



La enfermería y el hospital Santiago en la Vitoria del siglo XIX

Manuel Ferreiro Ardións
Juan Lezaun Valdubieco
Angela Pradell González

Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava

La enfermería y el hospital Santiago en la Vitoria del siglo XIX

2006

Manuel Ferreiro Ardións

Juan Lezaun Valdubieco

Angela Pradell González

Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava

Ferreiro Ardions, Manuel

La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del siglo XIX / Manuel
Ferreiro Ardions, Juan Lezaun Valdubieco, Ángela Pradell González.

1ª ed. Vitoria-Gasteiz:

Colegio Oficial de Enfermería de Álava, 2006

144 p.; 21 cm

ISBN 84-605-8641-3

I. Enfermería –Protección, asistencia, etc.-

Álava- s. XIX. 2. Hospital Santiago Apóstol –s. XIX. I. Enfermería y el
Hospital Santiago en la Vitoria del siglo XIX, La. II. Lezaun Valdubieco, Juan.
III. Pradell González, Ángela. IV. Colegio Oficial de Enfermería de Álava

616.083(460.156)''18''

364.4444.046(460.156)

Hospital Santiago Apóstol''18''

Edita: COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ÁLAVA

Diseño y maquetación: Pelcons Publicidad

Impresión: mccgraphics

Tirada: 500 ejemplares

D.L.: VI – 117/06

La Enfermería y el hospital Santiago en la Vitoria del S. XIX

A Manuel Ramón de Echevarría,

Enfermero Mayor y Practicante
del Hospital entre 1820 y 1833.

Por la ilusión de su huella.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACIÓN, MÉTODO Y OBJETIVOS	10
LA ENFERMERÍA Y EL HOSPITAL SANTIAGO EN LA VITORIA DEL SIGLO XIX	13
I. VITORIA EN EL SIGLO XIX	14
I.1. Hacia la modernidad. Política, sociedad y urbanismo.	14
I.2. Las reformas sanitarias del Sistema Liberal en la ciudad.	19
II. EL HOSPITAL SANTIAGO DURANTE EL S. XIX	27
II.1. Antecedentes.	27
II.2. El nuevo Hospital a lo largo del S. XIX.	31
III. LA ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SANTIAGO	44
III.1. Introducción.	44
La profesión en España. Regulación.	44
III.2. La enfermería en el Hospital Santiago de Vitoria.	47
Ordenanzas de 1821. El Enfermero Mayor.	47
Contrato con las Hermanas de la Caridad. 1826.	54
Ordenanzas de 1829. Del Enfermero Mayor al Practicante.	59
Reglamento para el Gobierno Interior de 1837.	
Consolidación de las Hijas de la Caridad.	69
Proyecto de Reglamento para el servicio de Ayudante y Practicantes. 1870. El Practicante Mayor o Ayudante.	77
Reglamento para el servicio de Practicantes. 1879. El Médico-Cirujano Ayudante de Profesores.	88
Modificación del Cuerpo de Beneficencia Municipal. 1883, la Beneficencia Domiciliaria.	96
III.3. La enfermería en el organigrama del Hospital.	105
III.4. Cronograma de los Practicantes.	113

IV. CONCLUSIONES	114
APÉNDICES	123
1. Relación nominal de las figuras enfermeras documentadas en el Hospital Santiago desde su fundación hasta 1900.	124
2. Diccionario terminológico.	131
BIBLIOGRAFÍA	138
AGRADECIMIENTOS	143

INTRODUCCIÓN

En el año 2008 se cumplirán 100 años de la creación del Colegio de Practicantes de Álava, un hito histórico en la profesión enfermera de la provincia que, no obstante, cuenta con más de 600 años de ejercicio profesional, documentado, en Vitoria, aunque difícilmente seamos capaces de retrotraernos más allá de la figura de A.T.S. creada en 1955.

La inexistencia de una mínima recopilación sobre nuestra profesión en la ciudad y la provincia es prácticamente total, y desde luego completa si además pretendemos un enfoque enfermero en su autor.

Es cierto que la documentación es escasa y dispersa, y raramente lograremos hallarla preguntando directamente por las figuras enfermeras que tejieron nuestra historia, sino que más bien nos la “tropezamos” leyendo entre líneas la más diversa de las documentaciones que nos sugieren temas sanitarios o de higiene, por supuesto la de los hospitales y, buscando pacientemente, en censos, registros de actividades profesionales, de defunciones o en actas de litigios, por citar alguno de los rastros seguidos en el presente trabajo. Tampoco desdeñamos la sorpresa de toparnos con antiquísimos compañeros de profesión en las páginas de las recientes generaciones de historiadores que se sumergen en la Historia local con nuevas preguntas a los mismos documentos que estudiaron sus mayores, buscando, a diferencia de éstos, el testimonio de la colectividad, de las mujeres, los artesanos y de aquellos que tradicionalmente ha callado la Historia de los grandes acontecimientos y personajes. Encontramos así referencias a una matrona, a un ministrante judío o a un sangrador muerto a causa de la peste.

De aquí y de allá reunimos piezas de un puzzle incompleto pero que nos da una idea aproximada del lugar y del camino recorrido por nuestra profesión, de quienes nos precedieron hace medio siglo o hace medio milenio, de sus conocimientos y habilidades, y de los cuidados que administraban a quienes, como hoy, pierden el delicado equilibrio de la Salud.

La imagen nunca será nítida ni completa, y ojalá hayan de venir otros que nos corrijan, porque el documento al que preguntamos da respuestas incompletas. A lo largo de nuestra historia la mayor parte de las figuras que hoy relacionamos con la enfermería desempeñaron sus oficios a título privado, apenas generando más documentación que la autorización del municipio para ejercer tras comprobar su titulación, de ahí que la línea de conducción haya de ser, mayoritariamente, la de los profesionales que ejercieron su labor en instituciones, de titularidad pública o privada, que por sus rentas y relaciones administrativas suponen el grueso de la documentación existente.

El trabajo que sigue a esta introducción es buena muestra de lo dicho; el acotamiento de la enfermería al Hospital Santiago de Vitoria sólo tiene el sentido de ser una unidad bien documentada, como institución municipal que era, a diferencia de los escasos rastros de la actividad particular de quienes ejercían su oficio de manera liberal. Podría pensarse que la muestra del Hospital no es suficiente para inferir sus conclusiones a toda la enfermería, y así es, pero la Historia difícilmente puede abstraerse de la interpretación hermenéutica y regirse únicamente por criterios estadísticos. De igual manera somos conscientes de que, dentro del periodo estudiado, quedan cabos por atar y preguntas sin respuesta, muchas de las cuales se nos formulaban a consecuencia de la respuesta obtenida con una pregunta anterior, como las ramificaciones de un árbol. Pensamos haber logrado, con el presente estudio, desenmarañar el tronco, el hilo conductor de nuestra profesión en este crucial periodo, y con ello haber cumplido el objetivo propuesto, pero no dejaremos en recorrer todas sus ramas a medida que hallemos las respuestas.

Finalmente nos cabe esperar que la lectura de esta investigación entre la profesión enfermera despierte en ella un vínculo con su pasado, a partir del descubrimiento de profesionales del cuidado que asistieron a los ascendientes de esta misma comunidad a la que ahora nosotros servimos, de manera secular, desde su misma configuración como grupo social. Porque nuestra profesión es consustancial al germen social del ser humano.

JUSTIFICACIÓN, MÉTODO Y OBJETIVOS

Justificación

La inexistencia de estudios históricos sobre el devenir de la profesión enfermera en nuestra ciudad es suficiente justificación para intentar una aproximación a la misma.

El acotamiento al Hospital Santiago no tiene otro motivo que el de la oportunidad. La documentación generada por el mismo, desde 1428 a 1976, se halla archivada e inventariada en un Fondo específico en el Archivo del Territorio Histórico de Álava. Además, conocemos por fuentes bibliográficas la enorme dificultad de hallar documentos referentes a nuestra profesión fuera de las Instituciones Benéficas hasta bien entrado el siglo XX. Motivos más que suficientes para centrarnos en el estudio de dicho centro reduciendo el riesgo de dispersión y, con ello, de la desmotivación.

Iniciar el estudio histórico de nuestra profesión por el siglo XIX vino dado como resultado de los primeros contactos con el Fondo documental. No sólo se multiplicaba el número de documentos respecto a épocas anteriores, sino que éstos aportaban información sobre un periodo crítico para nuestra profesión que, después comprobaríamos, no era sino una más de las pequeñas crisis que, sumadas, darían al siglo XIX su apariencia convulsa, propia de las épocas en que suceden grandes cambios y reorganizaciones a gran escala que marcan fronteras entre una Edad histórica y otra. La convergencia además de acontecimientos como la propia edificación del actual Hospital de Santiago a comienzos del siglo y su reorganización interna, fruto de los cambios sociales y políticos que acontecían en el país, con importantes repercusiones sobre la enfermería, completan los elementos decisorios.

Esquemmatizando, a priori contábamos con los siguientes ejes que justifican el interés de la presente investigación, sobre la enfermería en el Hospital Santiago durante el siglo XIX:

- Ausencia de estudios históricos previos sobre la profesión enfermera en nuestra ciudad.
- Construcción del actual Hospital Santiago al inicio del periodo a estudio.
- Irrupción política del Liberalismo con cambios sustanciales en el mundo sanitario.
- Inicio de la Beneficencia Pública con apoyo estatal.
- Reglamentaciones precisas sobre las figuras enfermeras, convergencia hacia el practicante.
- Aparición de las Hijas de la Caridad e inicio de la Representación Social de la enfermería actual como vocacional, caritativa y femenina.
- Avances de la ciencia médica moderna, inicio del cambio hospitalario de la priorización del cuidado hacia la curación.
- Perspectiva histórica.

Método

Estudio descriptivo e interpretativo de carácter retrospectivo basado en la revisión de Fondos documentales y bibliográficos.

Objetivos

General:

- Dar a conocer la evolución histórica de nuestra profesión durante el periodo a estudio, en el Hospital Santiago de Vitoria.

Específicos:

- Comprender los cambios en la nominación de las figuras enfermeras.
- Describir las funciones asignadas a estos profesionales, y su evolución.
- Evaluar el aporte de la presencia de las Hijas de la Caridad.
- Enmarcar la evolución de la profesión en los cambios sociales y políticos de la época.

- Valorar los cambios sanitarios introducidos por el liberalismo, y los avances científicos y médicos en relación a la enfermería.

La enfermería y el hospital Santiago en la Vitoria del siglo XIX



I. VITORIA EN EL SIGLO XIX

I.1. Hacia la modernidad. Política, sociedad y urbanismo.

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 la edad media, dominado por una nobleza empeñada en mantener su poder político, territorial y sus procesos productivos ligados a las rentas de la tierras, 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.

Vitoria no sería una excepción de 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 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 parte de la nobleza afrancesada y, frente a ellos, el campesinado, clérigos, algunos nobles 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), restableciendo la Constitución de Cádiz, daría a Vitoria el primer gran impulso hacia la modernidad. Se impondrá la elección del Ayuntamiento por sufragio indirecto, iniciándose 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 S. 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 Hospital de Santiago (1820), la construcción del teatro (1821, en el solar que ocupara el Hospital Santiago) y el inicio de los parques de la Florida y de la Senda.

El regreso de Fernando VII (1823-1833, la década ominosa) paralizaría toda la iniciativa constructiva, y retornaría 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.

La inminencia de la Primera Guerra Carlista (1833-1839) impediría a la ciudad desarrollar estas funciones de capitalidad y supondría un paréntesis generalizado en el desarrollo de la misma, dejando además patente una fractura social entre el Tradicionalismo –personalizado por el carlismo religioso y foral- y un liberalismo heterogéneo, que persistiría a lo largo del siglo restante.

Finalizada la contienda y hasta los años inmediatamente posteriores a la revolución liberal de 1868, la ciudad vivirá uno de los periodos mas 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; este poder burgués frente a la aristocracia tradicional quedaría patente en 1864 al sancionarse oficialmente la urbanización del futuro ensanche de la ciudad a partir de la plaza Nueva, cuyo eje principal la enlazaría en línea recta con la recién creada estación de ferrocarril. El sentido común establecía que partiera desde el eje central de la misma, lo cual perjudicaba los intereses del entonces teniente de alcalde y claro exponente de la nueva burguesía especuladora, logrando finalmente desplazar el eje para que sus terrenos pudieran ser edificables en lugar de expropiados para la calzada.

Durante este periodo la ciudad vivirá grandes 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).

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 hasta 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 población emigrante, en cierta medida fruto de la llegada del ferrocarril, que sería la que permitirá un lento pero paulatino crecimiento de la población, 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 entre carlistas y liberales se consumaría con el estallido de la guerra. La contienda fratricida convirtió a Vitoria en una guarnición militar que paralizó toda la vida civil. La “*Restauración*” borbónica fue 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 al estado, 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 encenderá 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, los carlistas doblarán a los liberales y hará acto de presencia una tercera vía, de enorme importancia en el siglo XX, los republicanos.

Las votaciones de la última década, según los distintos distritos de la ciudad, marcaban claramente la separación de las clases populares acumuladas en la ciudad vieja o en los arrabales al norte de la misma, y clases medias y altas, incluida la vieja aristocracia, que habían ido abandonando el casco medieval hacia la ciudad nueva, a la que iba llegando el alumbrado público, el agua corriente, sistemas de calefacción, la luz eléctrica e incluso a alguna vivienda, el cuarto de baño.

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.

I.2. Las reformas sanitarias del sistema liberal en la ciudad

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), sobre los que el Estado asumía su responsabilidad. Nacerá así el concepto de Beneficencia Pública como deber del Estado Moderno (deber colectivo), frente a la Beneficencia Caritativa como deber de cristiano (deber individual) que se heredaba desde el medioevo. La reforma ilustrada 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. En palabras de Carasa Soto, 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”*. En Vitoria durante el último cuarto del siglo XVIII, y asociado a la acción ilustrada de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País a la que perteneció durante algunos años, destaca la figura de Valentín de Foronda y González de Echávarri como precursor de esta reforma ilustrada. Más conocido por la actividad diplomática y por su pensamiento económico que desarrolló en los primeros años del XIX, durante su primera etapa de residencia en Vitoria (como concejal) y en Vergara (como profesor en el Real seminario) es predominante en sus escritos temas sanitario-higiénicos y educativos, dos de los grandes pilares del pensamiento ilustrado. En 1777 será uno de los 15 fundadores del Hospicio de Vitoria, redactando sus estatutos 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.

La relación e influencia de Foronda con la jerarquía vitoriana no está estudiada, no obstante, destacamos el hecho de que en 1800 la Junta de Obras que prepara el proyecto del nuevo Hospital Santiago utiliza uno de los escritos de Foronda sobre la construcción de hospitales (traducción de un texto francés de Mr, Le Roy de 1787) 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.

En el caso de Vitoria, Hospicio y Hospital son dos realidades paralelas y en algunos casos, sobre todo por el control de las Juntas de gobierno, superpuestas, por lo que resulta difícil ver con claridad la suposición de que la reforma ilustrada pretendía un tratamiento de la pobreza represivo y reeducador más que asistencial, y que por ello cobraba más importancia los Hospicios que los Hospitales. En el presente estudio, centrado en el marco sanitario y el Hospital Santiago, no hemos podido profundizar en esta cuestión del control social sobre la pobreza y la marginalidad. Respecto a la atención asistencial, a lo largo del siglo XIX, en España, precursores como Mateo Seoane o Francisco Méndez Álvaro, trataran 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.

En Vitoria, el hospital de Santiago inaugurado en pleno estallido liberal y constitucionalista (1820) da buena fe de ese espíritu reformador del liberalismo decimonónico, a tenor de lo recogido en el decreto del Ayuntamiento que crea la Junta de Beneficencia del hospital de Santiago y

Cárcel, 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 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 (1823), perdurará, y así lo recogen reglamentos posteriores, un buen número de ordenanzas relativas a la higiene y salud pública acordes con aquellos principios.

Ese mismo interés por el higienismo, corriente ilustrada que afianzará el liberalismo, se aprecia en el resto de la ciudad; igualmente a la par del pronunciamiento de Riego y coincidiendo con el Trienio Liberal se derribó parte de las murallas, se realizan mejoras en el abastecimiento de agua, el embocinado del río Zapardiel o la construcción del cementerio de santa Isabel a extramuros de la ciudad. Medidas estas 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, siendo la prevalencia más difícil de cuantificar, ya que tras la contención de los primeros síntomas, en los que se diagnostica como tal, se daba el alta a los afectados, que al reingresar en estado terminal se les diagnosticaba por los signos y síntomas presentes en ese momento y no como sífilis, por lo que prácticamente no aparece mortalidad atribuible a la sífilis, aunque debió de ser importante. 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, afectando al 8,5 % de la población frente al 1,9% en la epidemia de 1834 y el 0,86 en la de 1885. 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 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*”.

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 m²/hab. en la ciudad vieja, por 84 m²/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. Gerónimo Roure comprueba que existen “*15 ó 20 casas inhabitables que alojan entre 500 ó 600 personas*”.

Paralelamente al desarrollo de estas corrientes higienistas, a lo largo del siglo XIX se conforma la denominada medicina moderna, en

contraposición a la medicina galénica –asimilación de la medicina clásica griega que había dominado en Europa desde la Baja Edad Media- cuya interpretación de la realidad chocaba una y otra vez con la explicación que de la misma hacían los constantes descubrimientos, fundamentalmente a manos de microscopistas y anatomoclínicos, que hicieron del método científico uno de los pilares básicos del cambio. Conceptos como hipótesis, leyes, teorías, patrones y modelos formarán parte de esa medicina moderna de validez relativa y provisional frente a los postulados galénicos inmutables de validez absoluta y definitiva.

Dentro del panorama sanitario, en Vitoria destacamos las figuras de Gerónimo Roure y Ramón de Apraiz.

De G. Roure ya hemos anticipado su vinculación con la Comisión de Salubridad y su papel en la epidemia de Cólera 1855, de la que presentará una Memoria en la que describe la situación vivida, los errores de prevención como la inexistencia de incomunicación (aislamiento), y sobre todo analiza y compara los diferentes tratamientos ensayados, realizando la importante reflexión de que *“se han observado bastantes casos en que la abstinencia de todo medicamento y el uso casi exclusivo de agua fría en la cantidad que deseaban los enfermos, han sido seguidos de curaciones”*, elementos que hoy en día consideramos elementales en los procesos que cursan con vómitos y diarrea, dos de los grandes síntomas del cólera.

Siguiendo su labor en la higiene pública, acude a la Exposición Universal de París en 1867, de la que regresa con dos informes, una Memoria acerca de los estudios practicados en la exposición y un Estudio sobre los hospitales de París, a raíz de los cuales propone mejoras y cambios en el control de alimentos, ventilación, alumbrado, calefacción pública, desagües, conducción y filtración de aguas, limpieza pública, etc.

Pero probablemente su mayor aportación fue el impulso a la vacunación antivariólica, que se generaliza en Álava en 1873. 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 País (el propio Foronda describe el procedimiento en una de sus cartas

sobre la salud pública de 1793), será a partir de marzo de 1873, adelantándose al resto de España, cuando se inicie la vacunación mediante la obtención de linfa de ternera a la que previamente se le habían implantado costras con el virus de la viruela. De 1873 a 1876 se realizan en toda la provincia cerca de 3000 vacunaciones, resaltando el propio Roure su incidencia en la desaparición de algunos brotes epidémicos, por lo que la Diputación decide crear un Centro de Vacunaciones en su propio edificio donde se ubicaba a la ternera “*en una camilla sin acolchar*” para extraer mediante lancetas la linfa que se inoculaba de inmediato en, fundamentalmente, los niños.

De Ramón de Apraiz ya puede constatarse en la reseña citada su espíritu higienista, además de periodístico. Será además el primer presidente del Colegio de médicos (creado en 1898) y director de la revista médica Vasco Navarra (editada entre 1882 y 1887) órgano de la Academia de Ciencias Médicas de Vitoria (fundada en 1881), en la que se recogen interesantes comentarios y objeciones a las leyes sanitarias, siendo de destacar las continuas proclamas a la necesidad de una organización médica por provincias, la disposición a crear convenios de médicos, cirujanos y farmacéuticos en Vitoria, o su posición favorable a la formación de un Montepío provincial o regional. Cuestión esta última muy interesante, porque las sociedades de Socorros Mutuos tuvieron escaso desarrollo en España, salvo en Cataluña, a las que se opusieron tanto gobierno como instituciones sanitarias por las relaciones en muchos casos, reales o percibidas, con el asociacionismo obrero. En el caso de Vitoria, escasamente industrializada, difícilmente revestiría esta vinculación, sino más bien el interés puramente crematístico de sus precursores, otro tema éste, el económico, recurrente en la revista.

Pero de Ramón de Apraiz quedará, fundamentalmente, su enfrentamiento dialéctico con el psiquiatra J. Esquerdo y Zaragoza, director del manicomio de Carabanchel, acerca de la enajenación mental del asesino en serie Juan Díaz de Garayo “el sacamantecas”, que entre los años 1870 hasta ser detenido en 1879, asesinó a una decena de mujeres en los alrededores de Vitoria. Las teorías psiquiátricas a lo largo del XIX, en relación al delito criminal, se orientaron hacia las teorías

regeneracionistas y del criminal nato, en las que concluían la existencia de una estrecha asociación entre los rasgos psíquicos y las malformaciones físicas, y Garayo “*cuya cabeza horriblemente deforme y cuya cara fruncida y confusa, retratan fielmente lo monstruoso de su cerebro y lo turbulento de sus pasiones*” –en palabras de Esquerdo-, encajaba perfectamente en esas teorías. El peritaje de Esquerdo (y F. Sánchez, director del manicomio de Toledo) fueron favorables a la enajenación mental, pero frente a ellos se alzó Apraiz que, defendiendo las conclusiones de un informe solicitado a los médicos de Vitoria, concluía la normalidad de sus facultades y que las acciones criminales se realizaron con “*verdadera libertad moral*”. Apraiz se alzaría victorioso en el debate al dictaminar el juez la culpabilidad de Garayo y condenarle a muerte por garrote vil.

El caso del sacamantecas nos aporta otra interesante noticia médica, ya que tras su ejecución el 1881, se realizó la autopsia a cargo del cirujano mayor de Vitoria y el catedrático de anatomía de la universidad de Valladolid, en un claro ejemplo de la mentalidad anatomoclínica de la medicina moderna, ya que el avance médico del siglo XIX vino a darse en dos etapas distintas que se corresponden con las dos mitades de la centuria, la primera caracterizada por el método anatomoclínico que relacionaba de modo preciso y sistemático la observación clínica del enfermo con su autopsia postmortem (medicina hospitalaria) frente a la segunda mitad del siglo en la que predominó la búsqueda de la explicación racional a los hallazgos anatomoclínicos en base a los saberes físicos, químicos y biológicos del momento; el nuevo santuario de la medicina sería el laboratorio (medicina de laboratorio).

De ambas figuras, Roure y Apraiz, puede decirse que el primero representa el modelo de médico moderno que rompe las ataduras del galenismo, que observa, investiga, experimenta, escribe y publica sentando las bases de la medicina científica, como una excepción, uno más de los náufragos brillantes en el panorama científico español del XIX. Del segundo, al margen de su conocimiento humanístico, predomina más la imagen que representa la consolidación finisecular del médico como clase de prestigio social y que ocupa un lugar en la toma de decisiones del poder político.

Estos cambios en la medicina fueron teniendo su impronta en los servicios sanitarios que se prestaban en la ciudad, pero debido a que la mayor parte de la actividad de médicos, cirujanos y practicantes era privada, apenas tenemos datos documentados, salvo los provenientes de instituciones públicas de beneficencia donde se atendía a los pobres declarados. Así, tenemos noticia de que en el hospital Santiago se estableció una habitación, en torno a 1826, como “*cátedra experimental de Medicina y Cirugía*”, a la que podían acudir todos los médicos y cirujanos de Vitoria a presenciar operaciones, autopsias y escuchar conferencias. Respecto a la medicina de laboratorio, esta debió ser escasa. En el Hospital Santiago no se tiene noticia hasta 1917 de la creación de un laboratorio clínico que, en 1922, contaba únicamente con un microscopio Reichert, una pequeña centrifugadora manual, una colección de materias colorantes y el material de vidrio indispensable para las investigaciones clínicas más perentorias.

II. EL HOSPITAL SANTIAGO DURANTE EL S. XIX

II.1. Antecedentes

El Hospital Santiago fue fundado en 1419 por Fernán Pérez de Ayala y Guzmán y su esposa María Sarmiento con el nombre de Casa de Santa María del Cabello, edificándose en un solar cedido por el Ayuntamiento de Vitoria en el que, al parecer, ya había una casa “*para recogimiento de pobres peregrinos*” desde 1130.

Los primeros documentos directos de la actividad del Hospital datan de 1433, año en el que se establece la cofradía de N^a Sra. del Cabello, apareciendo los primeros libros de cuentas.

Como otros hospitales de la época tiene una orientación múltiple; por una parte servía como albergue a los romeros –peregrinos a Santiago-, se atendía también a enfermos pobres y, por último, era un asilo para ancianos pobres. En palabras recogidas por el cronista del hospital, Marcelo Núñez de Cepeda, “*a todos se les daba cama, luz y calefacción, atendíase a los enfermos en sus dolencias y a éstos y a los pobres asilados se les socorría con tres maravédís al día*”. De la asistencia inmediata de éstos, se encargaba un matrimonio sin hijos, que recibían el nombre de Hospitaleros o Síndicos. Constituyen la primera referencia a un profesional cuidador formal, siendo admitido el reconocer estas figuras como precursoras de la enfermería. Entre 1466 y 1497 aparecen citados como tales, primero Alfonso de Uncella y su esposa, y después Martín López y su mujer.

En diciembre de 1507 el edificio sufre un incendio que lo reduce a cenizas. Su reedificación se ve retrasada debido a la pugna por su patronato –en realidad por el control de las rentas con las que se financiaba el Hospital- entre Pedro López de Ayala, descendiente del fundador, y el Ayuntamiento de Vitoria quien había cedido el suelo y lo regía a través de sus Mayordomos. Finalmente las obras comenzaron, al menos ya en 1525, y en 1535 los descendientes de los Ayala vendieron el patronato del Hospital a la Ciudad por 1.600 ducados de oro.

Desde entonces hasta finales del siglo XX, el Hospital dependerá de la Institución Municipal. De esa fecha es también la denominación de Hospital Santiago. Ya desde su fundación recibió el nombre de Hospital de la plaza por su ubicación, pero será a partir de 1536 cuando comience a llamarse de Santiago al quedar agregado al Archihospital de Santiago de la ciudad de Roma por otorgamiento del Pontífice Paulo III.

En 1566 se documenta las primeras reglamentaciones para el funcionamiento del Hospital a través de unas instrucciones dadas por el Ayuntamiento a los Mayordomos del hospital. Documentalmente no vuelve a aparecer reglamentación alguna hasta 1743 en las que varias ordenanzas municipales hacen referencias al hospital y su gobierno, completadas con las ordenanzas del Hospital de 1764 en las que se determinan los derechos y obligaciones de los Mayordomos, Administrador, Síndico u Hospitalero, Médicos, Cirujano y Capellán.

La figura del Mayordomo constituye el elemento regidor y de representación municipal, existe desde la fundación del Hospital, generalmente en número de dos, que designaba el Ayuntamiento para ejercer durante un año.

Igualmente, el Capellán forma parte del Hospital desde su creación. Asiste al enfermo en el proceso de muerte y administra cuidados espirituales.

La figura del Administrador aparece en 1590, tras reformarse el edificio del hospital y reunir las rentas de los tres establecimientos benéficos que administraba el Ayuntamiento, los hospitales de Santa María, La Magdalena y Santiago. En los primeros años su continuidad es incierta, pues aparecen realizando las funciones del Administrador los Hospitaleros e, incluso, el Capellán.

También desde el inicio aparece la figura del Síndico u Hospitalero. Son los encargados de la asistencia inmediata al enfermo, de su alimentación, la lencería, de la limpieza, la calefacción, etc. son pues la figura clave en el funcionamiento del Hospital. Solían desempeñar este cargo un

matrimonio sin hijos que vivía en el establecimiento con la obligación de asistir a los enfermos y acogidos, darles alimentos y medicinas, así como realizar la limpieza de ropas y aposentos. También tenían el deber de pedir limosna para los acogidos en la casa. Se identificaban por su vestimenta, de paño gris o morado, en la que llevaban una venera con el bordón de Santiago al lado izquierdo. En alguna ocasión, al morir el hombre quedó su viuda como Síndica u Hospitalera.

Su actividad asistencial era esencialmente manual, recurriéndose para la instrumental a la contratación de Barberos (Sangradores, Practicantes, Cirujanos menores, etc., según la época), hasta 1820 en que, por Ordenanza, el Síndico ha de ser también Sangrador, refundiéndose su figura en la del Enfermero Mayor, aunque ya anteriormente habían existido ocasionalmente Síndicos que eran también Cirujanos menores.

La rápida llegada de las Hijas de la Caridad en 1826 anula la prometedora figura del Enfermero Mayor que se disuelve entre la Superiora, el Practicante, las Hermanas y el Cirujano Mayor.

De manera externa al Hospital, el Ayuntamiento contrataba los servicios de medicina y barbería o cirugía para que acudieran a visitar a los acogidos en la casa y los asistieran en sus necesidades de acuerdo a sus conocimientos. Ambas profesiones estaban socialmente degradadas y en los inicios del Hospital se encontraban en manos de la comunidad judía, incluso después del decreto para su expulsión de 1492 continuaron ejerciendo ante la dificultad para sustituirlos. Los Médicos o Físicos accedieron a la formación universitaria desde bien pronto, si bien relegado a un segundo plano, mientras que los Cirujanos tuvieron una formación esencialmente empírica y no alcanzaron su equiparación con el Médico hasta finales del s. XVIII, denostados por estos últimos como "*habilidad manual supletoria*". Entre los cirujanos existieron una amplia gama de denominaciones en función de sus conocimientos y habilidades, que estaban reguladas por el protobarberato, órgano que otorgaba los distintos títulos. Ya en el s. XVIII podía distinguirse básicamente dos categorías, los Cirujanos mayores o latinos (que por su formación bachiller tenían conocimiento de Latín) y que terminarían por unirse a la profesión médica en el s. XIX; y los Cirujanos

menores o romancistas, con menos conocimientos y que englobaban figuras múltiples como el Barbero, el Sangrador, Ministrante, Ayudante, etc. y que acabarían confluyendo en 1857 en la profesión de Practicante.

Por las noticias que tenemos, el Hospital Santiago desde sus inicios fue atendido por Médicos y Cirujanos menores de la ciudad, pagados primero por el Ayuntamiento y luego por el propio Hospital. A partir de 1728 aparecen también Cirujanos mayores nombrados en el Hospital Santiago, aunque la plaza de Cirujano había sido concedida por el Consejo de Castilla a la ciudad en 1689. Como queda citado el Cirujano menor se unirá al Hospitalero creándose la figura del Enfermero Mayor en 1820, figura que en otros hospitales era secular, con acepciones más o menos cercanas al Hospitalero, como en el Hospital de La Misericordia de Toledo en el que aparece en 1459 o en la enfermería Juandediana.

En el apéndice I, se encontrará una relación nominal de aquellos profesionales que se vinculan a la enfermería desde los inicios de su actividad en el hospital Santiago: Síndicos y Cirujanos menores.

A lo largo de la edad moderna los pequeños hospitales gremiales, fundaciones propias, cofradías, etc. que habían surgido durante la edad media, tienden a desaparecer agregando sus rentas a los hospitales que quedaban con el fin de que mantuvieran los objetivos fundacionales de aquellos. Así el Hospital Santiago fue aumentando sus recursos económicos y también creciendo en capacidad, aunque su modelo de organización no varió hasta el s. XIX.

A finales del s. XVIII la ciudad había tomado la determinación de superar sus murallas y extenderse hacia el sur, tomando como partida la construcción de una nueva plaza junto al hospital Santiago. La unión de esta circunstancia con el aumento de las necesidades asistenciales motivó la consideración de construir un nuevo Hospital en 1798.

II.2. El nuevo hospital a lo largo del s. XIX

El 24 de abril de 1800 se aprueba por la Junta de Obras la construcción del nuevo Hospital, eligiendo para ello la actual ubicación que, entonces, recibía el nombre de lugar de “Ollaciega” y se encontraba a la salida de Vitoria por las carreteras que comunicaban con Navarra y Francia. El informe que la Junta de Obras (formaba parte de ella Justo Antonio de Olaguibel, arquitecto de “*los arquillos*”) eleva al Ayuntamiento determinando las condiciones que debería reunir el hospital no tiene desperdicio y reúne todos los avances técnicos, higiénicos y sanitarios al alcance de la época. Como queda citado, dicho informe tiene como base la traducción de un texto francés de Mr, Le Roy de 1787 que realizara Valentín de Foronda sobre la construcción de hospitales probablemente el mismo año y que después reeditaría en 1793 y 1800. Aunque el proyecto final del arquitecto Manuel de Echanove no se acerca en absoluto a los términos de dicho informe, si se destaca la existencia de ese estudio no es sino para resaltar el interés de la Junta de Obras en crear un Hospital actualizado, incluso innovador, aunque quedará, dignamente, en el primer término.

Las obras concluyeron a finales de 1807, tenía planta rectangular y dos martillos en sus extremidades, contaba con tres pisos, el bajo para dependencias del servicio y el principal y el segundo para salas de enfermos, con separación de sexos, destinándose las alas a habitaciones del Administrador, Capellán y Hospitalero (luego Enfermero Mayor). Las salas de enfermos tenían ventanas orientadas al norte y, al lado opuesto balcones que daban a un corredor o galería al sol de mediodía. Las ventanas de las salas de enfermos contaban con un orificio que atravesaba el muro y que servía para desechar por ellos los restos de los sillicos (vasos de noche), escupideras y letrinas, cayendo a un caño empedrado que estaba situado a lo largo de la fachada, en declive hacia un alcantarillado.

Sin embargo, antes de poderse inaugurar el Hospital sobrevino, a últimos de año, la invasión francesa, siendo tomada Vitoria como sede de José Bonaparte y pasando el Hospital a convertirse en Cuartel del Ejército francés. Tras la batalla de Vitoria en 1813 y la salida de las tropas francesas,

el Hospital continuó varios años sirviendo de albergue a militares ingleses y portugueses.

En 1820, con el levantamiento de Riego, la ciudad se contagia del espíritu liberal y constitucionalista que marcaría el Trienio Liberal. El Ayuntamiento iniciará las reparaciones necesarias para volver a acondicionar el edificio a su primitivo destino, además creará una Junta de Gobierno según decreto de 5 de abril de 1820 exaltando los valores liberales:

“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 ...”

La creación de la Junta rompe radicalmente con la secular forma de gobierno del Hospital, en manos de los dos Mayordomos que anualmente elegía el Ayuntamiento, para pasar a tener un órgano de gobierno múltiple con presencia de miembros del Ayuntamiento, los Párrocos y Superiores de las Casas Religiosas de varones, pero también de vecinos de prestigio (extraídos de la élite oligárquica) y novedosamente por el Médico titular del mes y el Cirujano titular.

El 27 de septiembre de 1820, finalizadas las reformas precisas, se hizo el traslado de enfermos del viejo al nuevo hospital:

“Enseguida pasó la Junta reunida al Hospital viejo, donde se hallaban los médicos y Cirujano titular; recorrieron todos juntos las Salas, animaron a los enfermos especialmente a los mas

indispuestos y, hallándolos conformes, se dispuso y verificó la traslación en la forma siguiente:

Primeramente salieron los dos Regidores, cuatro individuos de la Junta y los Facultativos a esperar y recibir los enfermos en el nuevo Hospital; luego salieron todos los enfermos varones que se hallaban en disposición de ir por su pie, acompañados cada uno de ellos de dos individuos de la Junta; enseguida las mugeres que se hallaban en igual caso acompañadas del mismo modo; todos bien abrigados y los mas débiles asidos del brazo de los acompañantes. Siguieron algunas mugeres en sillas de manos, y tres enfermos de gravedad en angarillas de madera, segun lo habían dispuesto los facultativos, acompañados de los demás individuos de la Junta, del Cura del Hospital y de otra porción de gentes que les seguía”.

En el verano de 1821 se aprueban nuevas ordenanzas en las que se recogen las funciones de la Junta y modificaciones en varias figuras realizadas a primeros de año. Se suprime el cargo de Administrador que lo asume el Mayordomo, la figura delegada de la Junta en el Hospital será el Semanero, puesto en el que irán rotando la mayor parte de los miembros de la Junta por semanas. El Síndico u Hospitalero desaparece como término, al incluirse como obligación del mismo el ser Sangrador o Cirujano, pasando a denominarse Enfermero Primero o Enfermero Mayor. De esta manera entra en la vida diaria del Hospital, con residencia en el mismo, el Sangrador, unido indisolublemente a la figura enfermera tradicional del Hospitalero y, en consecuencia, las dos vertientes de la enfermería quedan unidas en una figura que representa la esencia del Hospital y es la base de su buen funcionamiento.

Según la Junta estas modificaciones quedaban justificadas “no sólo en que así se hallarían mejorados los servicios, sino también en una gran economía [...] pues antes ascendía a 14.824 reales el presupuesto de gasto del personal y ahora sería sólo de 8.800”.

Respecto a la dotación del Hospital esta debió ser buena y, en cualquier caso mejor que la de la mayoría de los hospitales de beneficencia existentes en España. Una de sus principales virtudes era que el edificio había sido diseñado y construido con la finalidad hospitalaria. En abril de 1821 se registran el número de camas existentes, destacando que la mayoría eran de hierro, algo casi insólito en el panorama benéfico:

Sala 1ª de hombres, 15 camas de hierro y 4 hechas de madera.

Sala 2ª de hombres, 1 cama de hierro y 1 hecha de madera.

Sala 1ª de mujeres, 13 camas de hierro y 8 hechas de madera.

Sala 2ª de mujeres, 3 camas de madera.

También en el libro de Actas de 1820 se lee que los enfermos *“según fueron llegando al nuevo Hospital iban colocándose [...] en las camas de fierro que estaban preparadas con dos colchones, dos sábanas, dos mantas y dos almohadas, casi todo nuevo”*.

Además en las ordenanzas se refieren a la dotación por enfermo ingresado, incluyendo: jergón, colchón, almohada, almilla, gorro, mantas, escupidera, servilleta, cuchara, jarrilla y mesita para más comodidad y aseo.

Partiendo de las obligaciones del Enfermero Mayor (ampliadas en el siguiente capítulo) en las Ordenanzas de 1821 cabe pensar que la dotación era adecuada, pero también la actuación del personal, la calidad de la alimentación y la lavandería así como los recursos instrumentales para su labor de Sangrador (vendajes, instrumental de corte, sanguijuelas que se criaban en el propio Hospital, etc.).

De estos primeros años del Trienio Liberal queda constancia de varias obras de corte higienista, del estilo de las efectuadas en la ciudad. En 1821 se hizo una fuente en la huerta, aprovechando la traída de agua desde Olárizu, también se plantaron unos 50 árboles alrededor del Hospital para purificar el aire y se hicieron contraventanas en las salas grandes, salas de enfermos que se ampliaron en 1822 en uno de los martillos del edificio.

Un último punto en este periodo hace alusión a la forma de un convenio entre el Comisionado de Guerra y el Hospital en 1821 para la atención de los enfermos militares, una constante ésta a lo largo de todo el convulso y belicoso siglo que trajo de cabeza al Ayuntamiento y a la Junta del Hospital ya que no siempre se remuneraban esas estancias, o se hacía tarde, o se condonaba o permutaba por otros bienes.

En 1823 retorna el absolutismo de Fernando VII con una implacable persecución de todo atisbo de liberalismo. Del Hospital, que se tenga constancia, fueron perseguidos el capellán Pedro Ortíz de Zárate, el cirujano Cipriano María de Urívarri y el farmacéutico Justo Somonte.

La primera repercusión fue la supresión de la Junta de Beneficencia y el retorno a las Ordenanzas de 1764, con el gobierno del Ayuntamiento a través de la designación de dos Concejales que recibían el nombre de Mayordomos. Sin embargo, se presenta al Rey un nuevo proyecto de Ordenanzas en el que se incluye una Junta de Gobierno, haciendo hincapié en la relación secular del Patronato Municipal sobre el Hospital, el sentido caritativo de la Junta y la inclusión de los cuatro Párrocos de la Ciudad, tres prelados de las comunidades religiosas y el Director Espiritual de las Hijas de la Caridad, terminando la súplica con el recuerdo a la Real Junta de la Casa de Misericordia (Hospicio) que había sido confirmada por el abuelo de Fernando VII en 1778. El 30 de septiembre de 1829 una Real Orden resuelve positivamente la súplica aprobándose las nuevas Ordenanzas del Hospital y confirmando la validez de la Junta de beneficencia que había comenzado a funcionar nuevamente en 1826 con motivo de la llegada de la Hijas de la Caridad.

La Ley de Beneficencia Pública de 1822 que desarrollaba las Juntas Municipales de Beneficencia como unidad básica de asistencia ya recomendaba en su artículo 14 realizar contratos con las Hijas de la Caridad *"para desempeñar todos los cargos de beneficencia que les están encomendados"*. No obstante, a criterio del cronista Núñez de Cepeda las razones para traer a la congregación de San Vicente de Paúl radicaba en la preocupación y *"disgustos que le proporcionaban las continuas desavenencias entre Administradores, Cirujanos y Hospitaleros"*, además del *"deficiente servicio"*

que, tanto en comidas como en medicamentos y limpieza, se dejaba sentir el Hospital" así, teniendo conocimiento el Ayuntamiento de la "gestión admirable que las Hijas de la caridad llevaban a cabo en el Hospital de Bilbao" proponen al Concejo iniciar negociaciones con el Visitador General de la Orden, aceptándose por unanimidad. El 23 de noviembre de 1826 se firma el contrato entre la Congregación y la Ciudad, iniciándose su actividad el 1 de enero de 1827.

Llegaron 8 hijas de la Caridad, una Superiora y 7 hermanas, el domingo 17 de diciembre de 1826 para hacerse cargo del Hospital, trastocando de manera rotunda la organización del centro. La Madre Superiora asume las funciones organizativas y de gestión del antiguo Hospitalero o Síndico y las hermanas sus funciones asistenciales, desposeyendo así al Enfermero Mayor, heredero de aquella figura, de la mayor parte de sus atribuciones, quedando únicamente como sangrador al que, además, resta funciones el auge del cirujano mayor durante este siglo tan prolífico en guerras; la unión de las labores enfermeras del Síndico y el barbero-sangrador se rompe apenas 6 años después de acontecida. La figura del Enfermero Mayor se trastoca a Practicante y el peso de la enfermería como esencia del hospital comienza a desaparecer.

Médicamente, el Hospital contaba con la visita diaria, una hora a la mañana y otra a la tarde, de un médico –se turnaba entre tres que tenía contratados el Ayuntamiento- y de un cirujano que además ejercía de comadrón. Las capacidades curativas de los mismos era limitada dado el conocimiento de la época, y puesto que los recursos del Hospital no podían mantener procesos crónicos o de larga estancia, en las Ordenanzas de 1821 se recuerda a estos facultativos que por las anteriores Ordenanzas (suponemos que se refiere a las de 1764) determinados procesos no podían admitirse por incurables. Queda recogido de la siguiente manera:

“Los señores facultatibos tendrán presente que por las ordenanzas anteriores del hospital se declararon inadmisibles en él, por Medicina

*La Tisis y Eteca confirmada
El Escorbuto*

*Enfermedades venereas
Perlesía perfecta antigua
Aszhma
Mania confirmada
Alferecia Hidropatica
Escirros internos
Hidropesía por vicio umefante ú otro incorregible
Empiema por el peligro de pasar á tisis*

Cuyas enfermedades se declararon incurables asi como por Cirugia

*El Cancer
Lamparones
Lepra
Tumores*

*Ulceras y Demas que á juicio prudente de los Medicos y cirujano
tengan por muy largas la probabilidad de incurables...”*

No obstante esto, observaremos que procesos como la sífilis son frecuentes, o que dentro del diagnóstico genérico de “catarro”, que proporciona los mayores índices de mortalidad habría procesos respiratorios de Asma y tuberculosis, patología esta última casi endémica y que llevará a continuas peticiones –a últimos de siglo- de los facultativos para proceder a la construcción de un pabellón de aislamiento, lo cual se logrará ya iniciado el s. XX con un pabellón separado del Hospital primero –1908 en el polvorín- y después en un ala o martillo del propio hospital (1929). Esta aparente contradicción se explica en las propias Ordenanzas de 1821 en las que se añade a la relación transcrita la posibilidad de aceptar alguno de estos casos :

“...pero como los progresos hechos en el arte de curar por una parte; y la intención de la Junta por otra, es de extender los auxilios á la humanidad doliente, se les aplicará y recogerá instrucciones de lo que deba hacerse cada uno en su ramo” [el médico y el cirujano].

En 1835 el Hospital habrá de afrontar su primera prueba de fuego ante la llegada de la primera de las tres epidemias de Cólera que sufriría la ciudad durante el siglo XIX. El desconocimiento de la enfermedad así como el fracaso de las medidas terapéuticas como de prevención y aislamiento supusieron un esfuerzo asistencial sin precedentes, donde las clases más desfavorecidas fueron las más perjudicadas. A diferencia de la epidemia de 1855, Vitoria no sufrió el peso de la misma que afectó mayormente al sur de la provincia generando en aquellas zonas rurales una situación de pobreza que impulsó un importante éxodo hacia la ciudad.

Estos años en el Hospital suponen la definitiva consolidación de las Hermanas de la caridad al frente del mismo. Si tomamos como testimonio al cronista Núñez de Cepeda, sacerdote además de archivero, la labor de la Congregación fue ejemplar, al igual que lo era el modelo organizativo y las infraestructuras del Hospital. Contamos con otras aportaciones que parecen confirmar esa impresión. La más extensa y detallada proviene de la *“Revista Pintoresca de las Provincias Vascongadas”* que en el año 1846 dedican un artículo al mismo con aires un tanto panegíricos; más objetivos –y escuetos- son los datos ofrecidos por Pascual Madoz en su *“Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar”* de 1850. Si comparamos estos datos y los recogidos en actas y ordenanzas del Hospital, y los comparamos a la trágica situación de la mayoría de los Hospitales españoles, descrita por Francisco Méndez Álvaro, secretario del Consejo de Sanidad del Reino y gran teórico sanitario del s. XIX en su artículo *“Beneficencia pública. Estado actual de la beneficencia en España”* de 1849, podremos concluir que la situación del Hospital Santiago a mediados del siglo era envidiable para los patrones del momento.

La *“revista Pintoresca...”* de manera rotunda aseguraba en 1846:

"Pocos establecimientos públicos (podemos asegurarlo sin temor de ser desmentidos) se encontrarán en España no solamente que aventajen sino que igualen al Hospital de la ciudad de Vitoria".

Continúa la misma revista con una descripción de las instalaciones, que son todavía las mismas con las que se inauguró el hospital 25 años antes.

“El edificio tiene una planta rectangular de 240 pies de extensión de norte a mediodía y de 106 de oriente a poniente. Consta de dos pisos, además del bajo, y tiene cinco salas para enfermos denominadas Santiago, San Ildefonso, San Vicente, San José y San Juan; las dos primeras se sitúan a la parte norte pero con ventanas de comunicación al mediodía: estas salas tienen treinta y dos camas cada una con mucho desahogo y comodidad.

Hay dos galerías cubiertas a la parte del mediodía y al nivel de las citadas salas principales, para recreo y solaz de los convalecientes con hermosa vista al campo. Hay también además dos pequeñas salas o departamentos de arresto con cuatro camas cada uno que sirven para enfermos presos. Se encuentran asimismo piezas separadas con una o dos camas para personas particulares que quieran ser trasladadas desde sus casas al Hospital durante sus enfermedades, en el cual, mediante una módica retribución, son cuidadas y tratadas con un esmero extraordinario y tan bien o mejor quizás que en sus propias casas.

El Hospital cuenta en total con ciento veintiséis camas, con absoluta separación de sexos; los hombres ocupan el piso principal y el segundo las mujeres.

Dentro del Edificio están las habitaciones de las Hermanas de la Caridad, Capellanes, sirvientes y ayudantes de cirugía; así como la sala de juntas, la botica y rebotica, el depósito de medicinas, la capilla y sacristía, la espaciosa cocina, el comedor de las Hermanas, el cuarto de labor de las mismas, un departamento muy capaz para la autopsia de cadáveres y un grande y espacioso granero.

Hay además huerta, patio, pozo-depósito de sanguijuelas, un excelente lavadero y coladero y una gran sala para almacén de ropas, que llama la atención de cuantos entran en ella por su aseo y la abundancia de sus armarios tanto de sábanas, almohadas, fundas, sobrecamas como de camisas, calzoncillos, chaquetas, gorros, etc.”.

Tanto la “Revista Pintoresca...” como el “Diccionario...” de Madoz coinciden más o menos en el número de estancias diarias que tenía el hospital de media. Por parte de la revista se dice:

“Se calcula que son cincuenta el número de enfermos que hay diariamente en el Hospital entre los transeúntes que son admitidos en virtud de papeleta orden del Alcalde y los habitantes de la ciudad con un alta o certificación de uno de los facultativos titulares. De modo que las estancias de un año ascienden a diecisiete mil doscientos cincuenta, y los gastos que originan, incluso el pago de los dependientes, a 92.669 reales; corresponde a cada enfermo un gasto de cinco reales y medio diarios, que aunque parece excesivo no lo es, si se atiende al esmero, cuidado y aún lujo, con que están asistidos los enfermos”.

Mientras que para Pascual Madoz el número de los enfermos diarios es de 50 a 70: “entran anualmente sobre 200 varones y 300 hembras, que causan unas 20.000 estancias. Salen en el mismo espacio de tiempo curados 420 y muertos 80”, una mortalidad del 16%.

Mayor diferencia expresan ambos textos respecto al balance económico de la Institución, si bien aquí Madoz hace un claro redondeo mientras que en la revista se presenta un pormenorizado balance:

“El Hospital cuenta en 1846 para su sostenimiento con rentas propias, consignaciones, arbitrios y eventualidades. Las primeras consisten en [...] dos casas, una en Madrid y otra en Vitoria; [...] trigo de sus pertenencias [...] y réditos [...] de capitales propios.

Las consignaciones consisten en varias pensiones a favor del Hospital. [...] Además en calidad de arbitrios se abona al Hospital dos maravedís por cada libra de carne que se vende en las tablas públicas de la Ciudad, [...] y finalmente las eventualidades son el importe en venta de ropas y efectos que se inutilizan, estancias causadas por forasteros de pago, legados, mandas, limosnas, etc.,...” todo lo cual asciende a “una totalidad de ochenta y ocho mil cuatrocientos dieciséis reales y nueve maravedís vellón”.

“Sus gastos, por año, están regulados en la forma siguiente:

	Reales	Maravedís
<i>Viveres, utensilios, combustible,</i>	54.750	
<i>Gastos de la botica,</i>	4.000	
<i>Reposición, composición de camas,</i>	1.500	
<i>Empleados, ayud.cirugía,Hijas Car.</i>	19.892	17
<i>Cargas del Hospital contra sí</i>	1.156	19
<i>Sueldos de Capellanes y culto</i>	7.170	
<i>Gasto generales, fincas, entierros</i>	4.200	
TOTAL	92.669	2

Déficit de cuatro mil doscientos cincuenta y dos reales con veintisiete maravedís, que tiene que cubrirse con ahorros extraordinarios o con donativos de personas filantrópicas”.

Además, el Gobierno tenía una deuda con el Hospital por estancias de militares en los años de 1823, 1835 y parte del 36; así como por el valor de una casa propia del Hospital que fue demolida por efecto de la construcción de las obras de fortificación en Vitoria. Zamora y la Coruña también debían dinero por estancias causadas por carabineros enfermos que pertenecían a ambas provincias.

Madoz da otros datos para el régimen económico del Hospital en el año de 1850:

"Las rentas proceden de fincas propias, legados piadosos y arbitrios municipales y ascienden a la cantidad de 60 a 70.000 reales, siendo igual poco más o menos la suma de gastos".

La segunda mitad del siglo comienza para el Hospital el año 1855 en que se proyecta una profunda remodelación y ampliación del edificio, al mismo tiempo que habría de hacerse frente a la segunda y más virulenta de las epidemias de cólera. Durante la misma tendrá un destacado papel el cirujano del Hospital Gerónimo Roure, quien además impulsará una importante actividad docente en el Centro, creándose unas aulas de formación destinadas a impartir conferencias medico-quirúrgicas por parte de los médicos titulares del Hospital, destacándose la importancia del medio hospitalario en la preparación médica frente a quienes no participaban de esa experiencia. La calidad de las lecciones impartidas queda contrastada por el eco que tuvieron en distintas publicaciones médicas estatales que reproducían las sesiones.

En 1867, Gerónimo Roure, miembro también de la Junta Provincial de Sanidad, viajará a París con motivo de la Exposición Universal, de la que regresará cargado de ideas para mejorar el estado higiénico-sanitario de la ciudad, y también del Hospital. Así en 1870 "se autorizó a la comisión de Obras para escribir a París a Mr. Chevalier para ver si podría venir a esta ciudad con el objeto de colocar en el Establecimiento un calorífero para templar todo el edificio. En agosto de dicho año vino a instalarlo el Sr. Chevalier terminando su colocación en octubre, haciéndose por aire caliente y costando cinco mil pesetas".

También en 1867, se proyecta edificar una capilla en el Hospital, pero problemas financieros primero y la segunda guerra carlista después retrasarían su finalización hasta 1883. Ese año, el Ayuntamiento modificará la estructura de la Beneficencia Municipal, creando un reglamento de partidos médicos por el que divide la ciudad en cuatro distritos atendidos por un médico y un practicante dando inicio a la beneficencia domiciliaria. El Ayuntamiento reserva a los dos facultativos que ocupan los primeros puestos en el escalafón para destinarlos al Hospital, ocupando uno la plaza de medicina y otro la de cirugía, desde entonces el médico es fijo del hospital y no ha de turnarse con otros para asistirlo (aunque no depende del hospital, como los practicantes o criados, sino del Ayuntamiento).

De la última década del siglo contamos con el trabajo de Ana Acebal sobre las enfermedades y medicinas empleadas en el Hospital durante esos años. De su investigación extraemos que entre 1880 y 1890 las enfermedades con mayor incidencia fueron: el catarro con el 58,8%, la viruela con el 26,5% y la sífilis con un 14,6% (los porcentajes se refieren a la suma de las tres patologías, su objeto de estudio, y no a la suma de todas las enfermedades diagnosticadas), falleciendo casi tres veces más los enfermos de catarro que de viruela.

En 1883 también se discute en el Hospital la necesidad de cambiar el alumbrado de candilejas por el de gas. Los médicos no se oponen pero establecen la condición de que *“debía de cuidarse que el número de luces se hallase en relación con el local que había de iluminarse a fin de que no consuman una cantidad de oxígeno superior a las buenas condiciones higiénicas que las salas necesitan y que las luces deberán ir cubiertas por bombas o pantallas de cristal opaco”*. Finalmente no se colocó el alumbrado a gas y se esperó a 1894 para realizar la instalación eléctrica. El Hospital entraba en el siglo XX.

III. LA ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SANTIAGO

III.1. Introducción

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 realizan su labor en el mismo. En este sentido, a pesar de la proliferación de términos que aluden a oficios auxiliares del médico y cirujano (sangrador, cirujano menor, de segunda, de tercera, romancista, ministrante, barbero, sangrador, practicante, etc.) que aparecen o coexisten a lo largo del s. XIX, al menos hasta la unificación y reconocimiento del título de practicante (1857), en la reglamentación hallada, al margen de la figura del Enfermero Mayor heredada de una organización previa y que durará probablemente hasta 1826, nos encontramos solamente con la figura del practicante o ayudante, auxiliada por enfermeros hasta la llegada de las Hijas de la Caridad que ocupan ese lugar.

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 los reglamentos del Cuerpo de Beneficencia Municipal de 1883, el específico para los practicantes de 1884 y otros reglamentos del Hospital Santiago que regulan a profesionales concretos, siendo de especial interés el del médico-cirujano ayudante de profesores de 1879.

- **La profesión en España. Regulación**

Hemos calificado en varias ocasiones el s XIX como convulso para recalcar las enormes dificultades que los legisladores sanitarios tuvieron para dar continuidad a sus propósitos, así la enseñanza y ejercicio de las profesiones sanitarias dependía de instituciones rectoras que fluctuaron a lo largo de toda la centuria: Tribunal de Protomedicato, Junta Suprema de

Sanidad, Tribunal Superior de Salud Pública, Juntas supremas de la Facultad de Medicina, Real Junta Superior Gubernativa de Medicina, etc.

El hito esencial para nuestra profesión fue el reconocimiento del título de Practicante donde confluyeron distintos oficios como los cirujanos menores o los sangradores 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, su denominación oficial parte de la ley de 9 de 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 o reemplazaba a 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, estableciéndose en muchos pueblos como único profesional responsable de la salud de sus habitantes, lo que propició la acusación de intrusismo por parte de la profesión médica. El resultado fue la supresión de los estudios de practicante en 1866 creando en su lugar la figura del Facultativo habilitado de Segunda Clase, lo que no suponía ninguna solución a las necesidades sociales por lo que se retorna a la profesión de practicante dos años después según la Orden de 27 de Octubre de 1868.

III.2. La enfermería en el Hospital Santiago de Vitoria.

- **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 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. Respecto a la enfermería, el cambio esencial acontece en 1826 cuando se hicieron cargo de la asistencia las Hijas de la Caridad y, aunque no disponemos de documentos que hilen adecuadamente la transformación de la figura del Enfermero Mayor a la del practicante, que no debió de ser brusca, en las ordenanzas de 1829 ya había desaparecido el primero, a pesar de mantenerse la misma persona, Manuel Ramón de Echevarría, que ejerce sus funciones desde 1820 hasta 1833, apareciendo primero como Enfermero Mayor y luego como Ayudante o Practicante.

Así pues, respecto a la enfermería podemos definir un primer periodo cronológicamente bien definido, entre 1820 y 1826, donde la figura de referencia es el Enfermero Mayor en la persona de Manuel Ramón de Echevarría.

El Enfermero Mayor, en el caso de nuestro Hospital, nace como unión de otras dos figuras, la del Síndico u Hospitalero y la del Sangrador o Cirujano menor. Desde la fundación del Hospital en 1419, había existido la figura del Hospitalero, normalmente en forma de matrimonio, siendo el cargo en el que se confiaba el funcionamiento práctico y diario del hospital. Asistían a los enfermos y acogidos, dándoles alimentos y medicinas, además realizaban la limpieza de ropas y aposentos. Se ocupaban desde la compra de la carne a la preparación y administración de las comidas, incluso, en los primeros tiempos, estaban obligados a pedir limosna para los enfermos. Probablemente en sus inicios los cuidados asistenciales se redujeran a lo más inmediato, y los conocimientos fueran menos valorados que su

vocación de servicio y caridad, ya que para la asistencia de cuidados más especializados o técnicas instrumentales se contrataban los servicios de un barbero (sangrador, ministrante, cirujano, etc). A finales del siglo XVIII se conocen los casos de varios Hospitaleros o Síndicos que además eran Sangradores, por lo que puede suponerse que realizaban ambas funciones.

No sabemos si fue 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 ...”*. 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 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-, 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. El Sangrador, a través de su unión con el Síndico, que habitaba en el establecimiento, pasa a ser permanente en el Hospital. A cargo del Enfermero Mayor está toda la labor asistencial siendo auxiliado por un enfermero segundo para las salas de hombres y una enfermera para las de mujeres, realizando éstos las labores asistenciales más inmediatas que hoy atribuiríamos a las funciones de la auxiliar de enfermería. 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. Finalmente, realiza los cuidados técnicos propios de su condición de Sangrador.

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 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. 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, 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, 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 quexa 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.

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 sábanas, 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 facultativos 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 romancista.

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 facultativos”. “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, 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)”*. Esta labor no debe ser muy del agrado del enfermero, ya que en los próximos reglamentos se recalca y recuerda la obligación de hacerlo.

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 pérdida 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”*.

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. Y aunque hasta las Ordenanzas de 1829 no apreciamos claramente los cambios acontecidos, especialmente respecto al Enfermero Mayor, ya que parte de sus funciones, las que históricamente atribuimos al Hospitalero, serán asumidas por la Madre Superiora -que pasa a ser la figura clave en el hospital- y las Hijas de la Caridad, con toda probabilidad la prometidora figura del Enfermero mayor había desaparecido en 1826.

- **Contrato con las Hermanas de la Caridad. 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 (con retraso sobre la hora prevista de llegada, haciendo esperar al comité de recepción formado por representantes del Ayuntamiento y del Hospital) 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 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, 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:

2^a *“Las Hermanas de la Caridad deberán observar las ordenanzas y reglamentos que actualmente rigen, [...] menos aquellos que directa o indirectamente se opusieren a las reglas de su Instituto...”*. 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 trata de recuperar tras súplica al Rey, y que funciona de hecho a partir de este año de 1826 aunque el beneplácito real tuviera fecha de 1829.

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 derecho, 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.

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, almacen 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 ocuparan, 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 habitación [...] 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 dará 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^a *"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,..."*. 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. 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^a *"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 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.

- **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 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, a partir de ella se organiza 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 infraestructura 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. 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 “poder” 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 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 Sangrador 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 los 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, al cambio acontecido en la profesión es radical, al menos sobre el papel, y marcará el peculiar desarrollo de la misma hasta nuestros días. Tres son los elementos fundamentales:

1. La desaparición del Enfermero Mayor.
2. La vinculación religiosa y
3. La separación de género.

1. El Enfermero Mayor era la figura sobre la cual giraba todo el funcionamiento de la institución hospitalaria, se trataba de un profesional competente y autónomo que desempeñaba funciones organizativas, dirigía en la práctica todas las actividades asistenciales directas (cuidados) e indirectas (hostelería), aplicaba cuidados con un corpus de conocimientos propio y delegaba y supervisaba cuidados inmediatos a enfermeros a los que instruía para optar a ser practicantes. En consecuencia, podemos afirmar que el Enfermero Mayor realizaba funciones Administrativas, Docentes y Asistenciales, sin poder identificar funciones investigadoras.

La llegada de las Hijas de la Caridad, hecho generalizado en toda España, aunque se atribuya por el cronista Núñez de Cepeda a problemas internos del Hospital, obliga a modificar las funciones del Enfermero Mayor ya que el contrato que se establece entre el Ayuntamiento y las Hijas de la Caridad deja en manos de éstas el esquema organizativo del Centro por lo que lo adecuan a lo que venía estableciendo su Orden en los centros de beneficencia públicos y privados en los que iban desempeñando su labor. La primera consecuencia es una homogeneidad en el funcionamiento de los centros públicos y privados de toda España que todavía palpamos hoy día como herencia de ese momento. La segunda consecuencia es la desaparición del Enfermero Mayor ya que la figura sobre la que ahora girará el Hospital es la Madre Superiora que pasa a desempeñar las funciones administrativas de aquél, rompiendo la unión entre esas funciones y las asistenciales que mantenía el Enfermero Mayor fruto de la yuxtaposición de las figuras del Síndico Hospitalero y del Sangrador.

La enfermería deja de ser el eje del Hospital, y ocurre en este momento, mucho antes de que el desarrollo de la medicina introduzca a los médicos en la organización estable del Hospital y los avances terapéuticos modifiquen la orientación hospitalaria del cuidado y acompañamiento de la muerte hacia una curación cada vez más cotidiana y real. En este mismo sentido también se podría hablar de la influencia que pudo suponer el cambio del marco conceptual de la Beneficencia. Nos referimos al hecho de que desde el medioevo la orientación de la beneficencia, fuera particular, gremial, municipal o de otra índole, respondía a un sentido caritativo y religioso de motivación personal incluso cuando amparaba una solidaridad gremial (en el sentido moderno de Socorros Mutuos) cuya finalidad esencial era el de proporcionar los cuidados inmediatos que suplieran la carencia de cuidados informales familiares, siendo el elemento curativo –en cuanto a intervención del conocimiento humano- secundario, ya que la enfermedad era entendida como castigo divino; pero con el modelo liberal ilustrado de Beneficencia Pública en la que el Estado asume la responsabilidad de la atención a la “*humanidad doliente*”, lo hace bajo el concepto de enfermedad como desequilibrio social y medioambiental (pobreza, hacinamiento, suciedad, etc.) y como control social de marginados, pobres y eliminación del vector humano de contagio en epidemias. En consecuencia, su finalidad es la restauración de la salud a través de medidas higienistas controladas por el estamento facultativo que se consolida como clase, comienza a formar parte de las estructuras políticas y decisorias conformando desde su punto de vista el corpus legislativo sanitario del liberalismo.

2. La extensión del control hospitalario por las Hijas de la Caridad a lo largo de la geografía española marcará ineludiblemente la vinculación de la enfermería con esta Congregación y por ende con el ámbito religioso prácticamente hasta el reconocimiento como titulación universitaria de la profesión en 1977.

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. Mientras la medicina avanzaba en el método científico, desligándose de las interpretaciones medievales y renacentistas de la medicina galénica, la enfermería de base seguía unida al cuidado caritativo medieval.

En el caso del Hospital Santiago a lo largo del siglo XIX, las Hermanas de la Congregación suplen a todo el personal auxiliar y de oficio excepto a los criados y al mozo enfermero, además de arrebatar poco a poco funciones al Practicante (preparación de medicamentos, administración de algunos, aplicación de ciertos tratamientos, etc.) configurándose como Representación Social la imagen de la religiosa junto al enfermo.

3. La aparición de las Hijas de la Caridad supone también un peculiar elemento configurador de la representación de género asociada a la profesión enfermera hasta tiempos muy recientes.

La separación profesional entre sexos en la enfermería española es un hecho constatable hasta su unificación en la diplomatura universitaria de enfermería en 1977 (BOE nº 298 de 13 de diciembre de 1976) y aún se deja sentir en la proporción de hombres y mujeres que se gradúan en las promociones más recientes. Hasta entonces existía una rama esencialmente masculina representada por el Practicante que es el heredero de esa figura enfermera con formación reglada, conocimientos propios y capacidades “técnicas” que puede rastrearse desde la baja edad media bajo nombres como Hospitalero, Beedor, Sangrador, Barbero, Cirujano menor, romancista, etc., y que son hombres por la idiosincrasia social de

marginalidad hacia la mujer para el acceso a los oficios, excepción hecha, llamativa por única, de la Matrona, que ha acontecido históricamente hasta mediados del s. XX. La segunda rama de la enfermería es la destinada a proporcionar cuidados inmediatos al enfermo y que tradicionalmente no ha requerido conocimientos propios ni más habilidades especiales que la vocación de servicio, amparada en las virtudes cristianas de caridad, piedad, abnegación, sacrificio, etc. y que, hasta la llegada de las Hijas de la Caridad, existían de ambos sexos para atender a la estricta separación de salas para hombres y salas para mujeres. Estos trabajadores fueron suplantados por la congregación religiosa que marcó definitivamente la representación femenina de la profesión enfermera, y no sólo por la cualidad femenina de sus integrantes, sino que fue ayudada por el devenir histórico como la guerra de Marruecos o la Civil en la que la ausencia de hombres y las necesidades sociales impulsaron un auténtico bum de enfermeras que, más tarde, con la creación de la figura de la ATS (1955), persistió entre otras razones por el control formativo de las Hijas de la Caridad en sus hospitales creando escuelas específicamente femeninas de enfermeras, como es el caso de la escuela constituida en el Hospital Santiago (1965) en cuyas bases fundacionales se remarca su carácter femenino con la finalidad de dar salida a las *“numerosísimas muchachas, procedentes de la ciudad y del campo [...] que no tienen más salida que la de colocarse de dependientas en las diversas empresas comerciales e industriales”*.

Algo similar defiende Gene Tranbarger, profesor asociado en la Universidad de Carolina (EEUU) refiriendo que *“antes del siglo XX, más de la mitad de los profesionales que ofrecían servicios de enfermería [...] eran varones. Sin embargo, hacia 1930 los hombres constituían menos del 1% de los profesionales de enfermería en Estados Unidos”* relacionándolo entre otros motivos a barreras artificiales como el hecho de que *“las escuelas de enfermería que siguieron el modelo Nightingale rechazaron originalmente la participación de hombres”*.

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 el adecuamiento del mismo a su forma 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. El motivo del cese no aparece testimoniado aunque con mucha probabilidad tendría una vinculación política relacionada con el estallido de la primera Guerra Carlista. El 12 de octubre de 1833 se recoge en acta de la Junta Directiva del Hospital que *“[...] sobre la utilidad que resultaría al Establecimiento y a los enfermos de la permanencia de D. Ramón de Echavarría en la plaza de Ayudante de cirugía, se acordó que habiendo sido separado de ella, la Junta Directiva tenga la bondad de proponer para el primer Ayuntamiento la terna de los sugetos que considere aptos para el desempeño de aquel destino.”*, que recibe contestación del Ayuntamiento el 31 de diciembre de 1833 en los siguientes términos: *“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 [...]”*.

No existe constancia documental de los aspirantes a la plaza ni de una convocatoria pública, pero es la primera alusión a un acceso aparentemente abierto y a algún tipo de concurso frente a los nombramientos previos que sugerían una designación directa.

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 Hospital, evidenciándose las carencias del mismo especialmente en la provincia. La situación llevó a muchos afectados a recabar ayuda allá donde alguien la ofrecía, lo que dio pie a Antonio Fullá Rivas, médico titular del Hospital, a comentar que “*es mucha la fortuna que algunos amasan con títulos engañosos*”, refiriéndose a claros casos de intrusismo y a la escasa regulación de algunos oficios. No hemos hallado documentos que relacionen estas acusaciones con acciones realizadas por Practicantes, Sangradores, Ministrantes, u otros profesionales reglados que confluirán en la figura única del Practicante, sino referencias abiertas sobre charlatanes y falsos médicos, aunque el hecho de que en algunos pueblos no hubiera otra autoridad sanitaria que aquellos nos hace pensar en la posibilidad de que así ocurriera tal como sucedió durante las epidemias de peste de los siglos XVI y XVII. De ser así habría de añadirse un nuevo elemento a esta transición del Enfermero Mayor al Practicante.

- **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, así como del cumplimiento de los objetivos del Hospital, para lo cual está revestido de una autoridad ejecutiva que cada vez es más excepcional, ya que en el gobierno permanente del día a día es la Madre Superiora quien hace gala de 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. 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 probablemente 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.

Por su parte los Practicantes apenas modifican su posición, ésta queda 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. En este sentido hay que advertir que las posiciones que se adscriben a las diferentes categorías, inferidas de los distintos Reglamentos y Ordenanzas, nos dan una visión excesivamente estructurada y diferenciada que, si bien nos facilita una comprensión, ha de entenderse siempre aproximada. La documentación acerca de los Practicantes, al margen de las Ordenanzas, es demasiado parca como para permitir profundizar en la escala de grises de la realidad, pero a modo de ejemplo existe un escrito de Ventura Oráa del 26 de marzo de 1838 en la que solicita al Ayuntamiento el pago de una compensación por haber cubierto parte de las obligaciones que el Reglamento marcaba al Cirujano titular, reconociéndosele el cobro de 400 reales. Esta demanda fue resultado de la imprecisión del Reglamento de 1837 que reproducía funciones recogidas en las Ordenanzas de 1829 vigentes, en ellas (capítulo 7, artículo 6) se incluía entre las obligaciones del Cirujano la realización de sangrías, aplicación de sanguijuelas y de tópicos; funciones todas ellas pertenecientes al oficio propio de Sangrador que representa el Practicante. Pero al adjudicárselas al Cirujano pasaron a ser funciones extraordinarias

para el Ayudante o Practicante que, al realizarlas -probablemente exigencia de la situación derivada de la guerra- dio pie a solicitar una compensación económica. Como respuesta el Ayuntamiento hace referencia a una modificación del Reglamento para evitar que vuelva a producirse la misma situación y apela a la difícil situación del momento para que tanto Cirujano como Practicante colaboren en todo lo posible. No existe constancia documental de esa modificación del Reglamento, aunque el hecho de que tampoco se haya localizado el Reglamento de 1837 salvo en su reedición el año 1861 pudiera indicar algún tipo de cambio.

De Buenaventura Oráa nos queda también constancia indirecta de que en 1847 se le aumentó el salario de 6 reales y medio que refleja 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 Oficial de la provincia de Álava presentándose al menos 11 solicitudes manuscritas –son las que hay testimonio documental- 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. 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 ...*”

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 virulenta 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, tomando las riendas de la epidemia el Cirujano Gerónimo Roure en cuya memoria histórico-estadística de la epidemia refiere varios tratamientos ensayados en cuya aplicación debió mediar, sin lugar a duda, el Practicante del hospital, los de los distritos de la ciudad y los de los pueblos, ya que forman parte de las funciones tradicionales del Sangrador: evacuaciones sanguíneas, cataplasmas laudanizadas, lavativas amiláceas con láudano, enemas cargados de láudano, o aplicaciones de sanguijuelas. En esta ocasión no se detectan acusaciones de intrusismo por parte del personal facultativo, entre otras razones por que 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. Sin embargo, existen numerosos documentos que aluden a intrusismo en la profesión de practicante, así en Salinillas al morir el cirujano titular invadido por el cólera al inicio de la epidemia y no pudiendo encontrar un sangrador que acompañara al médico, el alcalde solicita a un vecino de la localidad, Balentín Vélez, para que le acompañe y *“por 15 días continuos se dedica a socorrer cuantos enfermos necesitaban sus auxilios”*; al finalizar, el propio Vélez expone su acción con el fin de cobrar su salario dejando claro que la suplantación del sangrador fue completa: *“tanto en sangrias como hechar sanguijas y dar friegas me pibarón en barios días y noches de tomar el menor descanso”*.

Pasada la epidemia y coincidiendo con el despunte de esa generación de vitorianos que dinamizarían la vida cultural de la ciudad hasta el punto de ser conocida como la *“Atenas del Norte”*, se constituyen,

siguiendo la línea de la sala de disección que habíamos visto en el anterior periodo, unas “aulas de formación” en el Hospital donde los médicos del mismo imparten clases y conferencias al resto de médicos de la ciudad, estudiantes e interesados, llegando en ocasiones a ser reproducidas en publicaciones médicas a nivel estatal. Queda 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 (si bien la personalidad y la capacidad de Gerónimo Roure es el verdadero motor de este dinamismo). 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^{res} 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 calificaran 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 Practicantes que existirán y que estarán a cargo de Garmendia y que nos recuerda -aunque fuera de tiempo- la idea del facultativo habilitado de segunda clase que, entre los años 1866 a 1868, se pretendió crear a nivel nacional al suprimirse, durante esos años, los estudios de Practicante. 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 todabía 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. 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.

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, haciendo referencia a la existencia de un reglamento para los servicios de asistencia redactado por los facultativos en el que ya recomendaban ampliar el servicio de Practicantes. Documentalmente no aparece dicho reglamento. Dentro de la Junta hay disparidad de opiniones sobre dicha necesidad pero finalmente 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 Sº ayudante y practicante”. 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”.

En esta misma acta se realiza un borrador de “Reglamentación del servicio de Ayudante y practicantes” al que se aludirá en el siguiente epígrafe.

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 cuales amenaza con abandonar su puesto. 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.”

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.

- **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, ya que hasta 1879 no se editará un Reglamento específico para el servicio de Practicantes y, entonces, se publicará junto a otro Reglamento para una plaza de Médico-Cirujano Ayudante de Profesores que sustituirá a la figura de Ayudante o Practicante Mayor que ahora desempeña Garmendia; es decir, existirá un motivo expreso y diferente al actual como para pensar que la reglamentación de 1879 sea una plasmación de este proyecto. No obstante lo dicho, resulta patente que al menos 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 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, “*El personal del servicio facultativo se compondrá por haora*

*De dos S^{res} Profesores de Medicina y Cirujía
Del Ayudante ó Practicante Mayor
De dos practicantes
De 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 recordar 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. Puede afirmarse que estamos ante la primera figura supervisora, al estilo actual, estrictamente de una profesión enfermera, aunque previamente tanto el Enfermero Mayor como la Madre Superiora también ejercieran entre otras muchas funciones algo semejante a una supervisión de la enfermería de cuidado inmediato.

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 un distinción de rango entre ambas. Por su evidente claridad nosotros seguiremos también la línea sucesoria de los Practicantes atendiendo a una hipotética plaza n° 1 y plaza n° 2.

La convocatoria será pública y el acceso mediante examen. El 27 de julio de 1870 se 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.

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. La motivación no queda clara en la documentación, pero ha de recordarse que en la Junta no hubo unanimidad a la hora de aceptar el aumento del número de practicantes, entre otras razones 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.

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 examen”*. La Junta admite a Narciso Díez 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.

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. Por parte de Bernabé López no disponemos de datos biográficos. 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- ; pero en ese año, 1879, la plaza de Garmendia, tras su muerte, será ocupada por un médico en lugar de por un Practicante apareciendo nuevas reglamentaciones que afectaran directamente al Practicante, pudiendo dar por finalizado en esta fecha la vigencia del Reglamento de 1837, en cuanto a su relación con la enfermería, así como este proyecto de Reglamento para el Ayudante y los Practicantes de 1870, ya que se reestructurará no sólo las tareas del Practicante, sino además su posición jerárquica dentro del organigrama del Hospital.

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

*De dos S^{res} 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. *Seguira cumpliendo todo lo dispuesto en los Estatutos y Reglamentos posteriores en cuanto no se oponen á los articulos que preceden.*

Practicantes.

1. *Los practicantes estan bajo las inmediatas ordenes del Ayudante, dependiendo todos de los Sres. facultatibos para los actos de sus servicios y del semanero y Sra. Superiora de las hijas de la Caridad, en los que conciernen á el regimen y orden interior de la Casa.*
2. *De los dos practicantes el uno se ocupara de los enfermos de Cirugía y el otro de los de Medicina.*
3. *Realizaran ambos en sus respectivas salas las curas y servicios de mañana y tarde asistiendo á las visitas de los facultatibos en las que llevaran y estenderan los recetarios de Medicinas alimentos y prescripciones relativas á las curaciones.*
4. *Uno de los dos practicantes estara siempre de guardia en el Hospital sin que por ningun concepto pueda abandonar las salas. La guardia en que alternaran sera de 24 horas relevandose en la visita de la mañana.*
5. *El practicante de guardia quedara encargado de la totalidad de los enfermos en las horas que median entre una y otra visita y cura y al efecto debera el saliente entregar la libreta de sus salas con las instrucciones convenientes al servicio de los enfermos que estan á su cargo.*
6. *Siempre que el facultatibo lo ordene ó á ultima hora lo disponga el Ayudante, velara al enfermo ó enfermos que sea*

- necesario, conuinando el servicio con un mozo ó enfermero pero siempre bajo su inmediata responsabilidad.*
7. *Haran todos los servicios de rasuras cortar el pelo &.*
 8. *El practicante de Guardia hara que se cumpla lo prescripto en los articulos 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 lo que, 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; ...”*. Así pues, mientras el Ayudante podía continuar viviendo con su familia en el Hospital, incluso con obligaciones para ella: “*Cuidará el que por su familia se barra todos los dias el interior de la Puerta principal del Establecimiento, conservándolo con el mayor aseo, y no permitirá que en él se juegue, meta bulla, ni se manchen las Paredes ni Columnas*”, los otros dos Practicantes habrán de permanecer solteros y, aunque residen en el Hospital –tienen habitación y comida-, los días que no tienen 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”*. 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. 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. Esta tradición familiar, de al menos cuatro generaciones, ha permitido también conservar importantes documentos, entre los que se encuentran varios textos que usara Narciso Díez para formarse como Practicante, tales como *“Aphorismos de Cirugía”* de Herman Boerhaave, editado en Madrid en 1779 – de los que conservan los tomos II y V- y *“Medicina, Cirugía y Partos”* de A. Corlieu, editado en París en 1871.

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 ya que *“han podido apreciar [...] una instrucción sólida y completa, no solo en lo relativo a la cirugía*

menor, sino tambien en el conocimiento de las termas medicamentosas, dosificación de las substancias medicinales, correspondencias de pesos y medidas”.

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”*. 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.

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 que 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”*.

Gabriel 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 Síndico. Lo que quedará ahora son los dos Practicantes que ya subordinados al Practicante Mayor 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 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 Garmendia y su sustitución por un médico marca un hito clave en la evolución del Practicante en el Hospital Santiago. 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.

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 descuántía*” 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 Orúa 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 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. con unos salarios medios de 3,45 Ptas. diarias (lo que obligaba a mujeres y niños al trabajo para equilibrar el presupuesto), habrá de decirse 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.

- **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 fallecer el Ayudante Manuel Garmendía 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 para los Practicantes en el que ven mermadas sus atribuciones quedando como auxiliar técnico del primero. A pesar de la brevedad 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.

En la constitución de este cargo de Médico–Cirujano Ayudante observamos cuatro elementos fundamentales:

1. Sustituye a un Practicante, Manuel Garmendia.
 2. Es un reflejo de la secular figura del Enfermero Mayor.
 3. Se trata del primer intento exitoso de introducir al médico en la estructura estable del Hospital.
 4. Implica, de facto, una pérdida de categoría en el Practicante.
1. 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. Realmente la plaza que sustituye es la que ocupaba hasta su fallecimiento en 1878 el Practicante Mayor o Ayudante Manuel Garmendia. 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 –cumbre en la profesión enfermera- que si bien a partir de 1826 parece ser relegada en su reconversión a Practicante vuelve a recuperar autoridad y confianza en la figura del Practicante Mayor o Ayudante que ahora desaparece definitivamente y con ella el reconocimiento profesional ya que los Practicantes que restan carecen de autoridad alguna en el organigrama del Hospital.
 2. Durante los casi cinco años que existe la figura del Médico-Cirujano Ayudante, éste pasa a ser la figura central de la asistencia hospitalaria. Con un salario de cuatro mil reales al año (Garmendia cobraba 3.650 y los otros dos Practicantes 2.190) más otros mil cien por la asistencia a la Casa de Maternidad, además de habitación en el Hospital (en total 5.100 reales cuando en 1883, el médico de distrito cobrará 5000 reales), el médico ayudante pasa a ser el elemento integrador del Centro como anteriormente lo había sido el Enfermero Mayor, aunque con menos funciones organizativas, que continúan en manos de la Madre Superiora.

Repasando las atribuciones consignadas en su reglamento, nos parece estar relejendo las ordenanzas de 1821 en cuanto a la referencia al Enfermero Mayor, lo cual no deja de ser un reconocimiento de cuán desafortunada había sido la desmembración de sus funciones entre la Madre Superiora, el Cirujano, el Practicante y las Hermanas de la Caridad, a partir de 1826. Y aún cuando Manuel Ramón de Echevarría, Enfermero Mayor desde 1820 y Practicante posiblemente a partir de 1826, continuara con funciones similares, aunque no reconocidas, quizá por inercia –o por resistencia-; incluso tal vez su sucesor Buenaventura Oraá y, como hemos mencionado, Manuel Garmendia en su calidad reconocida de Ayudante o Practicante mayor, la fidelidad del reglamento para el Médico-Cirujano Ayudante de 1879 con las obligaciones de Enfermero Mayor de 1821 es tal, que no puede sino establecerse un paralelismo entre ambas figuras.

3. Aunque observemos ese paralelismo entre las funciones de uno y otro ha de establecerse una diferencia de categoría evidente. El Enfermero Mayor asistía al Médico y al Cirujano en su calidad de Sangrador o Cirujano Menor, algo similar a lo que acontece en el caso del Practicante en cuanto heredero de esas figuras; sin embargo, en el caso del Médico-Cirujano Ayudante de Profesores, se trata de un médico que asiste a otro médico. Habrá de recordarse que en principio el deseo de la Junta era que alguno de los médicos titulares aceptara tener residencia en el Hospital, lo que implica el primer intento serio de dar estabilidad en la institución a la clase médica. Habrán de pasar todavía cuarenta y siete años para que ese deseo se cumpla en parte, con la aparición de la figura del Médico de Guardia, aunque su residencia estable no fuera el Hospital. Queda claro que la Junta intentó en 1879 tener a un médico al frente de la labor asistencial calcando el modelo organizativo que secularmente había tenido el Hospital en la figura del Enfermero Mayor o el Practicante Mayor en cuanto herederos del Síndico Hospitalero, en cuyo caso podían tener familia, no así los otros Practicantes, enfermeros, enfermeras o mozos que les auxiliaban que debían ser solteros.

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.

4. La figura del 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”*.

Estos elementos que lo relacionan con la actividad del Practicante serán en definitiva las que marquen de manera decisiva el porvenir de la profesión en lo que resta de siglo. 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. También vigilará la oportuna administración de lavativas, así como la rasura semanal, cortar el pelo y demás operaciones de asistencia á los enfermos, higiene, limpieza y aseo que deban ejecutarse por aquellos ó por la Hermanas y enfermeras.

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 reúnan 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 que en su solicitud aparece como “*natural de Tricio provincia de Logroño, de 31 años de edad. Practicante y residente en Nanclares de la Oca*”. Fausto 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.

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.

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 (la moneda se había creado en 1868 con la equivalencia de 1 peseta = 4 reales), es decir el sueldo continua siendo el mismo, 6 reales.

Otra novedad reside en que por primera vez se documente 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 que la Junta acepta el 11 de marzo. “*natural de Lagran provincia de Álava, de estado soltero y profesión Practicante en cirugía*”, 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.

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.
Múgica	Sala de hombres.
Osacar	Sala de mujeres.
Agustina Ayala	Botica.
Victoriana Muguerra	Portería.
Cabares	Maternidad.
Olanao	Lavadero.
María Mugica	Sala de hombres.
Luisa Garay	Cocina.
Francisca Uranga	Sala de mujeres.

Así mismo aparecen citados como enfermeros (esa figura que tradicionalmente aparecía bajo el epígrafe de “mozos”), Dionisio Garayo, Azua, y Otare. Como ayudante en la cocina se cita a María Iturrioz y en la maternidad a Ambrosia Mugica.

- **Modificación del Cuerpo de Beneficencia Municipal. 1883. La Beneficencia Domiciliaria.**

En 1883 se produce una profunda reforma de la Beneficencia Pública Municipal que afectará al funcionamiento del Hospital. 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; sin embargo, considerando ésta insuficiente y sobre todo por la experiencia acumulada tras las epidemias de cólera de 1834-1835 y de 1855 así como por la continúa sangría de la viruela, se determina 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, mucho antes de que se aprobara a nivel estatal el Real Decreto de 14 de Junio de 1891 que promulga el reglamento benéfico-sanitario, en cuyo artículo 8 se establece 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. Por último, ya en 1854 ante la aparición de primeros casos de cólera en Barcelona la entonces Comisión de Salubridad, creada por el cirujano del hospital Gerónimo Roure, propondría la división de la ciudad en 7 distritos o Juntas Parroquiales de Beneficencia, dotando a cada una de ellas con casas de socorro, enfermeros y médicos para la atención sanitaria, según recoge Pedro M. Ramos.

La creación de este cuerpo implica sustanciales cambios en el estamento médico del Hospital que queda englobado en el mismo, siendo la desaparición del Médico-Cirujano Ayudante la más señalada respecto al devenir del practicante.

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, al margen del Cirujano del Hospital 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 día 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”.*

De este último periodo del siglo, entre los practicantes del Hospital, continuará ocupando la primera plaza Vicente Salinas hasta 1889, del que ya habíamos comentado la falta de datos sobre su llegada en 1883 así como de la convocatoria de esta plaza, lo cual tiene una gran relevancia ya que este practicante estaba casado tal como se extrae del siguiente escrito a la Junta:

“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 sabemos si el dinero que solicita se refiere a una compensación exclusivamente por los días que no come en el Hospital o si lo que pide es un aumento de salario. 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”.*

El hecho de que se acepte nuevamente a Practicantes casados ha de entenderse como una necesidad de la Junta ante la ausencia de candidatos. Vicente Salinas Gonzalo solicitará el 22 de marzo de 1889 que se acepte su dimisión por falta de salud, y la Junta lo aceptará el mismo día; sin embargo, la realidad de su dimisión tiene motivaciones diferentes: Unos días después de su dimisión, el 29 de marzo, escribe a la Junta refiriendo hechos acontecidos el 19 de marzo 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” . Culmina su escrito con el siguiente alegato: *“la persona con la que me han supuesto tratos ilícitos es de un caracter tan repugnante por sus largos padecimientos, que más que aliciente sería remedio contra la lujuria [...] para un casado que vive en armonia con su muger”*.

La Junta, sin referirse a la posibilidad de esos “tratos ilícitos” con la enferma, cuestión que el propio interesado entiende como el elemento esencial del problema, se escuda en una cuestión paralela basándose en que la enferma estaba ingresada en la sala de cirugía, por lo que *“no podría hallarse en el sitio referido porque la galería de esa parte del edificio corresponde [...] a las enfermas de la sala de medicina; y si se encontraba [allí] tuvo que atravesar la galería o sala de medicina para ir a la escalera citada, contraviniendo a lo expresado en el Reglamento [...] que ninguno de los practicantes y especialmente el de guardia no consientan que los enfermos de una sala se comuniquen con los de otra”*, por lo que concluyen que *“la infracción reglamentaria es clara, evidente y manifiesta [...por lo cual deciden que] se ratifique el acuerdo admitiendo la renuncia que hizo del cargo de practicante interino, acordando a su vez que la junta conceptua conveniente despedirlo haciendo uso de las facultades que le concede el [...] reglamento...”*. Al sumar el despido a la aceptación de la renuncia la Junta deja claro otros motivos que no desea expresar con claridad.

Tras esta renuncia/despido se vuelve a convocar la vacante publicando el 11 de abril 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 –*“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., que es la misma cantidad que había solicitado Vicente Salinas al solicitar el permiso para comer fuera del Hospital y que, como vemos, no figura ya explícitamente en el anuncio de la plaza (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 continua 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 Elórtegui 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, ha de citarse un elemento curioso cuando, al enfermar, es sustituido por un interino y que probablemente fuera el mismo sistema o uno similar al utilizado cuando en su día Buenaventura Oráa fue suplido por su yerno Manuel Garmendia. 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 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.]”.

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.

Respecto a los nuevos salarios que perciben los Practicantes del Hospital, 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 debe olvidarse 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. En la misma (revista nº 6 de marzo de 1883), muestran su disconformidad con la asignación salarial de 5.000 reales anuales para ese año (1250 pesetas). Tal descontento con el salario médico debió impulsar a la 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”*.

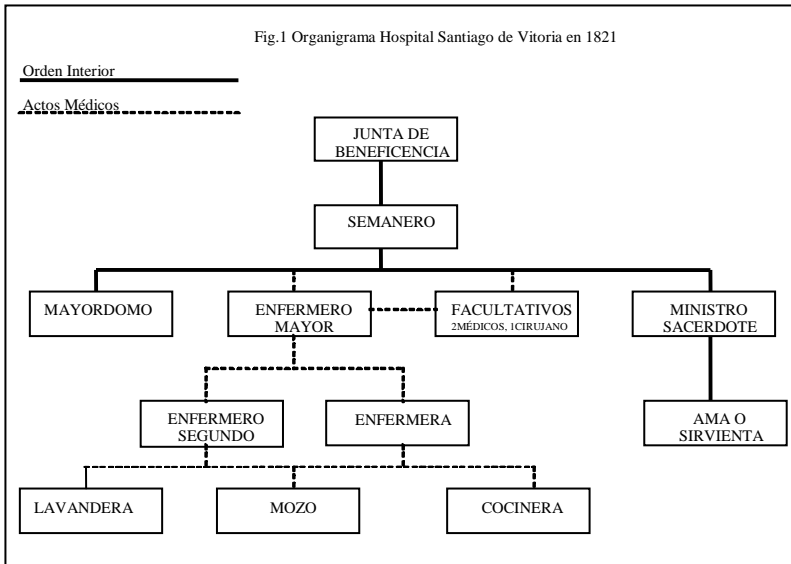
La diferencia de salario de estos practicantes de la Beneficencia Domiciliaria con los del Hospital es difícil precisar con exactitud, ya que los practicantes del Hospital probablemente tenían todavía incluido una parte del salario en especie en forma de casa y comida, pero tomando como referencia el 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 citada 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, seguimos encontrando un sueldo de subsistencia en el Hospital, y claramente en el caso de los distritos, por lo que hay que suponer que esa ocupación no era sino un complemento al ejercicio privado.

Finalmente, referiremos la promulgación de la Ley sobre el ejercicio del Derecho de Asociación de 30 de junio de 1887 (Derogada en 1964), que dará pie al surgimiento de asociaciones y colegios profesionales. Antes de finalizar el siglo, los médicos, más organizados en asociaciones previas, formarán su colegio; por su parte los practicantes esperaran al nuevo siglo. Existen referencias vagas a algún tipo de asociacionismo y reglamentación (posiblemente de 1903), pero no será hasta el 8 de marzo de 1908 cuando se apruebe el Reglamento del "COLEGIO DE PRACTICANTES DE MEDICINA Y CIRUJIA" de Vitoria y su provincia. En dicho Reglamento encontramos como Vocal del Colegio al Practicante del Hospital Fausto Ruiz.

III.3. La enfermería en el organigrama del Hospital.

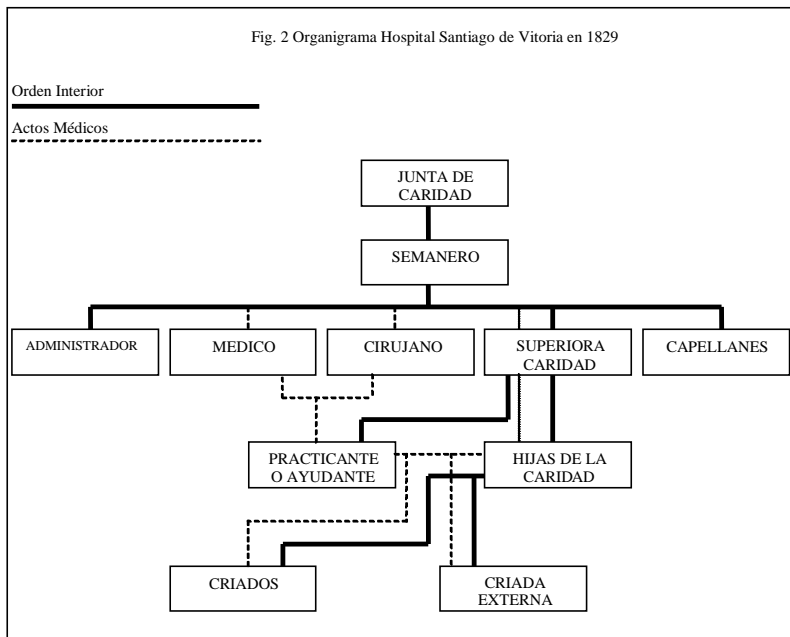
Se ha ido mencionando a lo largo de los epígrafes anteriores cómo a raíz de la aparición de los distintos Reglamentos y Ordenanzas puede inferirse una aproximación al organigrama que, en cada momento, representa gráficamente el funcionamiento del Hospital en cuanto al personal que en él desarrollaba sus funciones.

En cada uno de ellos se ha pretendido situar a las distintas figuras o categorías en el lugar que la reglamentación teórica les sitúa, añadiendo, modificando o señalando aquellos cambios que, a través de las actas u otros documentos, vienen recogidos de manera expresa o, a veces, solamente sugeridos, como modificaciones de los reglamentos o, simplemente que, en la práctica, aparecen descritas funciones o posiciones no descritas en el Reglamento. En otros casos, especialmente respecto a los cargos subalternos, la información es tan escueta, cuando no inexistente, que resulta difícil asegurar su existencia o continuidad en algunos momentos, por lo que pueden no aparecer expresamente en algún organigrama, sin que ello deba interpretarse necesariamente como que no existieran o que hubieran desaparecido. Finalmente ha de remarcarse que, dado el objeto del presente trabajo, la documentación más revisada ha sido aquella relacionada con la enfermería, por lo que el eje Enfermero Mayor-Practicante-Ayudante tiene más posibilidades de ser fiel a la realidad que otras figuras menos estudiadas o menos reglamentadas.



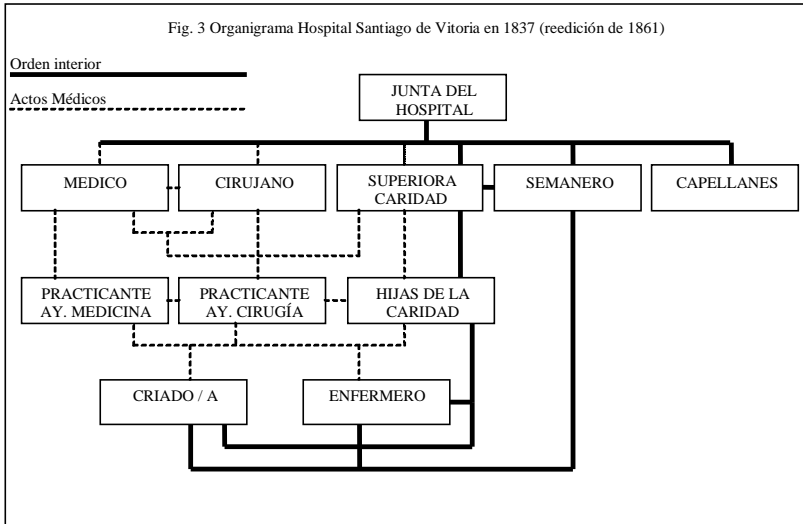
Partiendo de las Ordenanzas de 1821, se presenta un Organigrama (Fig.1) en el que se destaca la creación de la Junta Directiva (en aquel momento de la Cárcel y del Hospital) como órgano directivo que, aún dependiendo del Ayuntamiento, tiene una gestión autónoma, y que se personifica en el Hospital a través de un miembro de la misma que se iba turnando por semanas en el Centro, el Semanero. Por debajo de él encontramos las cuatro figuras que puede denominarse autónomas, el Mayordomo, que no tiene nada que ver con la figura histórica del concejal del Ayuntamiento nombrado para ejercer la condición de Patronato y que ahora, en número de dos forman parte de la Junta Directiva, sino que suple a la figura del Administrador (en 1829, vuelve a denominársele así) cuya función es controlar y gestionar las rentas y recursos del Hospital; el Sacerdote (o Ministro o Capellán) que reside en el Hospital y juega un papel fundamental administrando cuidados espirituales en una sociedad esencialmente religiosa y constantemente amenazada por una muerte cotidiana. El Capellán, dispone de un Ama a su servicio, constatada en 1821 aunque no en otras fechas. En el grupo de Facultativos se representa a los

médicos y cirujano contratados por el Ayuntamiento para atender los diversos centros de la beneficencia –Casa de Piedad, Cárcel, Casa de maternidad, etc- y no sólo el Hospital, al que acuden una hora por la mañana y otra a la tarde, además de acudir cuando son avisados por una urgencia o un fallecimiento. Junto a ellos encontramos al Enfermero Mayor que, en su fusión del Síndico Hospitalero y del Sangrador, se convierte en la piedra angular del Hospital gestionando el día a día del Hospital además de continuar con las tareas asistenciales, de las que probablemente se ocupara de los procedimientos técnicos o instrumentales propios de su condición de Sangrador, delegando los cuidados básicos de enfermería en un enfermero segundo para las salas de hombres y en una enfermera para las salas de mujeres, a los que supervisa y sobre los que tiene potestad amonestadora al igual que sobre el personal subalterno. Finalmente cierran el organigrama los miembros de los servicios auxiliares como lavandera, mozo y cocinera, figuras de los que apenas disponemos de datos más allá de la confirmación de su existencia.



En el organigrama correspondiente a las Ordenanzas de 1829 (Fig.2) se observa el gran cambio desencadenado por la llegada de las Hijas de la Caridad que modifica completamente el orden previo.

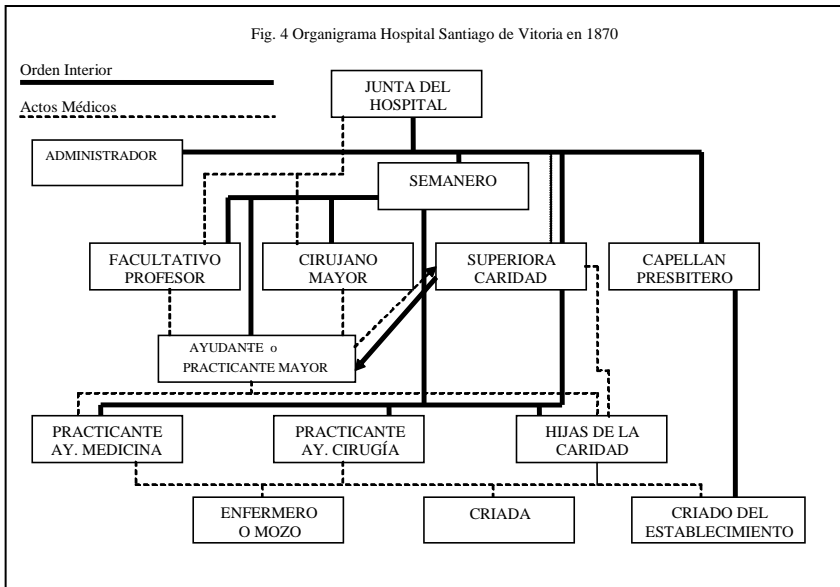
Regresa el término de Administrador, sustituyendo al inadecuado de Mayordomo, aparece el de Capellán por el de Ministro Sacerdote y el de Facultativos se divide en Médico y Cirujano, ya que las Ordenanzas así separan en su articulado fijando a cada uno funciones propias, especialmente al cirujano al que se incluyen competencias del Sangrador, limitando en consecuencia las capacidades de éste (ahora Practicante). Finalizando esa primera fila encontramos a la Madre Superiora, de la que parte prácticamente toda la línea de orden interior, así como buena parte de la asistencial a través de la Congregación, la cual asumirá los cuidados básicos de enfermería –eliminando las figuras del Enfermero segundo y la Enfermera- además de los servicios de lavandería y cocina –desapareciendo también estas figuras, aunque es probable que las Hermanas se valieran de criados en estas labores-. Bajo la dependencia directa del Médico y el Cirujano, y a un mismo nivel que las Hermanas de la Caridad, aparece la figura del Practicante, que representa cuanto queda del Enfermero Mayor después de que sus funciones de Gestión fueran asumidas por la Superiora de la Congregación, y sus labores asistenciales recortadas por las Hermanas de la Caridad y el Cirujano. El Practicante, en cuanto a sus funciones, vuelve a una posición similar a la que tuviera el Sangrador en el pasado, si bien, a diferencia de los antiguos sangradores, el Practicante de ahora reside en el Hospital como herencia del Síndico y el Enfermero Mayor. Este Practicante ha perdido, sobre el papel –recordemos que Manuel Ramón de Echevarría pasa de Enfermero mayor a Practicante- una enorme autonomía e independencia en cuanto a sus competencias profesionales, abandona la primera fila del organigrama, la fila de los “autónomos” para pasar a la de los ayudantes, quedando bajo el Médico y el Cirujano en la línea asistencial y bajo la Madre Superiora en la línea de orden interior.



En el Reglamento de 1837, basado en su reedición de 1861, nos encontramos con un organigrama (Fig.3) que representa la consolidación de la Congregación de las Hijas de la Caridad al frente del Hospital. En él se incluye al Semanero en la misma fila que a la Superiora o los Facultativos, ya que en la práctica pierde autoridad real frente a la Madre Superiora y únicamente queda como garante del cumplimiento de las Ordenanzas y Reglamentos. No aparece el administrador al no citársele expresamente en el Reglamento, aunque probablemente existiera. Respecto a los Practicantes, éstos aparecen divididos en sus áreas de medicina y cirugía al aumentar su número a dos en 1858 (con efectividad en 1861). En principio no estaban asignados expresamente a una de ellas, sino que las atendían indistintamente hasta 1866 en que, mediando en una disputa entre ellos, la Junta les asigna un área a cada uno de los Practicantes. Por último, en este organigrama encontramos una figura nominada enfermero y cuya denominación se mantiene hasta nuestros días en el Hospital Santiago, refiriéndose con ella a los mozos o criados (masculinos) que tenían

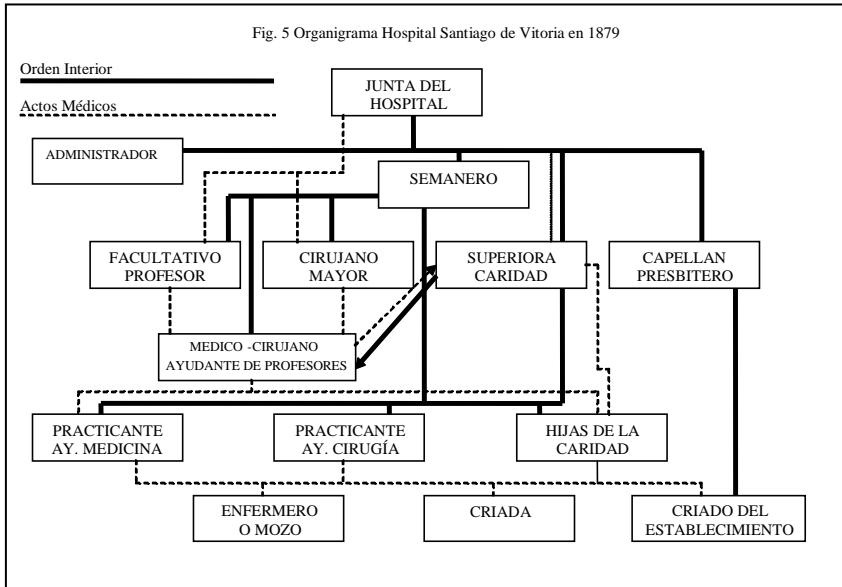
funciones asistenciales o auxiliaban en estas labores a las Hermanas y Practicantes, y que hoy día están equiparados al Celador.

En los organigramas de 1870 (Fig.4) y de 1879 (Fig.5) se ofrecen dos gráficos idénticos en los que únicamente varía la figura central de Ayudante o Practicante Mayor en 1870 y Médico-Cirujano Ayudante de Profesores en 1879. Excepto éstas y los Practicantes, el resto de figuras permanecen en similares posiciones a las previas.



En 1870 se amplía el número de Practicantes a tres, colocando al más antiguo de ellos jerárquicamente por encima de los otros dos con funciones de supervisión sobre ellos. Se le denominará Ayudante o Practicante Mayor y en el organigrama viene a estar situado en una posición

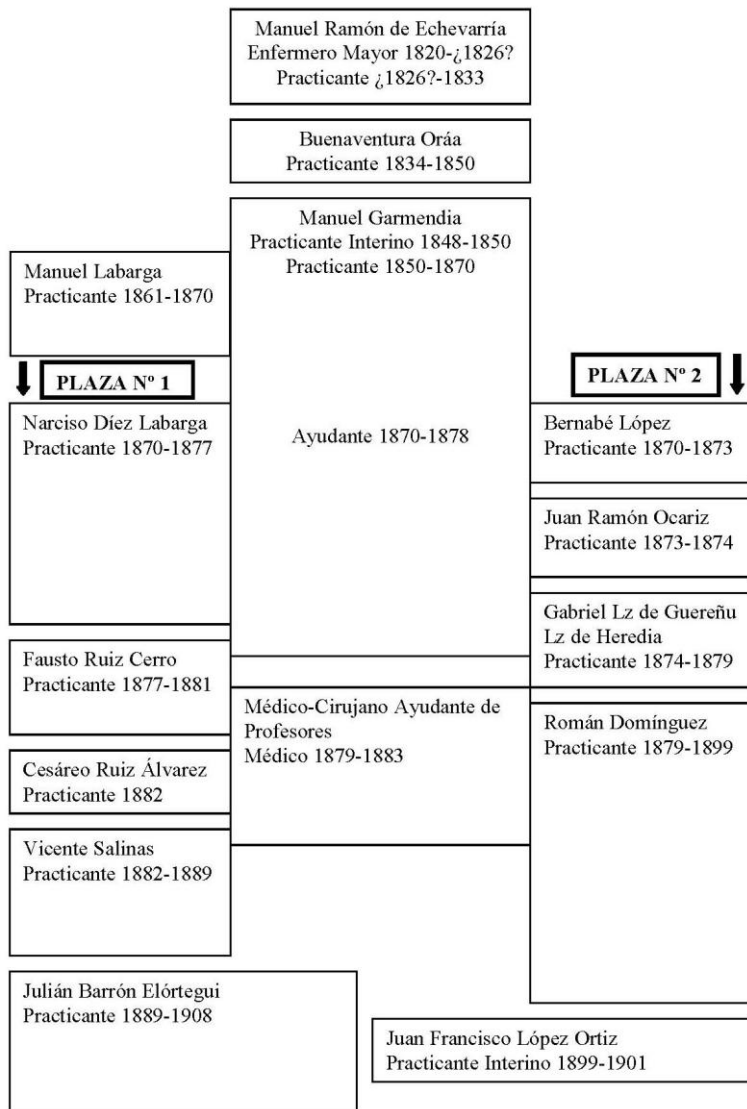
idéntica a la de los Practicantes precedentes; sin embargo, los otros dos Practicantes que pasan a estar bajo su responsabilidad se convierten en meros auxiliares técnicos sin autonomía y bajan un escalón en el organigrama. La pérdida de posición será completa cuando en 1879 (Fig.5), tras la muerte del Practicante Mayor o Ayudante, esta plaza sea ocupada por un Médico, cerrándose las puertas a los otros Practicantes de ascender a la posición de Ayudante y quedando relegados a ejercer funciones auxiliares.



En 1883, con la reforma de la Beneficencia Municipal, la figura de Ayudante desaparecerá y los dos Practicantes retornarán a una dependencia directa del Médico y el Cirujano. Pero dado que los presentes organigramas tienen como base los distintos Reglamentos y Ordenanzas, y

no volverán a modificarse hasta el siglo XX, eludimos su inclusión en el ámbito del presente trabajo.

III.4. Cronograma de los Practicantes.



IV. CONCLUSIONES

El siglo XIX es un periodo crítico caracterizado por grandes transformaciones que, de manera generalmente traumática, rompió en toda Europa los lazos políticos, sociales, culturales y económicos del Antiguo Régimen, encumbrando a la cúspide de la pirámide los valores de la clase burguesa a través del Liberalismo Ilustrado. Estos cambios acontecieron a distintos ritmos según los países y, dentro de éstos, las peculiaridades zonales marcaron su particular impronta. En el caso de Vitoria, el elemento foral será una cuestión sobreañadida a la pugna entre realistas y constitucionalistas que no quedará solucionada en el siglo, marcando una equidistancia entre la tradición y la modernidad, sin desligarse de aquella y sin alcanzar ésta. La burguesía local que, en general, dominó el panorama político hasta finales del siglo permitió la introducción de diversas reformas que formaban parte del ideario liberal.

En el marco sanitario, el elemento más distintivo del periodo es la consolidación de la 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 corte caritativo tradicional, y sobre todo de las Órdenes religiosas de tradición asistencial y masculinas como los Hermanos de San Juan de Dios, 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. 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. La pervivencia de la Junta, al lograr el favor real, tras la abolición de todas las reformas liberales al regresar Fernando VII al poder en 1823, ha de considerarse un hito en la historia del Hospital y podría tener varias lecturas; por una parte es un espaldarazo a la gestión del Centro por la Junta, pero también es un reconocimiento expreso de que la Junta se guiaba por criterios caritativos, según el modelo tradicional de reconocimiento del pobre como elemento social perdurable y con derechos, frente al ideario liberal ilustrado de educar al pobre, higienizarlo y rehabilitarlo para el abandono de la pobreza y el inicio de la productividad útil.

En cuanto a la asistencia enfermera de esta difícilmente cuantificable, pero ingente en cualquier caso, masa de población empobrecida podemos concluir de manera general que el siglo XIX es crítico en su evolución y es el periodo en el que dará inicio muchos de los estereotipos de la representación social de la profesión enfermera en la actualidad. Para entender la evolución y, sobre todo, el peso específico de las figuras enfermeras en este periodo no podemos deslindar el hilo de las diferentes figuras con una visión más amplia de modificación del propio sentido del Hospital. Al inicio del periodo a estudio ya comprobábamos un gran cambio en el modelo hospitalario: desde 1741 hasta por lo menos 1786 –no sabemos si hubo después solución de continuidad-, del matrimonio Hospitalero que ejercía los cuidados básicos de enfermería, con escrupulosa división de salas para hombres y salas para mujeres, y auxiliado externamente por un sangrador o cirujano menor para los cuidados instrumentales, se pasa a un modelo en que el varón hospitalero ejerce también de sangrador, pasando esta figura a permanecer internamente en el

Hospital y consolidándose con el nuevo Hospital en la figura de Enfermero Mayor. De este inicio puede inferirse varias conclusiones a tener en cuenta.

Hasta entonces el modelo de Hospital ofrecía esencialmente cuidados básicos de enfermería (cama, ropa limpia, comida, calor, luz, agua, medicamentos externos, alivio físico y espiritual, atención al moribundo y cuidados postmortem), y ocasionalmente atención médica y cuidados enfermeros instrumentales por parte de un sangrador, ambos externos al centro. Pero la introducción del sangrador de manera permanente, sólo puede entenderse en una confianza en su labor y en una necesidad creciente de sus cuidados instrumentales (sangrías, vejigatorios, escarificaciones, cauterios, sanguijuelas, exutorios, ventosas, vendajes, barbería, sacamuelas...) todavía firmemente unidos y dependientes de la medicina galénica humoral. El modelo hospitalario está girando por tanto de una oferta esencialmente de cuidados básicos a unos cuidados instrumentales, aunque continúa predominando la orientación hacia el cuidado enfermero, dada la escasa capacidad curativa de la medicina. Finalmente, la vinculación del sangrador al miembro varón del matrimonio Hospitalero no hace sino incrementar el peso específico de éste frente a su esposa, recordemos que únicamente nos ha llegado el nombre de las Hospitaleras cuando éstas continuaban su labor tras quedar viudas. Con la consolidación de este cambio en la figura del Enfermero Mayor la Hospitalera simplemente desaparece, y el cuidado básico de enfermería pasa a ser una función auxiliar del Enfermero Mayor, ya que éste es ayudado por un hombre para la sala masculina y una mujer para la femenina.

Por lo demás, el Enfermero Mayor de 1821 es una figura que, con un corpus de conocimientos propios, aunaba capacidad organizativa, destreza manual y cuidados inmediatos. En cuanto conjunción de los cargos del Síndico u Hospitalero y del Cirujano menor o Sangrador, supone un ensayo que, de haber tenido continuidad, hubiera modificado radicalmente la configuración del modelo hospitalario posterior. De sus funciones, ampliamente reseñadas en el texto, sólo puede concluirse lo ya expuesto, el Enfermero Mayor es el pilar maestro del Hospital y representa el cenit de la profesión enfermera en una institución que todavía tiene al cuidado del enfermo como eje central de su actividad.

En su desaparición juega un papel decisivo la llegada de las Hijas de la Caridad, cuyas hermanas asumen el espacio del cuidado inmediato, mientras que la Madre superiora lo hace del espacio organizativo, dejando al Enfermero Mayor únicamente el espacio de la técnica manual (cirujano-sangrador), pero no es el único elemento. El desarrollo de la medicina científica y su potencial curativo incrementa el peso relativo de médicos y cirujanos; está bien estudiado el fundamental papel jugado por los conflictos bélicos –con la generalización de las armas de fuego ligeras y las heridas consecuentes- en el desarrollo de la cirugía y el notable incremento de sus capacidades curativas. En el Hospital Santiago se tiene noticia que ya en 1826 se destina una sala del mismo como Cátedra de cirugía donde acudían los médicos de la ciudad a observar intervenciones quirúrgicas y autopsias. Esta actividad, con sus altibajos –quizá derivados de la falta de documentación- no se abandona en el resto de la centuria y tendrá un papel importante durante el ejercicio de Gerónimo Roure como cirujano del Centro. Aunque no dispongamos de evidencias claras, poca duda puede haber de que la extraordinaria y dinamizadora labor de Roure atrajo al Hospital las miradas de todos los médicos de la ciudad –e incluso de quienes leían sus conferencias en los periódicos médicos y científicos nacionales-. Finalmente, aunque referido a 1883, no podemos dejar de lado las constantes denuncias que la revista médica Vasco-Navarra hace de la situación económica de algunos médicos, especialmente en los pueblos. Así pues, consideramos que además de la decisiva llegada de las Hijas de la caridad en 1826, se va produciendo un paulatino acercamiento de los médicos al medio hospitalario como fuente de conocimiento y prestigio, a la vez que supusiera un atractivo económico para muchos de ellos.

No puede ponerse un momento cronológico concreto en el que pueda decirse que el Hospital cuidador pasa a Hospital curativo ya que es un proceso continuo pero sí resaltamos al menos tres puntos de inflexión, uno éste de 1826, otro en 1870 con la diferenciación entre el Ayudante o Practicante Mayor y los otros dos practicantes, y finalmente el de 1879 tras la muerte del Ayudante Garmendia y su sustitución por el médico-cirujano ayudante de profesores.

De las Hijas de la Caridad ya se ha incluido en el texto varias consideraciones respecto a los atributos religiosos y de género que desde entonces acompaña a la representación social de la enfermera. Quizá lo más significativo para la profesión sea la desaparición del enfermero segundo, el miembro varón que auxiliaba al Enfermero Mayor en las salas masculinas ofertando cuidados básicos, lo que haría desaparecer al hombre como cuidador inmediato e iniciándose la diferenciación clásica de la primera mitad del siglo XX, las enfermeras femeninas y los practicantes masculinos, en una constante pugna y en un continuo intercambio de acusaciones de intrusismo (léase a Concepción Arenal o a Usandizaga, por ejemplo), a la que ha de añadirse la diferenciación dentro de las propias enfermeras, que además de la línea religiosa cobrará impulso la seglar derivada de asociaciones obreras y políticas propias de la edad de masas de la revolución industrial, y también de los conflictos bélicos. Aunque la mujer podrá acceder al título de practicante desde 1915, en Vitoria no documentamos a la primera hasta 1925, en la persona de Andrea Mañeru, hermana de las Hijas de la Caridad de Santa Ana que desarrollaba su labor en el Hospital Infantil Fundación Molinuevo. Ir más allá de estos comentarios a la presencia de las Hijas de la Caridad resulta difícil, ya que siendo tan meticulosas en la recopilación de documentos sobre su labor gestora, no siguieron la misma tónica respecto a su actividad asistencial —ésta no interesó mantenerla archivada, recordemos que todavía hoy la actividad enfermera escrita apenas tiene cabida en la Historia Clínica—, por lo que apenas puede hablarse sobre los conocimientos y formación que éstas tenían para realizar sus cuidados, los objetivos de su trabajo o los medios de alcanzarlos. Sí podemos, sin embargo, partiendo de la escasa documentación que al respecto existe en el archivo del Hospital, realizar una valoración particular al caso de Vitoria sobre algunas tesis que aluden al paulatino incremento de la Congregación religiosa en centros públicos y oficiales como un lastre en el desarrollo sanitario profesional. Leyendo a Carasa Soto, *“Hay que admitir que fue ésta una mano de obra barata y semicalificada, 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*”). Como queda dicho, en la documentación consultada para este periodo no hemos hallado apenas información sobre la congregación, y menos sobre su labor asistencial, mientras que ésta aumenta a partir de 1924 y especialmente en 1926 en que celebran el centenario de su llegada, además de una importante remodelación del Hospital (hoy puede verse a la entrada del mismo una placa conmemorativa de este acontecimiento). 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 a la labor de las Hermanas, 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. 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. En consecuencia, en el caso vitoriano el posible lastre sobre la profesionalización del personal tuvo mucho que ver con los intereses de la Junta. Respecto al avance técnico y científico resulta más difícil valorar, ya que sobre el equipamiento tecnológico del Hospital no tenemos datos hasta la gran remodelación de 1926, aunque existe la presunción de estar bien dotado, y sobre la actividad científica ya hemos aludido a la actividad de la Cátedra de cirugía desde al menos 1826, pero en este caso la posterior figura de Gerónimo Roure es un hecho excepcional y eclipsa totalmente la visión sobre el Hospital como centro dinamizador en sí mismo, ya que probablemente, así lo creemos, sin la presencia de Roure no podríamos hablar de actividad científica en el Hospital. 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 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 –el Estado en última instancia-, 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. 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.

Los años centrales del siglo, de una gran inestabilidad social y política, son bastante parcos en documentación respecto a la trayectoria de los profesionales de enfermería. La actuación del Hospital en la atención de los afectados por el cólera morbo en las dos primeras epidemias no genera las expectativas que teníamos al inicio del estudio en el que suponíamos un papel fundamental al Hospital Santiago, ya que la mayor parte de los afectados fueron atendidos en pabellones del campo de los palacios –futuro Hospital militar- y en Olárizu, además de la actuación de la casa de observación del Prado. Durante esos años vemos cómo se consolida una estructura interna en el centro relativamente duradera, marcada por la autoridad de la Madre Superiora, la implantación de las hermanas en todos los ámbitos del centro, la figura de Roure (si se prefiere el binomio Roure-Páramo) y un practicante (con continuidad familiar) que aparece claramente como ayudante del médico y del cirujano. El cambio más reseñable será el de 1870 cuando la Junta, guiado por criterios economicistas, decide dividir la categoría de practicante en dos niveles con salarios diferentes para un

trabajo que no se nos sugiere tan distinto. Para lograr ocupar estas plazas de segunda, se define unas convocatorias en las que además del escueto salario destaca la exigencia de ser soltero (y mantenerse soltero, o al final ser viudo sin hijos), pretendiendo lograr atraer a jóvenes sin cargas familiares, con buena salud, y forzosamente poco experimentados, que pudieran entender compensado el salario con su grado de cualificación. Pero ese planteamiento lleva a que cada vez se presenten menos candidatos, o que las competencias de algunos sea tan pobre que son rechazados, y en cualquier caso a que la actividad de estos practicantes tienda a ser transitoria (por matrimonio, llamado a filas o inicio de otra actividad), lo que finalmente obligará a la Junta a replantearse ese modelo, entre otras cosas como efecto secundario de la reorganización de la beneficencia domiciliaria de 1883. Desgraciadamente la documentación no aporta nada sobre la actividad directa de estos practicantes, por lo que no podemos aseverar que este modelo supusiera un descenso en la calidad de los cuidados prestados por los mismos, aunque a priori fuera de esperar.

El cambio más traumático, si bien transitorio, fue el de 1879 al fallecer el Ayudante Garmendia e impedir que otro practicante ocupara su plaza siendo sustituido por un médico ayudante en la pretensión de la Junta de introducir internamente a un médico en la estructura del Hospital. Quizá pudiera entenderse como un paso decisivo en el tránsito del Hospital cuidador al curativo, pero la brevedad de su vigencia no nos permite ser tan taxativo, y nos decantamos por situar el final del proceso en 1926. En cuanto a la relación de autoridad, recordar que la subordinación del practicante al médico se hace obvia en este Reglamento de 1879 en que se recoge de manera expresa un régimen sancionador por parte de los facultativos sobre los practicantes. En ese momento el practicante queda rebajado a mero auxiliar y carece de toda autonomía.

Afortunadamente, la reforma de 1883 anularía estos cambios y los practicantes volverían a una situación similar a la previa de 1870, pero su autoridad y autonomía habían quedado minados, y el peso específico ya no es el que tuviera Garmendia y mucho menos el de Echevarría. En este último punto no debe olvidarse que a finales del XIX ya apenas quedan restos de las teorías humorales de Galeno y las nuevas bases de la medicina

científica están bien asentados, por lo que las artes tradicionales del practicante heredadas del barbero-sangrador, tan dependientes del galenismo, están en su mayor parte heridas de muerte, y no pasarán muchos años antes de que se alcen voces sobre la inutilidad de los practicantes y la conveniencia de unirlos o suplantarlos por la ascendente enfermería del cuidado inmediato que galopaban a lomos de la higiene pública y de la visita domiciliaria. La constante denuncia de intrusismo y el adquirir la exclusividad de nuevas técnicas (inyectables como ejemplo clásico) alargaría la pugna hasta 1955.

APÉNDICES

APÉNDICE N° I

RELACIÓN NOMINAL DE LAS FIGURAS ENFERMERAS DOCUMENTADAS EN EL HOSPITAL SANTIAGO DESDE SU FUNDACIÓN HASTA 1900

(FUENTE: Marcelo Núñez de Cepeda)

HOSPITALEROS o SÍNDICOS

En sus primeros años bajo Patronato de los “Ayala” se identifican:

Alfonso de Uncella y su esposa, 1466-1497.

Martín López y su esposa, 1497-¿1507?

Desde el incendio de 1507 hasta la construcción del nuevo Hospital y la cesión del Patronato al Ayuntamiento en 1535, se localiza a los siguientes en el denominado hospital de “Portal de las barreras”:

Juan de Elorriaga y su esposa, 1508-1516.

Fernando de Marquina y su esposa, 1516-1535.

Tras la reconstrucción y la cesión del patronato aparecen los siguientes Hospitaleros o Síndicos citados. La mayoría habrá de entenderse junto a sus esposas, aunque no se citen salvo que les sucedan al quedar viudas ya que no tenemos datos sobre ellas:

Fernando de Marquina, 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.

Juan de Aresti, 1600-¿1606? Y ¿1607?-1615.

Hermano Enrique Gravelin, Hermano Hospitalario de Juan de Dios, ¿1606-1607?

Pedro de Velasco, 1615-1647.

Marcos de Velasco, 1647-1649. Hermano del anterior, era sacerdote, sirvió con la viuda de aquél, María López de Vergara.

Miguel González de Uriarte, 1649-1658.

Antonio de Púmar, 1659-1660.

Diego de Monis, 1661-1668.

María de Echaguen, 1668-1683, esposa del anterior.

Diego de Antoñanzas, 1684.

Juan de Espada, 1685-1692.

Juan de Nanclares, 1693-1704.

Diego Blanco, 1704-1716.

Juan de Inchaurre, 1716-1723.

Francisca de Nanclares, 1724-1741. Esposa del anterior.

Martín Ruiz de Gámiz, 1741-1771. Era también Cirujano menor.

Ventura de Saseta, 1771-1786. Era también Cirujano menor.

Felipe Saseta, 1786-1798.

Juan José de Saseta, 1798-1813.

Fulgencio de Palacios, 1813-1819.

Manuel Antonio de Manso, 1819-1820.

BARBEROS, CIRUJANOS, SANGRADORES O PRACTICANTES

No tenemos noticias de los mismos hasta el hospital de barreras, tras el incendio de 1507. En el mismo se citan:

Diego Molino, 1516-1529.

Juan de Azua, 1530-1535.

Tras la cesión del Patronato al Ayuntamiento y reconstruido el Hospital en su ubicación primera, junto a la plaza, aparecen referidos los siguientes “cirujanos”. Generalmente sólo existió uno, pero por

determinadas circunstancias, como la peste de finales del XVI, se multiplicó su número.

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 Francudo, 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.

A partir de ese momento no aparecen relacionados Cirujanos menores, ya que desde 1741 se encontraba como Hospitalero Martín Ruíz de Gámiz que era también Cirujano menor, al igual que su sobrino Ventura de Saseta que le sucede. Probablemente el nieto y el hermano de este último, que van sucediéndose hasta 1813, también lo fueran. Por otra parte

desde 1689 existía cédula para una plaza de Cirujano Mayor en la ciudad, que empieza a contratarse en el Hospital al menos desde 1728.

En 1820 las figuras de Síndico Hospitalero y de Cirujano menor se unen formando el cargo de Enfermero Mayor, que será auxiliado por un enfermero segundo para las salas de hombres y una enfermera para las salas de mujeres. La duración de estas figuras es discutible, probablemente existieron hasta 1826 en que llegaron las Hijas de la Caridad para hacerse cargo del Hospital, pero debido a la convulsión política de 1823 al regresar Fernando VII al poder y finalizar el Trienio Liberal, se suspenden las Ordenanzas de 1821 que amparaba estas figuras, volviéndose en teoría a las Ordenanzas de 1764, por lo que vuelve a hablarse de Hospitalero aunque la persona sigue siendo la misma que el Enfermero Mayor:

Enfermero Mayor:

Manuel Ramón de Echevarría, 1820-¿1823-1826?

Enfermero Segundo:

Tomás de Goya, 1821-¿1823-1826?

Enfermera:

Ramona Villaplana, 1821-¿1823-1826?

A finales de 1826 llegan las Hermanas de la Caridad, haciéndose cargo del Hospital a partir del 1 de enero de 1827. Desde entonces la Madre Superiora asumirá las tareas organizativas del Hospitalero, mientras que las hermanas harán lo propio con las asistenciales. El Enfermero Mayor, reducido a sus funciones de Cirujano menor o Sangrador, queda bajo el nombre de Practicante o Ayudante –más usualmente Ayudante de Cirugía-, pero a diferencia de sus predecesores tendrá habitación en el Hospital y su presencia en el mismo será permanente. Hasta 1858 sólo existirá un practicante, luego serán dos, aunque no se documenta fehacientemente hasta 1861 en que comienza a pagarle el Hospital (hasta entonces le pagaba

directamente el primer practicante). A partir de 1870 y hasta 1878 el número será de tres, ocupando el más antiguo el puesto de Ayudante y los otros dos las denominadas plaza nº 1 y nº 2. A partir de 1879 hasta 1901 volverán a ser dos.

Manuel Ramón de Echevarría, ¿1823-1826? -1833. El anterior Enfermero Mayor.

Buenaventura Oráa, 1833-1850.

Manuel Garmendia, 1850-1878. A partir de 1870 Ayudante o Practicante Mayor.

Manuel Labarga, ¿1858-1861?-1870. Segundo Practicante.

Plaza número 1:

Narciso Diez Labarga, 1870-1877.

Fausto Ruiz Cerro, 1877-1881.

Cesáreo Ruiz Álvarez, 1882.

Vicente Salinas Gonzalo, 1881-1889.

Julián Barrón Elortegui, 1889-1908.

Plaza número 2:

Bernabé López, 1870-1873.

Juan Ramírez de Ocariz, 1873-1874.

Gabriel López de Guereñu y López de Heredia, 1874-1879.

Román Domínguez, 1879-1899.

Juan Francisco López Ortiz, 1899-1901.

CONGREGACIÓN DE LAS HIJAS DE LA CARIDAD

Superioras de la Caridad:

Sor María del Carmen Velasco, 1826-1831.

Sor María Teresa Bosch, 1831-1836.

Sor Josefa Apezteguía, 1836-1863.

Sor Eustaquia Lascurain, 1863-1871.

Sor María Esparza Larrate, 1871-1875.

Sor Pascuala Florentina Ardaiz, 1875-1903.

Del resto de la Congregación, únicamente disponemos de un listado correspondiente a Enero de 1880:

Hermanas:

Eustaquia Lascurain. Aunque Núñez de Cepeda entiende que fallece en 1871, se trata de la antigua Superiora que ahora aparece citada textualmente como jubilada.

Ignacia Galarza

¿? Múgica

¿? Osacar

Agustina Ayala

Victoriana Mugerza

¿? Cabares

¿? Olanao

María Mugica

Luisa Garay

Francisca Uranga

APÉNDICE N° 2

DICCIONARIO TERMINOLÓGICO

ALFERECIA: Epilepsia. *Diccionario enciclopédico abreviado*, Espasa-Calpe, Edic. 1932

BAÑOS TERAPÉUTICOS:

Estos se dividían en baños calientes y fríos, baño permanente y baños medicamentosos. Los baños calientes se empleaban para la limpieza del enfermo y como sedante. Los muy calientes excepcionalmente, ya que no se pueden controlar sus efectos y además pueden causar quemaduras, al igual que los fríos, poco usados por las violentas reacciones que producían. El baño permanente implica mantener al enfermo sumergido en agua (35° durante el día y 36° durante la noche) por espacio que variaba entre unas horas hasta días enteros; eran utilizados principalmente en enfermos mentales agitados o enfermos con problemas de piel; la bañera era cubierta por encima con una gruesa lona, que permitía sacar la cabeza y brazos.

Los baños medicamentosos se dividían en: baños ácidos, bien con ácido clorhídrico o con vinagre; baños alcalinos, con bicarbonato de sosa, carbonato de sosa o ácido bórico; baño sinapizado: utilizaban un kilogramo de mostaza metido en un saco de tela, 5-10 minutos eran suficientes, el enfermo se retiraba cuando se enrojecía la piel a fin de evitar una acción excesiva. Baños emolientes bien con salvado (1Kg), almidón (1Kg). Baños salinos, añadían 2 Kg. de sal al contenido de la bañera. *Manual de la enfermera. M. Usandizaga. Librería internacional. 1934.*

CATAPLASMAS:

Consisten en la aplicación de calor húmero por medio de una pasta caliente, colocada entre dos gasas o telas. (...) a un recipiente que contiene agua hirviendo, se le va añadiendo harina de linaza (...) algunos le añaden una cucharada de bicarbonato, que forma anhídrido carbónico, y hace que la mezcla sea menos pesada. (...) Las cataplasmas también pueden hacerse con otras harinas. Las de uso más generalizado son las de mostaza, que tienen una acción revulsiva más intensa. Se preparan mezclando una parte de mostaza con seis de harina de trigo. *Manual de la enfermera. M. Usandizaga. Librería internacional. 1934.*

CAUTERIO:

Medicamento cáustico que se emplea para modificar los tejidos, convirtiéndolos en una escara. Varilla metálica con mango, que se aplica candente sobre el cuerpo, para formar instantáneamente una escara. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

CUADRA:

Habitación Espaciosa y especialmente dormitorio grande de cuartel, hospital, etc. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

CULTURA:

Conjunto complejo que abarca los saberes, las creencias, el arte, las costumbres, el derecho, así como toda disposición o uso adquiridos por el hombre viviendo en sociedad. *TYLOR, Edward Burnett. (1871)*

ESCIRROS:

Especie de cáncer o tumor duro que se produce principalmente en las glándulas. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua, Espasa-Calpe.*
(Hasta mediados de 1800 todavía se practicaba, como método de curación, la imposición de manos, privilegio atribuido durante siglos a los reyes de Inglaterra y Francia; “*toque de rey*”, se llamaba popularmente a la ceremonia, todavía en 1824 practicada en París por Carlos X, el día de su coronación con 121 enfermos. *P. Laín Entralgo, Historia de la Medicina, Salvat Editores, 1978.*

EXUTORIO:

Úlcera abierta y sostenida artificialmente con fines terapéuticos. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

FOMENTO:

Compresa caliente, generalmente empapada en agua y otro líquido, que se aplica a una parte del cuerpo enferma, como remedio. *Diccionario de uso del Español María Moliner. Ed. Gredos S.A.. 1982*

GÁLICO:

Perteneciente o relativo a las Galias. Dícese del morbo contagioso que se contrae por el coito. Sífilis. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

GIGOTE:

Del francés *gigot*, pierna de carnero preparada para comerla. Guisado de carne picada rehogada en manteca. Cualquier otra comida picada en pedazos menudos. *Diccionario enciclopédico abreviado, Espasa-Calpe, Edic. 1932*

HERMENEÚTICA:

Etimológicamente del griego “*hermeneuo*” (explicar, traducir, interpretar), tradicionalmente se aludía con este término a la adecuada interpretación de las Sagradas Escrituras, por extensión se alude con él a las ciencias o materias que poseen un carácter explicativo o interpretativo.

LAMPARONES:

Escrófula (Tumor frío originado de la hinchazón de los ganglios linfáticos superficiales) en cuello, enfermedad de los solípedos (caballo, asno, cebra), acompañada de erupción de tumores linfáticos en varios sitios. *Diccionario enciclopédico abreviado, Espasa-Calpe, Edic. 1932*

LÁUDANO:

Preparación de opio, azafrán, vino blanco y alguna otra sustancia. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

MANÍA:

Especie de locura caracterizada por delirio general, agitación y tendencia al furor. Extravagancia, tema, capricho de genio en el modo de pensar, afecto o deseo desordenado. *Diccionario enciclopédico abreviado, Espasa-Calpe, Edic. 1932*

MARAVEDÍ:

Antigua moneda española, que tuvo diversos valores y calificativos. El que circuló últimamente valía 1/34 de real de vellón. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

MOYANO SAMANIEGO (Claudio):

Político moderado español (1809-1890). Ministro de Fomento en el gabinete de Narváez. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

PERLESIA:

Debilidad muscular producida por la mucha edad o por otras causas, acompañada de Temblor (parálisis). *Diccionario enciclopédico abreviado , Espasa-Calpe, Edic. 1932*

PROTOMEDICATO:

Antiguo tribunal formado por los protomédicos y examinadores, ante el cual probaban su aptitud y suficiencia los que aspiraban a ejercer la profesión de médico.

PROTOMÉDICO:

Cualquiera de los médicos del rey que componían el tribunal del protomedicato. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

REAL DE VELLÓN:

Antigua moneda castellana de plata, que valía 34 Maravedíes (25 céntimos de peseta). *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

RIEGO Y NUÑEZ (Rafael del):

General español (1785-1823). Tomó parte en la guerra de la Independencia y hecho prisionero fue llevado a Francia, donde abrazó los principios de la Revolución. En 1820 encabezó un pronunciamiento a favor de la Constitución de 1812 que dio paso al Trienio constitucional (1820-1823). Traicionado por el general Ballesteros fue conducido a Madrid y ahorcado en la plaza de la Cebada. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

SANGRIA:

Acción y efecto de sangrar. Sangría blanca, sección incompleta de la vena sin salida de sangre. Sangría capital, efectuada por medio de sanguijuelas, ventosas, escarificadas. Sangría deplectiva, se hace para disminuir la cantidad total de sangre en un pletórico. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

SINAPISMOS:

Cataplasma que se hacía con sustancias irritantes, mostaza y a veces pimentón. *Diccionario enciclopédico abreviado, Espasa-Calpe, Edic. 1932*

UNCION:

aplicación de unguento o aceite. Unturas y especialmente las de unguento mercurial. *Nueva Enciclopedia Sopena, Editorial Ramón Sopena, S.A. Ed. 1961*

UNGÜENTO: Preparación medicamentosa de uso externo a base de cera y resinas

VARIOLIZACIÓN:

Edward Jenner oyó a una lechera de su tierra, Inglaterra, que las ordeñadoras infectadas por la viruela vacuna quedaban inmunes contra la viruela humana, y concibió la idea de utilizar el hecho como recurso preventivo. El 14 de mayo de 1796, tras varios años de observación cuidadosa, Jenner procedió a la primera inoculación experimental en el cuerpo del niño James Phipps. Usó para ello linfa tomada del brazo de una lechera afecta de viruela vacuna. Pocos días más tarde inoculó a James Phipps pus de viruela humana y pudo comprobar la total inmunidad del niño así “vacunado”. A destacar la expedición organizada por el Gobierno de España en 1803 y dirigida por el médico alicantino Fr. Javier de Balmis. Para transportar y conservar el virus se sirvió del organismo de 22 niños de la expedición a los que iba variolizando durante la travesía, así se vacunó a toda Hispano-América, Filipinas, Cantón y Macao.

VENERA:

Concha de la vieira con la que se identifican los peregrinos compostelanos.

VEJIGATORIO:

Emplasto o parche de *cantáridas* o *moscas de España* u otra sustancia irritante, que se pone para levantar vejigas.

CANTARIDAS:

Insecto coleóptero de 15 a 20 mm de largo y de color verde oscuro, brillante, que vive en las ramas de los tilos y sobre todo de los fresnos. Empleábase en medicina como vejigatorio, así en polvo como en tintura alcohólica, en unguento y emplasto.

VEJIGA:

Ampolla

Diccionario enciclopédico abreviado, Espasa-Calpe, Edic. 1932

“Cada vez es menos usado el polvo de cantárida como vejigatorio por los peligros que tiene” *Manual de la enfermera. M. Usandizaga. Librería internacional. 1934.* “El empleo de vejigatorios puede decirse que está totalmente abandonado por ser un método brutal” *Manual de la enfermera. M. Usandizaga. Ed Mayfe S.L. sexta edic. 1952*

BIBLIOGRAFIA

FONDOS DOCUMENTALES

- A.M.V. (Archivo Municipal de Vitoria). Vitoria.
- A.T.H.A. (Archivo del Territorio Histórico de Álava). Vitoria. Fondo Hospital Santiago.
- A.D.V. (Archivo Diocesano de Vitoria). Vitoria.
- Fundación “Sancho el Sabio”. Vitoria.

PRENSA

- Boletín Oficial de la Provincia de Álava.
- El Alavés.
- El Anunciador Vitoriano.
- El Gorbea.
- La Concordia.
- La Libertad.
- Revista Médica Vasco-Navarra.

FONDOS BIBLIOGRÁFICOS

A

- Acebal de la Peña, Ana. “Enfermedades y medicinas en el Hospital Santiago. 1880-1890”. Tesis Doctoral, sin publicar. 1993.
- Alfaro Fournier, T. “Vida de la ciudad de Vitoria” Magisterio español. 1951.
- Alfaro Fournier, T. “ Una ciudad desencantada” Diputación Foral de Álava. 1987 (1ª parte), 1995 (2ª parte).
- Alonso Seco, José María. Gonzalo González, Bernardo. “La asistencia social y los servicios sociales en España. Madrid”, 1997. Boletín Oficial de Estado.

- Apraiz Sáenz del Burgo, Ramón de. “Garayo el sacamantecas ¿Es cuerdo ó es loco? Conferencias dadas en el Ateneo de Vitoria”. Vitoria, 1881. Imp. Viuda de Iturbe e hijos.

B

- Barrenechea, José Manuel. “Valentín de Foronda, reformador y economista ilustrado”. Vitoria, 1984. Diputación Foral de Álava.
- Bazán, Iñaki. “Garayo, el sacamantecas”. Gaceta municipal de Vitoria-Gasteiz, nº 94 y 95. Vitoria, 1997. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Becerro de Bengoa, Ricardo. “El sacamantecas: su retrato y sus crímenes: narración escrita con arreglo a todos los datos auténticos”. Vitoria 1881. Imp. Viuda e hijos de Iturbe.

C

- Carasa Soto, Pedro. “Historia de la beneficencia en Castilla y León: poder y pobreza en la sociedad castellana”. Valladolid, 1991. Universidad de Valladolid.

E

- Esquerdo y Zaragoza, J. “ Locos que no lo parecen, Garayo “ el sacamantecas “.En estudios medico-sociales sobre marginados en la España del siglo XIX” . Rey González. Antonio M. Ministerio de sanidad y consumo. 1990.

F

- Fresquet Febrer, José Luis. “Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y la ideas sanitarias del liberalismo moderado”. Ministerio de sanidad y consumo. 1990.

H

- 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.

I

- Ibáñez, Carlota. “Pobreza y beneficencia en Vitoria en el siglo XVIII”. Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz nº 67. Vitoria, 1996. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Imizcoz, José María. Manzanos, Paloma.” Historia de Vitoria”. Editorial Txertoa. 1997
- 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.

J

- 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 Audícana”. Vitoria, 1879. Imp. Viuda de Iturbe e hijos.

L

- López Piñero, J.M. Navarro, V. Portela, E. “La revolución científica”. Biblioteca historia 16. Madrid, 1989.
- López Piñero, J.M. “M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870). Ministerio de sanidad y consumo. Madrid, 1984.
- López Piñero, José María. “Historia de la Medicina”. Biblioteca historia 16. Madrid, 1990.

M

- Madoz, Pascual. “Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar”. Volumen XVI. Madrid. 1850.
- Martín Latorre, Peli. “ Hospitales, peregrinos yotras cosas”. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1996.
- Maza Zorrilla, Elena. “Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)”. Barcelona, 1999. Ariel ed.

N

- Núñez de Cepeda y Ortega, Marcelo. “Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estíbaliz”. Imprenta del Monasterio de El Escorial, 1931.

P

- 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.

R

- Ramos Calvo, Pedro Manuel. “El cólera en Álava”. Vitoria, 1986. Azterlanak nº 14, Diputación foral de Álava.
- 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.
- Rollán, C. Benavides, M. Ed. Valentín de Foronda: los sueños de la razón. Madrid, 1984. Editora Nacional.
- Roure, Gerónimo. “Memoria histórico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático observada en la Provincia de Álava en el año 1855”. Vitoria, 1856. Imp. Viuda de Manteli e Hijos.

S

- 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. 1996

V

- Velasco, L. de. “Memorias del Vitoria de antaño” Diputación Foral de Álava. Vitoria. 1984.
- Ventosa Esquinaldo, Francisco. “Historia de la enfermería española”. Editorial ciencia 3. 1984.

T

- Tranbarger, Gene. “Supresión de barreras históricas” en Nursing 2004 edición española, Volumen 22, Número 2.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, en primer lugar. Por las horas restadas.

Al Colegio de Enfermería de Álava, por darnos cobijo y sacar a la luz esta obra.

A la dirección de Enfermería del Hospital Santiago, al Hospital en general y, muy particularmente, a Carmen Gistau, por la acogida recibida, las facilidades dadas en el acceso a la documentación y la autorización a reproducirla en la presente obra.

A los técnicos y empleados del Archivo del Territorio Histórico de Álava, por su dedicación más allá de lo esperado.

A cuantas enfermeras nos han animado en el transcurso del estudio, y que nos han aportado valiosísima información para éste y futuros trabajos en la historia de nuestra profesión.

Nota: Las fotografías que acompañan la portada y la página 8, no se corresponden exactamente con el periodo a estudio, ya que probablemente sean de 1926, año en que se conmemoró el centenario de la llegada de las Hijas de la Caridad, siendo publicadas en la memoria correspondiente a ese año. Dichas imágenes se encuentran en el propio Hospital Santiago, del que hemos recibido autorización expresa para su utilización, así como en el cuadernillo de memoria citado, que se halla archivado en el fondo del Hospital Santiago del Archivo del Territorio Histórico de Álava. A pesar de la distancia temporal, las consideramos representativas del periodo ya que plasman una realidad arquitectónica del Hospital y su entorno aún similares a las del siglo XIX.



**COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERIA DE ALAVA
ARABAKO ERIZAINEN
ELKARGO OFIZIALA**