Barcelona, 2004.

**Buj Buj, Antonio.** “La vivienda salubre. El saneamiento de poblaciones (1908) en la obra del ingeniero militar Eduardo Gallego Ramos”. Scripta Nova, revista electrónica de Geografía y ciencias sociales. Vol. VII, núm. 146(012). Universidad de Barcelona, 2003. [http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146\(012\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146(012).htm)

## C

**Cámara del Río, Manuel.** “Beneficencia y asistencia social: la Santa y Real Hermandad, Hospital y Casa de Misericordia de Ceuta.

Instituto de estudios Ceutíes. Ceuta, 1996.

**Cantera, Enrique.** “La aportación hebrea a la sociedad riojana medieval”. Disponible en <<http://www.vallenajerilla.com/berceo/rioja-abierta/cantera/cantera.htm>>.

**Caponi, Sandra.** “Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada”. Cad. Saúde Pública, nov./dic. 2002, vol. 18, nº 6.

**Carasa Soto, Pedro.** “Historia de la beneficencia en Castilla y León: poder y pobreza en la sociedad castellana”. Universidad de Valladolid. Valladolid, 1991.

**Caro Baroja, Julio.** “Los vascos”. Colección Fundamentos 9. Ediciones Istmo. Madrid 1971.

**Castro Manrique, Emilia.** “Historia de la Enfermería: los cuidadores en el siglo XIX. Evolución académico-legislativa”. Revista ROL de Enfermería nº 209, enero de 1996. Págs. 57-61.

**Celigueta Crespo, Araceli. González Romero, Carmen. Ochagavía Fernández, M<sup>a</sup> B. Sogo Rodríguez, Jesús. Soler Pérez, M<sup>a</sup> Dolores. Villacián Peñalosa, M<sup>a</sup> Luisa.** “(Vitoria) Población: Evolución y movimientos migratorios”. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1994.

**Cervera Soto, S.** “La sanidad en un siglo de la historia de España (1898-1998). Cien años después”. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 22, Nº 2. 1999. Disponible en:

<<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n2/colab.html>>.

**Colá y Goiti, José.** “El futuro Vitoria”. Imprenta de la viuda é hijos de Iturbe. Vitoria, 1884.

**Colá y Goiti, José.** “Guía de Vitoria”. Imprenta de los hijos de Iturbe. Vitoria, 1901.

**Colinas Santos, José Angel. Rivera Blanco, Antonio. Sanz Legaristi, Pedro.** “El XIX. Un siglo de conflictos”. En Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983.

**Colinas Santos, José Angel. Rivera Blanco, Antonio. Sanz Legaristi, Pedro.** “Las profundas transformaciones del siglo XX”. En Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983.



**Corbin, Alain** (dir.). “Historia del cuerpo. Vol. 2. De la Revolución Francesa a la Gran Guerra. Colección Taurus Historia. Taurus-Santillana ed. 2005.

**Corbin, Alain.** “El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX”. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.

## D

**Díaz de Durana, José Ramón.** “...a la Provincia de la çibdad de Vitoria...”. En Rivera, Antonio (Dir. y Coor.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

**Díaz de Durana, José Ramón.** “Álava en la baja Edad Media a través de sus textos”. Fuentes documentales medievales del País Vasco, núm. 54. Eusko Ikaskuntza. San Sebastián, 1994.

**Díaz de Durana, José Ramón.** “Judíos y cristianos en Vitoria durante la edad Media”, en Gómez, Carmen (Dir.), “Los judíos”. Fundación “Sancho el Sabio” (ed.). Besaide bilduma. Vitoria, 1992.

**Díaz de Durana, José Ramón.** “Vitoria a fines de la Edad Media. 1428-1476”. Azterlanak nº 2. Diputación Foral de Álava, Departamento de Publicaciones. Vitoria, 1984.

**Domínguez Alcón, Carmen.** “Los cuidados y la profesión enfermera en España”. Editorial Pirámide. Madrid, 1986.

**Domínguez Ortiz, Antonio.** “La sociedad española en el siglo XVIII”. Edit. Instituto Balmes de Sociología. Departamento de Historia Social, CSIC. Madrid, 1955.

## E

**Enciso Viana, Emilio.** “Laguardia en el siglo XVI”. Diputación Foral de Álava, Consejo de Cultura. Vitoria, 1959.

**Enciso Viana, Emilio.** “Un Noticiario del siglo XVI”. Boletín de la Institución Sancho el Sabio. Año 11, t. 11. Vitoria, 1967. Págs. 95-132

**Erkizia Martikorena, Aintzane.** “El hospital de Santa María de Vitoria. Algunas aportaciones a su estudio”. Akobe, restauración y conservación de bienes culturales—ondasunen atrapen eta berriztapena. Nº 2. Vitoria, 2001. Págs. 30-35.

**Erkoreka, Anton.** “La Pandemia de Gripe española en el País Vasco.

1918-1919”. Edita Museo Vasco de H<sup>a</sup> de la Medicina y de la Ciencia. Bilbao, 2006.

**Erkoreka, Antón.** “Medicina popular”. Munibe (Antropología-Arkeologia), nº 42. Ed. Sociedad de Ciencias Aranzadi. San Sebastián, 1990.

**Esquerdo y Zaragoza, J.** “Locos que no lo parecen, Garayo el sacramantecas”. En “Estudios medico-sociales sobre marginados en la España del siglo XIX”. Rey González, Antonio M. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid, 1990.

**Etxeberria Gabilondo, Francisco.** “La enfermedad en la Prehistoria de Álava” En “Historia de la medicina en Álava”. Ramos Calvo, Pedro Manuel (Dir.). Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País. Vitoria, 1997.

**Etxeberria Gabilondo, Francisco; Filloy Nieva, Idoia; Gil Zubillaga, Eliseo.** “Testimonios en torno a la medicina durante la Protohistoria y antigüedad alavesas” En “Historia de la medicina en Álava”. Ramos Calvo, Pedro Manuel (Dir.). Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País. Vitoria, 1997.

**Expósito González, Raúl.** “Barberos y sangradores en Iberoamérica”. Actas del IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Las Palmas, 2007.

## F

**Feo Parrondo, Francisco.** “La epidemia de viruela en Lequeitio (1769)”. Lurralde Nº 28, 2005. Págs. 69-84.

**Fernández Martín, Luis.** “La asistencia social en Valladolid: siglos XVI-XVIII”. Universidad de Valladolid. Valladolid, 1999.

**Fernández Mérida, M<sup>a</sup> Concepción.** “Breve historia de las matronas españolas (1400-1950). Temperamentvm 2006; 3. Disponible en: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn3/t6136r.php>>.

**Ferreiro Ardións, Manuel.** “Aproximación descriptiva al estudio del hospital militar y la villa de Oñate durante la Guerra Civil. 1936-1937”. Proyecto de suficiencia investigadora. Sin publicar.

**Ferreiro Ardións, Manuel. Lezaun Valdubieco, Juan.** “La asistencia hospitalera en Álava en el siglo XVIII”. Actas del IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Las Palmas,

2007.

**Ferreiro Ardións, Manuel. Lezaun Valdubieco, Juan. Pradell González, Ángela.** “La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del S.XIX”. Colegio de enfermería de Álava (ed.). Vitoria, 2006.

**Ferreras Mencía, Soledad. Rodríguez Perales, Rosa M<sup>a</sup>. Gallego García, Angel Santiago. Arribas, Juan Manuel.** “Una arquitectura de la hospitalidad: diseño para el cuidado”. Actas del IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Las Palmas de Gran Canaria, 2007.

**Filloy Nieva, Idoia.** “La Hoya. Museo y poblado”. Documento informativo del museo del yacimiento de La Hoya.

**Filloy Nieva, Idoia.** “Rituales funerarios pre-romanos en Álava y su perduración”. Euskonews & Media, núm. 4.

**Finkielman, Samuel.** “Marco Terencio Varrón y la causa de las enfermedades”. Medicina nº 67, Págs. 306-308. Buenos Aires, 2007.

**Fornells Angelats, Montserrat.** “Rodrigo Mercado de Zuazola, un mecenas del Renacimiento guipuzcoano”. Ondare nº 17, 1998. Págs. 167-175.

**Foronda, Valentín de.** “Cartas escritas por Mr. de Fer al autor del Correo de Europa en que le da noticias de lo que ha observado en España”. En Burdeos: en casa de Luis Boudrie, 1783?

**Foronda, Valentín de.** “Cartas sobre La Policía”. Imprenta de Cano. Madrid, 1801.

**Foronda, Valentín de.** “Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales”. Imprenta de Manuel González. Madrid, 1794.

**Forti Messina, Annalucia.** “Società ed epidemia: il colera a Napoli nel 1836”. Studi e Rierche Storiche, 4. Franco Angeli, ed. Milano, 1979.

**Fraile Bravo, Mercedes.** “De la Historia de Enfermería o del Principio de los Tiempos”. ENE-Revista de Enfermería, Nº 0, agosto de 2007. Págs. 37-39.

**Fredotovich, Norberto M.** “Los orígenes de la transmisión del conocimiento médico: de Trotona a Montpellier”. Revista Argentina de Urología, vol. 71 (1) 2006.

**Fresquet Febrer, José Luis.** “Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderado”. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid, 1990.

**Fuente Galán, María del Prado de la.** “Marginación y pobreza en la Granada de la segunda mitad del siglo XVII: los niños expósitos”. Universidad de Granada. Granada, 2000.

## G

**Gárate, Justo.** “De nuevo con Don Valentín Foronda” en Boletín de la Institución Sancho el Sabio, Año XIX, tomo 19. Vitoria, 1975.

**Gárate, Justo.** “El caballero Valentín Foronda, ‘ilustrado alavés’”. Real Sociedad Vascongada de los Amigos del País. San Sebastián, 1968.

**García de Cortázar y Ruiz de Aguirre, José Angel.** “Los oscuros comienzos. La Alta Edad Media”, en Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983.

**García de la Fuente, Olegario.** “Sobre el léxico bíblico de Berceo”. Disponible en:

<<http://www.vallenajerilla.com/berceo/garciadelafuente/lexicobiblico.htm>>

**García Fernández, Ernesto.** “Gobernar la ciudad en la Edad Media: oligarquías y élites urbanas en el País Vasco”. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 2004.

**García Fernández, Ernesto.** “Las ‘Alavas’ altomedievales: La formación de una sociedad feudal”, en Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

**García Fernández, Ernesto.** “Santa M<sup>a</sup> de Irache: Expansión y crisis de un señorío monástico navarro en la Edad Media (958-1537)”. Servicio Editorial de la UPV/EHU. Bilbao, 1989.

**García Fernández, Ernesto.** “Una fotografía social de la población urbana vitoriana: el ‘préstamo’ de 1489 y los censos de alcabalas de 1537 y 1538”. En “Bilbao, Vitoria y San Sebastián: espacios para mercaderes, clérigos y gobernantes en el Medievo y la Modernidad”. VV.AA. Servicio editorial de la Universidad del País Vasco. Bilbao, 2005.

**García Martín-Caro, Catalina. Martínez Martín, M<sup>a</sup> Luisa.** “Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero”. Editorial Harcourt. Madrid, 2001.

**García Martínez Manuel J.; García Martínez, Antonio C.** “Fechas clave para la Historia de las Matronas en España”. *Hiades*, revista de Historia de la Enfermería, núm. 5-6, 1999, págs. 243 a 260.

**García Martínez, Antonio M<sup>a</sup> Claret; García Martínez, Manuel Jesús.** “Directorio de Enfermeros y Artífice de Obras de Caridad para Curar las Enfermedades del Cuerpo”. Consejo General de Enfermería de Madrid. 2001.

**García Martínez, Manuel J.; García Martínez, Antonio C.** “La enseñanza de la Enfermería en la España del siglo XVII. El manual de Enfermería de Simón López (1668)”, *Cultura de los Cuidados*. Revista de Enfermería y Humanidades, nº 3, Seminario de Historia y Antropología de los Cuidados Enfermeros, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, 1998. Págs. 15-23.

**García Martínez, Manuel J.; García Martínez, Antonio M<sup>a</sup> Claret; Hernández Martín, Francisca J.; Pérez Melero, Andrés; Pinar García, M<sup>a</sup> Eugenia.** “Aproximación a la Enfermería Española de los Siglos XVI-XVII”. Madrid. Consejo General de Enfermería de Madrid. 1993.

**García Martínez, Manuel Jesús.** “Cuidados enfermeros en la España del siglo XVII. Hacia la búsqueda de una identidad profesional”. *Gazeta de Antropología* Nº 20, 2004. Disponible en:  
<[http://www.ugr.es/~pwlac/G20\\_22ManuelJesus\\_Garcia\\_Martinez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G20_22ManuelJesus_Garcia_Martinez.html)>

**García Oro, José. Portela Silva, María José.** “Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato”. *Cuadernos de Historia Moderna*, 2000, 25, monográfico.

**García Turza, Claudio.** “San Millán de la Cogolla, el lugar de la palabra”, Disponible en :  
<[http://www.vallenajerilla.com/berceo/tierra\\_abierta.htm](http://www.vallenajerilla.com/berceo/tierra_abierta.htm)>.

**Gil de Arriba, Carmen.** “La difusión social y espacial del modelo balneario: de la innovación médica al desarrollo de las prácticas de ocio”. *Scripta Nova*. Revista electrónica de Geografía y ciencias sociales. Nº 69 (40), 1 de agosto de 2000. Universidad de Barcelona.

<http://www.ub.es/geocrit/sn-69-40.htm>

**Gil Zubillaga, Eliseo.** “Iconografía cristiana sobre sigillata tardía de Iruña/Veleia”. Isturitz núm. 9, 1997.

**Gil, Eliseo.** “Memoria de la Campaña de Sondeos estratigráficos en el yacimiento de Albeiumendi (San Román de San Millán, Alava). 1989”. Estudios de Arqueología Alavesa nº 17. Ed. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1990.

**Goberna Tricas, Josefina.** “La enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología”. Index de Enfermería nº 47. Págs. 49-53. Granada, 2004.

**Goicoetxea Marcaida, Ángel.** “Medicina y música popular vasca”. Munibe (Antropología-Arkeologia), nº 42. Ed. Sociedad de Ciencias Aranzadi. San Sebastián, 1990.

**González de Echavarri, V.** “Alaveses Ilustres”. Vol. II. Vitoria, 1900.

**González de Langarica, Alberto.** “Notas sobre el euskera en Álava en el siglo XIX”. Ohitura, Estudios de etnografía alavesa, nº 4. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1986.

**González de Sámano, Mariano.** “Memoria Histórica del Cólera Morbo Asiático” (dos tomos), 1858.

**González Díaz, Antonio Manuel.** “Poder urbano y asistencia social: el Hospital de San Hermenegildo de Sevilla (1543-1837)”. Diputación de Sevilla. Sevilla, 1997.

**González Mínguez, César.** “De la fundación de las villas a la formación de la provincia”, en Llanos Ortiz de Landaluze, Armando (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983.

**González Mínguez, César. Bazán Díaz, Iñaki.** “La medicina en la Álava medieval. Entre la metafísica y la superstición”, en “Historia de la medicina en Álava”, Ramos Calvo, P.M. Dir. Vitoria, 1997.

**Gonzalo Bilbao, F.** “Las epidemias de cólera del siglo XIX en Álava”. Artículo en la revista “Medicamento”, tomo III, nº 26, año 1954.

**Grandes, Fortunato.** “Apuntes Históricos de Salvatierra”. Diputación Foral Álava. Dpto. Publicaciones. Vitoria, 1982. 2ª reedición del original de 1905.

**Granjel, L.S.** “La medicina española antigua y medieval”. Ed. Universidad de Salamanca, 1981.

## H

**Hauser, Ph.** “Estudios Epidemiológicos relativos á la Etiología y Profilaxis del Cólera”. Imprenta y fundición de Manuel Tello. Madrid, 1887.

**Herrera Arce, Aurora. Larreina Zerain, Marixa.** “Cien años de asistencia psiquiátrica en Álava. 1907-2007. Centenario del Asilo Provincial Santa María de Las Nieves-Hospital Psiquiátrico de Álava”. Osakidetza. Vitoria, 2007.

**Herrera Gómez, Manuel.** “Los orígenes de la intervención estatal en los problemas sociales”. Escuela Libre Editorial. Madrid, 1999.

**Herrera Rodríguez, Francisco.** “De la época isabelina a la transición democrática: una revisión de la enfermería española”. VII Congreso Nacional y II Internacional de Historia de la Enfermería. Granada, 2004. También en *Temperamentvm* 2007, 5. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t.php>>.

**Hirata, Marisa.** “El cine como movilizador de la enfermería para la II Guerra Mundial”. *Temperamentvm* 2005; 2. Disponible en la url: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0111.php>>.

## I

**Ibáñez Fernández, Carlota.** “Ilustración y pobreza: la actitud de los marginados ante las instituciones benéficas de Álava en el siglo XVIII”. En González Mínguez, César; Bazán Díaz, Iñaki; Reguera, Iñaki. (Eds.). “Marginación y exclusión social en el País Vasco”. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Bilbao, 1999.

**Ibáñez, Carlota.** “Pobres, niños y alienados. El asilo y manicomio de Santa María de las Nieves en el primer cuarto del siglo XX”. En “Las Nieves”. Varios autores, coordinación del Vicerrectorado del Campus de Álava. Universidad del País Vasco, servicio editorial. Vitoria, 2002.

**Ibáñez, Carlota.** “Pobreza y beneficencia en Vitoria en el siglo XVIII”. *Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz* nº 67. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1996.

**Imizcoz Beunza, J.M. Martín Miguel, A. Bazán Díaz, I. Manzanos Arreal, P. Porres, C. Angulo Morales, A. Mateo Pérez, A. Reguera, I. Rivera, A.** “La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea” Editorial Txertoa. 1995.

**Imízcoz Beunza, José María.** “Crónica de la ciudad. Vitoria y sus gentes en la Edad Moderna. Los artesanos de Vitoria, entre el trabajo y la diversión”. Gaceta de Vitoria-Gasteiz, Nº 104. Vitoria, 1998. Págs. 18-19.

**Imízcoz Beunza, José María.** “Historia de la vida cotidiana en Vitoria: un viaje por el túnel del tiempo”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, Nº 55. Vitoria, 1995. Pág. 14.

**Imízcoz Beunza, José María.** “Vida cotidiana en Vitoria-Gasteiz. Los vitorianos en sociedad: vecindades, casas, cofradías y gremios de 1483 a 1800”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, Nº 56. Vitoria, 1995. Pág. 14-15.

**Imízcoz Beunza, José María. Manzanos Arreal, Paloma.** “Crónica de la ciudad. Vitoria y sus gentes en la Edad Moderna. La vida de los ricos y la vida de los pobres”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, Nº 102. Vitoria, 1998. Págs. 16-17.

**Imizcoz, José Maria. Manzanos, Paloma.** ”Historia de Vitoria”. Editorial Txertoa.1997.

**Inmaculada de la, Eleuterio (Rvdo. P.).** “Historia del Santuario de Nuestra Señora de Angosto y del Valle de Gobeia de la M. N. y M. L. Provincia de Álava”. Gráficas Fides. San Sebastián, 1943.

**Iriarte Kortazar, Aitor.** “Baños públicos romanos en Alava”. Euskonews & Media nº 5.

**Iturrate Sáenz de la Fuente, José.** “Antiguos hospitales en la Diócesis de Vitoria”. Memoria Ecclesiae X, separata. Asociación de archiveros de la Iglesia en España. Oviedo, 1997.

**Iturrate Sáenz de la Fuente, José.** “El antiguo hospital de la villa de Arceniega”. Scriptorium Victoriense 31, separata, 1984.

**Iturrate Sáenz de la Fuente, José.** “Markina de Zuia. Sus gentes e instituciones”. Ohitura nº 8, 2001.

**Iturrate, José.** “El antiguo hospital de la villa de Arceniega”. Cuadernos de Historia de la Medicina vasca nº 2. Bilbao, 1983.

**Iturrate, Sáenz de la Fuente, José.** “El antiguo hospital de



Legutiano-Villarreal de Álava”. Ohitura, estudios de etnografía alavesa, nº 4. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1986.

**Izarra Retana, José de.** “Vecindades, Cofradías y Gremios. Artesanado de Alava”. Imprenta Hijo de Iturbe. Vitoria, 1940 .

## J

**Jiménez Salas, María.** “Historia de la asistencia social en España en la edad moderna”. CSIC. Madrid, 1958.

**Juzgado de 1ª Instancia de Vitoria.** “Sentencias dictadas por el Juzgado de 1ª Instancia de esta capital en causas de celebridad notoria siendo una de estas la seguida contra Juan Díaz de Garayo y Ruíz de Argandoña (a) Zurrumbon, sobre robo y homicidio de Manuel Audicana”. Imp. Viuda de Iturbe e hijos. Vitoria, 1879.

## L

**Lain Entralgo, Pedro.** “Historia Universal de la Medicina”. Edición digital en CD de Masson multimedia-LV&D.

**Landázuri Romarate, Joaquín José de.** “Historia civil de la M. N. y M. L. Provincia de Alava”. Vitoria, 1798. Reedición de la Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1976.

**Landázuri Romarate, Joaquín José de.** ”Historia civil, eclesiástica, política y legislativa de Victoria, sus privilegios, exenciones, franquezas y libertades”. Madrid, 1780. Reedición de la Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1976.

**Larrañaga, Policarpo de.** “Emakume Abertzale Batza. La Mujer en el Nacionalismo Vasco”. Ed. Auñamendi, Vols I, II, III. San Sebastián, 1978.

**Larraz Andía, Pablo.** “Entre el frente y la retaguardia. La Sanidad en la Guerra Civil: el Hospital ‘Alfonso Carlos’, Pamplona 1936-1939”. Editorial ACTAS, colección Luis Hernando de Larramendi. Madrid, 2004.

**Larraz Andía, Pablo. Ibarrola Guillén, Cristina. Pardo Guillén, Marisa.** “El Hospital «Alfonso Carlos» de Pamplona (1936-1939): un hito en la promoción de la mujer y el desarrollo de la enfermería en Navarra”. Temperamentvm 2005; 2. Disponible en la url: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0125.php>>.

**Laureano Saiz Moreno.** “La Sociedad Española de Higiene. Un siglo al servicio de la Salud Pública”. Revista de Sanidad e Higiene Pública, año LV, septiembre-octubre, Madrid, 1981. Págs. 1-28.

**Le Goff, Jacques. Sournia, Jean-Charles.** (Presenté par). “Les maladies ont une histoire”. L’histoire/Seuil. Revisión del número especial de L’histoire nº 74, editado por la Société D’édicions Scientifiques, 1985.

**León, P. Gil, P. Herranz, G. Pardo, A.** “Evolución de la relación intraprofesional sanitaria en España”. Anales Sis. San. Navarra 1999, Vol. 22, suplemento 3.

**Lepe, Pedro de.** “Constituciones Synodales antigvas, y modernas del obispado de Calahorra y La Calzada”. Madrid, 1700.

**Linazac Cristóbal de.** “San Roque gloriosoaren novena. Edoceñ demboretan eguiñ ditequena batez ere gaitza edo pestea danean”. Pedro gurruchaga-ren moldizteguian. Tolosan, 1865 garren urtean.

**Llanos Ortiz de Landaluce, Armando** (Dir.). “Álava en sus manos” Tomo 3. Caja Provincial de Álava. Vitoria, 1983.

**Llanos Ortiz de Landaluce, Armando.** “Guerreros del hierro: Un grupo armado organizado, en el poblado de la Hoya”. Euskonews & Media, núm 67 (2000/2/18-25).

**López de Guereñu Iholdi, Gerardo.** “Antiguos hospitales alaveses”. Ohitura, estudios de etnografía alavesa, nº 4. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1986.

**López de Guereñu, Gerardo.** “APELLANIZ. Pasado y presente de un pueblo alavés”. Ohitura nº 0, 1981.

**López Pérez, Mercedes.** “Capsarii y discentes capsariorum: sus funciones a través del estudio de sus fuentes”. Actas del III Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Ed. Diputación Provincial de Zaragoza. Zaragoza, 2007.

**López Pérez, Mercedes.** “Los *discentes capsariorum* como aprendices de capsarios en el ejército romano de época imperial”. *Temperamentum* 2005; 2. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0140.php>>.

**López Piñero, José M<sup>a</sup>.** “Santiago Ramón y Cajal”. Publicaciones de la Universidad de Valencia. Editorial Universidad de Granada. 2006.

**López Piñero, José María.** “Historia de la Medicina”. Biblioteca

historia 16. Madrid, 1990.

**López Piñero, José María.** “Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista”. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 80, núm. 5, sept-oct. 2006. Madrid.

**López Piñero, José María.** “M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870). Ministerio de sanidad y consumo. Madrid, 1984.

**López Piñero, José María. Navarro, V. Portela, E.** “La revolución científica”. *Biblioteca historia 16*. Madrid, 1989.

**López Terrada, María Luz.** “El Hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria”. *Revista d’Història Medieval* 7. Universitat de València. Págs. 192-204.

**Lorenzo Pinar, Francisco Javier.** “Muerte y ritual en la Edad Moderna. El caso de Zamora (1500-1800)”. Universidad de Salamanca. Salamanca, 1991.

**Loza Lengaran, Ramón.** “Arcaya. Un asentamiento romano en Vitoria-Gasteiz”. Ed. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1984.

**Loza Lengaran, Ramón.** “La incorporación al mundo romano”. En *Llanos Ortiz de Landaluce, Armando* (Dir. y Coord.). “Álava en sus manos”, vol. 3. Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983.

## M

**Madoz, Pascual.** “Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar”. Volumen XVI. Madrid, 1850.

**Madrid Medina, Ángela.** “Los comienzos de la hospitalidad santiaguista: el Hospital de Ávila”. *Espacio, Tiempo y Forma, Serie III, Hª Medieval*, t. 17, 2004, págs. 371-379.

**Manzanos Arreal, Paloma.** “Crónica de la ciudad. Oficios del Vitoria de antaño. El trabajo y los oficios artesanales en la Vitoria del siglo XVIII”. *Gaceta de Vitoria-Gasteiz*, Nº 156. Vitoria, 2000. Págs. 22-23.

**Manzanos Arreal, Paloma.** “La casa y la vida material en el hogar en la Vitoria del siglo XVIII”, en *Imizcoz Beunza, J.M.* (Dir.) “La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea” Editorial Txertoa. 1995.

**Manzanos Arreal, Paloma.** “Vida cotidiana en Vitoria-Gasteiz. Los ricos y los pobres, la vida de los vitorianos a mediados del siglo XVIII”. Gaceta de Vitoria-Gasteiz, Nº 61. Vitoria, 1996. Págs. 16-17.

**Manzanos Arreal, Paloma. Vives Casas, Francisca.** “La vida cotidiana de las mujeres en la Vitoria de los siglos XVIII y XIX”. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 2005.

**Marcos Martín, Alberto.** “Economía, sociedad, pobreza, en Castilla: Palencia, 1500-1814”. Diputación de Palencia. Palencia, 1985.

**Martín Latorre, Peli.** “ Hospitales, peregrinos y... otras cosas”. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1996.

**Martín Miguel, M<sup>a</sup> Ángeles.** “El marco urbano de la vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, Nº 58. Vitoria, 1995. Págs. 14-15.

**Martín Miguel, M<sup>a</sup> Ángeles.** “La idea de la muerte en la Vitoria del siglo XVI (1 y 2)”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, Nº 96 págs. 16-17 y Nº 97 págs. 24-26. Vitoria, 1997.

**Martín Tardío, Juan Jesús.** “Las epidemias de cólera del siglo XIX en Mocejón (Toledo)” Depósito Legal TO-406-2004. Disponible en: <<http://www.ranf.com/pdf/arti/colera.pdf>>.

**Martínez García, Luis.** “El Hospital del Rey de Burgos: poder y beneficencia en el Camino de Santiago”. Universidad de Burgos. Burgos, 2002.

**Martínez Gil, Fernando.** “Muerte y sociedad en la España de los Austrias”. Siglo veintiuno editores. Madrid, 1993.

**Martínez Marina, Francisco.** “Ensayo histórico-crítico sobre la legislación y principales cuerpos legales de los reinos de León y Castilla especialmente sobre el código de las Siete Partidas de D. Alonso (sic) el Sabio”. Reproducción digital de la 2<sup>a</sup> ed. corr. y aum., Madrid, [s.n.], 1834 (Imp. De D. E. Aguado). Localización: Biblioteca Nacional (España). Sig. 1/34044. Disponible en: <<http://www.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=13374&portal=42>>.

**Mateo Pérez, Armando.** “La vida de los artesanos y el mundo del trabajo”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) “La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea” Editorial Txertoa. 1995.

**Mateo Pérez, Armando.** “Vida cotidiana en Vitoria-Gasteiz. Los

gremios y las cofradías profesionales vitorianas” Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz, N° 64. Vitoria, 1996. Págs. 18-19.

**Maza Zorrilla, Elena.** “Pobreza y asistencia social en España, siglos XVI al XX: aproximación histórica”. Universidad de Valladolid. Valladolid. Valladolid, 1987.

**Maza Zorrilla, Elena.** “Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)”. Ariel ed. Barcelona, 1999.

**Moral de Calatrava, Paloma.** “La enseñanza de la Historia de la Enfermería en España”. Index de Enfermería vol. 13, núm. 47, Granada 2004, págs. 39 a 43.

**Morell Blanch, Antonio.** “La legitimación social de la pobreza”. Anthropos. Barcelona, 2002.

**Moro, José María.** “Las epidemias de cólera en la Asturias del siglo XIX”. Universidad de Oviedo, serie Humanidades. Oviedo, 2003.

**Muñoz Rivero, M<sup>a</sup> Teresa.** “La sanidad militar en Euskadi durante la Guerra Civil (1936-1937). Boletín de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, t. 52. 1996.

**Murillo Pérez, María Guadalupe.** “Pobreza y beneficencia en Zamora: los Hospitales de Sotelo y La encarnación (1834-1874)”. Instituto de Estudios Zamoranos Florián de Ocampo. Zamora, 2000.

## N

**Núñez de Cepeda y Ortega, Marcelo.** “Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estíbaliz”. Imprenta del Monasterio de El Escorial, 1931.

**Núñez de Cepeda y Ortega, Marcelo.** “La beneficencia en Navarra a través de los siglos”. Universidad de Navarra. Pamplona, 1940.

## O

**Ortiz, Teresa.** “Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía”, en López Terrada, María; Martínez Vidal, Álar (eds.), “El tribunal del Real Protomedicato en la monarquía hispánica”, Dynamis, monográfico vol. 16, 1996, págs. 43 a 59.

**Otero, Luis.** “La Sección Femenina”. Editorial Edaf. Madrid, 2004.

## P

**Pablo, Santiago de. Rubio Pobes, coro.** “Los liberales. Fuerismo y liberalismo en el País Vasco (1808-1876)”. Fundación Sancho el Sabio. Vitoria, 2002.

**Palacio Lis, Irene. Ruiz Rodrigo, Cándido.** “Asistencia social y educación: documentos y textos comentados para una historia de la educación social en España”. Universitat de Valencia. Valencia, 1996.

**Palacios, Xabier** (editor). “Ilustración y Revolución Francesa en el País Vasco”. Instituto de Estudios sobre Nacionalismos Comparados/ Nacionalismo Konparatuen Ikasketarako Institutua. Vitoria, 1991.

**Pallarés Martí, Ángela.** “Análisis sociológico del papel de las enfermeras durante la guerra civil española: la voz de sus protagonistas”. *Temperamentvm* 2005; 2. Disponible en la url: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t2609.php>>.

**Péan, Adolfo** (editor). “Revista Pintoresca de las Provincias Bascongadas por varios literatos de la misma. Adornada con vistas, paisajes y edificios notables”. Adolfo Péan y compañía editores, imprenta y librería de Adolfo Depont. Bilbao, 1846.

**Pérez García, Jesús M<sup>a</sup>.** “La M.N. y M.L. Villa de Labastida”. Editado por el ayuntamiento de la M.M .y M.L. Villa de Labastida. 1985.

**Plazaola, Juan.** “El arte románico en Euskal Herria”, disponible en <[http://www.hiru.com/artea/artea\\_euskal\\_herrian/07](http://www.hiru.com/artea/artea_euskal_herrian/07)>.

**Porres, Charo.** “1599: el año que trajo la peste a Vitoria” *Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz* nº 69. Págs. 14-15. Vitoria, 1996.

**Porres, M<sup>a</sup> Rosario.** “Edad Moderna: del concepto geográfico a la entidad política”. En Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

**Portilla, Micaela J.** “Una ruta europea. Por Alava, a Compostela. Del paso de San Adrián al Ebro”. Servicio de publicaciones de la Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1991.

**Puerto Fernández, Isabel del.** “Los Cuidados en España durante los procesos bélicos del siglo XIX (cuba 1895-1898). *Temperamentvm* 2005; 2. Disponible en la url: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0132.php>>.

## Q

**Quirós Castillo, Juan Antonio.** “La llanada oriental entre la tardoantigüedad y el año mil: las transformaciones en la estructura del hábitat y del poblamiento rural”. En Pastor Díaz de Garayo, E. (Coord.). “La llanada oriental a través de la historia: claves desde el presente para comprender nuestro pasado”. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 2003.

## R

**Ramos Alarcón, Braulia.** “Las matronas a través del tiempo”. Disponible en: <<http://www.aamatronas.org/boletines/boletin01.html>>

**Ramos Calvo, Pedro Manuel** (Dir.). “Historia de la medicina en Álava”. Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País. Vitoria, 1997.

**Ramos Calvo, Pedro Manuel.** “El cólera en Álava”. Azterlanak nº 14, Diputación foral de Álava. Vitoria, 1986.

**Rivera Blanco, Antonio.** “De la política de élites a la sociedad de masas (1902-1936)”, en Rivera, Antonio (Dir. y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

**Rivera Blanco, Antonio.** “Del pasado al presente: las transformaciones de la vida cotidiana”. En Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.). “La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea” Editorial Txertoa. 1995.

**Rivera Blanco, Antonio.** “La ciudad Levítica, continuidad y cambio en una ciudad del interior (Vitoria, 1876-1936)”. Diputación Foral de Álava- Departamento de cultura. Vitoria, 1992.

**Rodríguez Aguado, Francisco.** “Los hombres en la profesión de matronas”. Disponible en la url: <<http://www.aamatronas.org/boletines/boletin01.html>>.

**Rodríguez Flores, M<sup>a</sup> Pilar. Antona Rodríguez, M<sup>a</sup> José.** “La percepción de la epidemia de cólera de 1885: Badajoz ante una crisis”. Universidad de Extremadura. Cáceres, 1999.

**Rodríguez Ocaña, Esteban.** “La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923). Colección Textos clásicos españoles de la Salud Pública vol. nº 30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1987.

**Rodríguez-Picavea Matilla, Enrique.** “Orígenes de la Orden del Hospital en el reino de Toledo (1144-1215). Espacio, Tiempo y Forma. Serie III, Hª Medieval, t. 15, 2002, págs. 149-193.

**Rollán, C. Benavides, M.** (Editores). Valentín de Foronda: los sueños de la razón. Editora Nacional. Madrid, 1984.

**Roqué Sánchez, M<sup>a</sup> Victoria.** “Médico y paciente. El lado humano de la medicina”. Dux Editorial. Barcelona, 2007.

**Roure, Gerónimo.** “Memoria histórico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático observada en la Provincia de Álava en el año 1855”. Imp. Viuda de Manteli e Hijos. Vitoria, 1856.

**Roure, Gerónimo.** “Noticia histórica de la epidemia de viruelas observada en la ciudad de Vitoria y algunos pueblos de la provincia de Alava, en los años 1866 y 1867”. Imprenta de los hijos de Manteli. Vitoria, 1868.

**Rueda Laffond, José Carlos.** “Madrid en torno a 1898: información y gestión urbana (higienismo y reforma municipal). Revista Historia y Comunicación Social núm. 3, Madrid, 1998.

**Ruiz de Lóizaga, Saturnino.** “La epidemia de cólera de 1855 en Valdegovía”. Boletín de la Institución Sancho el Sabio, Año 21, t. 21. Vitoria, 1977.

**Ruiz Rodrigo, Cándido. Palacio Lis, Irene.** “Pauperismo y educación. Siglos XVIII y XIX. Apuntes para una Historia de la Educación Social en España”. Universitat de Valencia. Valencia, 1995.

## S

**Sáenz de Buruaga, Andoni.** “La antigüedad prehistórica”, en Rivera, Antonio (Dir. Y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

**San Román Ascaso, Fidel.** “Historia de la Odontología veterinaria”. Conferencia pronunciada en la Real Academia de Ciencias Veterinarias de España el 19 de abril de 2006. Consultada en <http://www.racve.es/actividades/odontologia%20San%20Roman.htm>

**San Vicente, Iñaki.** “La huella romana”, en Rivera, Antonio (Dir. Y Coord.). “Álava, nuestra historia”. Diario El Correo S.A. (Ed.). 1996.

**Sánchez González, Natividad. Ortega Martínez, Carmen. Elbal**



**Moreno, Luisa.** “Historia de la enfermería a través de las instituciones de Castilla-La Mancha”. Colegio Oficial de enfermería de Albacete. Albacete, 1996.

**Sánchez Sánchez, Andrés.** “La beneficencia en Ávila: actividad hospitalaria del cabildo catedralicio (siglos XVI-XIX). Diputación Provincial de Ávila. Ávila, 2000.

**Santos Vaquero, Ángel.** “La real casa de caridad de Toledo. Una institución ilustrada”. Instituto provincial de investigaciones y estudios toledanos, Diputación Provincial de Toledo. Toledo, 1994.

**Sanz Bonel, Víctor M.** Lázaro Gracia, Gonzalo. “La problemática bagauda (siglo V d. C.) en el valle del Ebro; reflexión historiográfica”. En Homenaje a Don Antonio Durán Gudiol, ISBN 84-8127-036-9, 1995, págs. 741-762. Disponibl en la url:

<<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=615524>>.

**Sanz, Javier.** “La ‘Odontología’ en tiempos de don Quijote”. Punto de encuentro, Revista Oficial de los Ilustres Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de Galicia. Nº 12, julio de 2005. Págs. 35 y ss.

**Schott, Heinz.** “Die Chronik der Medizin”, edición española adaptada por Cid, Felip. “Crónica de la Medicina”. Editorial Plaza & Janés. Barcelona, 2004.

**Sedano Laño, José María.** “75 años de la vitoriana Fundación Molinuevo”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz nº 157 del 25 de noviembre de 2000. Pág. 28.

**Serrano, Inmaculada.** “La formación de matrona a lo largo de la Historia”. Asociación Navarra de Matronas. Pamplona, 2002. En: <<http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/formacion.pdf>>.

**Siles González, José.** “Historia de la enfermería”. Editorial Aguaclara. Alicante, 1999.

**Solórzano Sánchez, Manuel.** “Francisco Zaragüeta y Linzuain”. Disponible en:

<<http://www.euskonews.com/0298zbk/gaia29804es.html>>

## T

**Tarifa Fernández, Adela.** “Marginación, pobreza y mentalidad social en el Antiguo Régimen: los niños expósitos de Úbeda (1665-1788)”.

Universidad de Granada/ayuntamiento de Úbeda. Granada, 1994.

**Tarifa Fernández, Adela.** “Pobreza y asistencia social en la España moderna: la Cofradía de San José y niños expósitos de Úbeda (siglos XVII y XVIII)”. Instituto de Estudios Giennenses. Jaén, 1994.

**Tellechea Idígoras, J. Ignacio** (editor). “La Ilustración vasca: cartas de Xavier María de Munibe, conde de Peñaflorida, a Pedro Jacinto de Alava”. Eusko Legebiltzarra/Parlamento Vasco. Vitoria, 1987.

**Tranbarger, Gene.** “Supresión de barreras históricas” en Nursing 2004 edición española, Volumen 22, Número 2.

**Tricot, Jean-Pierre.** “The emergence of medical schools in Europe”. Resúmenes del programa científico del 40<sup>th</sup> International Congress on the History of Medicine de la International Society for the History of Medicine. 2006.

## U

**Uribe Etxeberria, Arantxa.** “Marginalidad ‘protegida’: mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930”. Universidad del País Vasco. Bilbao, 1996.

**Urquijo Ibarra, Julio de.** “Cosas de antaño. Las Sinodales de Calahorra (1602 y 1700). Disponible en:

<<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/riev/14335352.pdf>>

**Urteaga, Luis.** “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”. Cuadernos críticos de Geografía Humana. Año V, nº 29, noviembre de 1980. Universidad de Barcelona.

## V

**Valdeón Baroque, Julio.** “El ritmo del individuo: en las puertas de la pobreza, de la enfermedad, de la vejez, de la muerte”. Actas de la VIII semana de Estudios Medievales “La vida cotidiana en la Edad Media”. Instituto de Estudios Riojanos. Logroño, 1998. Disponible en: <<http://www.vallenajerilla.com/berceo/valdeonbaruque/ritmoindividuo.htm>>.

**Vegas Aramburu, José Ignacio.** “San Juan Ante Portam Latinam: Enterramiento colectivo del Neolítico final. Laguardia (Álava)”. Euskonews & Media, núm. 78 (2000/5/12-19).

**Vegas, J.I.; Armendariz, A.; Etxeberria, F.; Fernández, M.S.; Herrasti, L.; Zumalabe, F.** “San Juan ante Portam Latinam. Una sepultura colectiva en el Valle medio del Ebro”. Revista de arqueología. Año XX, núm. 224. Págs. 14-25.

**Velasco y Fernández de la Cuesta, Ladislao de.** “Memorias del Vitoria de antaño”. Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar. Vitoria, 1889.

**Ventosa Esquinaldo, Francisco.** “Historia de la enfermería española”. Editorial ciencia 3. 1984.

**Viana, Salustiano.** “Apuntes de la vida de Lagrán”. Ohitura, Estudios de etnografía alavesa, nº 2. Diputación Foral de Álava. Vitoria, 1984.

**Viana, Salustiano.** “El diario de una parroquia: Lagrán”. Boletín de la Institución Sancho el Sabio, año 15, t. 15, pág. 269-276. Vitoria, 1971.

**Vidaurrázaga e Inchausti, José Luis.** “Nobiliario Alavés de Fray Juan de Victoria. Siglo XVI”. Editorial la Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1975.

**Viñes Rueda, J.J.** “El Dr. D. Nicasio Landa, médico oficial de epidemias en la de cólera de 1854-1855”. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 23, Nº 1. Enero-abril 2000.

**Vitoria Ortiz, Manuel.** “Epidemias de cólera en Vizcaya en el siglo XIX. Estudio histórico-médico-topográfico”. La Gran Enciclopedia Vasca, ed. Bilbao, 1978.

**Vives, Juan Luis.** “Del socorro de los pobres (De subventionem pauperum)”. 1525. Versión de Lorenzo Riber. Marsiega editorial, S.A. Madrid, 1985.

**VV.AA.** “Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión”. Ministerio de Trabajo y Seguridad social. Madrid, 1990.

**VV.AA.** “Los médicos y la medicina en la Guerra Civil española”. Monografías Beecham. Saned. Madrid, 1986.

## **Z**

**Zulueta Fernández, Juan Perfecto de.** “El Pauperismo en Alava: inmigración a la capital, medios de combatirla”. Imprenta Provincial de Álava. Vitoria, 1900.



# Índice.

	Pág.
<b>Abreviaturas.</b>	5
<b>Agradecimientos.</b>	7
<b>Prólogo</b> de Hosanna Parra Vinós. Presidenta del Colegio de Enfermería de Álava.	9
<b>Presentación.</b>	11
<b>Introducción.</b>	19
1. Del cuidado y de los cuidadores.	20
2. Del tiempo y del espacio.	25
<b>Capítulo I. Antecedentes.</b>	
La enfermería en la Era Precristiana.	31
I.1. Prehistoria.	35
I.2. Protohistoria.	41
I.3. Romanización.	47
I.4. Tardoantigüedad.	62
<b>Capítulo II. Edad Media.</b>	
Entre hospitaleros y barberos.	73
II.1. Alta Edad Media.	80
II.1.1. Monasterios y enfermería.	83
II.1.2. El Camino “oculto” alavés a Santiago.	89
II.1.3. Eremitas, Órdenes Militares Hospitalarias y Hospitales urbanos.	92
II.2. Baja Edad Media.	101
II.2.1. La creación de las villas.	103
II.2.2. Los hospitales urbanos.	113

II.2.3. Actores enfermeros. Lo reglado, lo permitido y lo perseguido.	126
II.2.4. Hospitaleros y barberos en Álava en el siglo XV.	156
<b>Capítulo III. El siglo XVI.</b>	
Peste y Renacimiento.	169
III.1. La enfermería en las epidemias de Peste en Vitoria.	174
III.1.1. La enfermería inmediata.	178
III.1.2. La enfermería instrumental.	185
III.1.3. Conclusiones.	197
III.2. Maese Francisco de Herrera, un barbero-cirujano en la peste de 1599 en Vitoria.	201
III.2.1. Primer brote. Del 7 de agosto al 13 de octubre de 1598.	203
III.2.2. Segundo brote. Del 2 de noviembre de 1598 al 16 de marzo de 1599.	208
III.2.3. Tercer brote. Del 31 de mayo a noviembre de 1599.	215
III.2.4. Cuarto brote. Del 30 de agosto de 1601 al 30 de diciembre de 1601.	228
III.3. La reforma hospitalaria de Felipe II.	234
III.3.1. Reconstrucción del hospital de Sta. M <sup>a</sup> . del Cabello.	235
III.3.2. Reducción o concentración hospitalaria.	239
III.3.3. Hospitales y hospicios. La pobreza como problema	245
III.3.4. Los Hermanos de San Juan de Dios.	250
<b>Capítulo IV. El siglo XVII.</b>	
La crisis barroca. Empirismo y espiritualidad.	255
IV.1. Intrusismo profesional. La lucha por la definición competencial entre las profesiones sanitarias. Siglos XVII y XVIII.	265
IV.1.1. Médicos contra barberos y cirujanos.	266
IV.1.2. Cirujanos latinos contra romancistas y barberos.	274
IV.1.3. Cirujanos contra matronas.	288
IV.2. La cuestión de la pobreza	300
IV.2.1. Las instituciones caritativas.	302
IV.2.2. Las viudas.	306

IV.2.3. Los expósitos.	308
IV.3. Hospitaleros y barberos-cirujanos en el hospital de Santiago de Vitoria. Relaciones familiares.	311
IV.3.1. Resultados.	313
IV.3.2. Matrimonio hospitalero.	314
IV.3.3. Barberos-cirujanos.	325
IV.3.4. Conclusiones.	329
<b>Capítulo V. El siglo XVIII.</b>	
Luces y sombras en la Ilustración.	331
V.1. Ilustración y enfermería. El caso alavés.	339
V.1.1. El vitoriano Valentín de Foronda y los postulados sanitarios de la Ilustración alavesa.	341
V.1.2. Las Ordenanzas del hospital de Santiago de 1764.	352
V.1.3. El Hospicio o Casa de Misericordia.	359
V.2. Asistencia hospitalera en Álava en el siglo XVIII.	365
V.2.1. Introducción.	365
V.2.2. Resultados.	368
V.2.3. Conclusiones.	392
V.3. Recursos humanos sanitarios en la Álava del XVIII.	392
V.3.1. El censo de vecinos de 1732.	394
V.3.2. La relación de títulos presentados al Diputado General de Álava de 1733.	402
V.3.3. Conclusiones.	411
<b>Capítulo VI. El siglo XIX.</b>	
De la Beneficencia Pública a la “cuestión social”.	415
VI.1. De hospital cuidador a hospital curador. La enfermería en el hospital de Santiago de Vitoria en el siglo XIX.	
Colabora <b>Ángela Pradell González.</b>	432
VI.1.1. Ordenanzas de 1821. El Enfermero Mayor.	432
VI.1.2. Contrato con las Hermanas de la Caridad de 1826.	441
VI.1.3. Ordenanzas de 1829. Del Enfermero Mayor al Practicante.	445
VI.1.4. Reglamento para el Gobierno Interior de 1837. Consolidación de las Hijas de la Caridad.	451
VI.1.5. Proyecto de Reglamento para el servicio de Ayudante y Practicantes. 1870. El Practicante Mayor o	457

Ayudante.	
VI.1.6. Reglamento para el servicio de practicantes. 1879. El Médico-Cirujano Ayudante de Profesores.	467
VI.2. El cólera en Álava.	477
VI.2.1. Las epidemias de cólera en el siglo XIX alavés.	481
VI.2.2. Enfermería en la epidemia de cólera de 1855.	496
VI. 2. 3. Otras epidemias. La viruela.	504
VI.3. Las primeras respuestas a la “cuestión social”	508
VI.3.1. Modificación del Cuerpo de Beneficencia Municipal. 1883. La Beneficencia Domiciliaria.	511
VI.3.2. La Casa de Maternidad.	516
<b>Capítulo VII. Primera mitad del siglo XX.</b>	
Apuntes para una historia del presente de la enfermería alavesa. 1900-1939.	525
VII.1. Creación del Colegio de Practicantes.	530
VII.2. La “Cuestión Social”. Nuevos horizontes en la asistencia enfermera: trabajadores, maternidad, infancia, ancianos y enajenados.	543
VII.2.1. La legislación laboral. Un campo para la enfermería.	545
VII.2.2. La Casa de Maternidad en el siglo XX.	547
VII.2.3. La “Gota de Leche”.	554
VII.2.4. El Hospital Infantil “Fundación Molinuevo”.	564
VII.2.5. El Asilo Provincial “Santa María de Las Nieves”.	572
VII.3. Cuidados de Enfermería Psiquiátrica.	
<b>Marixa Larreina Zerain y Aurora Herrera Arce.</b>	573
VII.4. La gripe en Álava.	590
VII.5. Los conflictos bélicos y el desarrollo de la enfermería	596
<b>Capítulo VIII. Epílogo.</b>	
Hacia la profesionalización de la enfermería alavesa.	609
VIII. 1. Escuela de ATS del Hospital Santiago Apóstol. <b>M<sup>a</sup> Pilar Aguirre Casillas y Carmen Gistau Torres.</b>	615
<b>Fuentes.</b>	639
<b>Bibliografía.</b>	641
<b>Índice.</b>	666











**Colegio Oficial de Enfermería de Álava  
Arabako Erizainen Elkargo Ofiziala**

**PVP 20 euros**



**ISBN 978-84-612-3716-6**