

## **“Los orígenes del sistema hospitalario moderno en Vizcaya: El hospital de Basurto de Bilbao”**

Manuel González Portilla  
Arantza Pareja Alonso  
*Universidad del País Vasco /EHU*

### **Introducción. Industrialización y crecimiento de la población**

La comarca de la Ría de Bilbao se convierte en el símbolo del gran cambio económico, social y urbano del siglo industrial que va a conocer el País Vasco entre 1876-1975. Dos fechas que constituyen momentos claves de la historia de España. La primera, la de 1876, nos sitúa en el final de la segunda guerra carlista y del régimen foral, y en el inicio de la Restauración y del nuevo pacto entre las provincias exentas y el Estado, materializado en el Concierto Económico, la base económico-fiscal de la actual autonomía del País Vasco y Navarra. La segunda, la de 1975, nos sitúa en el final del franquismo, el comienzo de la transición democrática, el Estado de las Autonomías, la integración en la Unión Europea y la crisis industrial de 1976-1985, que afecta gravemente el modelo industrial y de desarrollo establecido en el País Vasco.

Los efectos del siglo industrial quedan recogidos tanto por las variables económicas como por las demográfico-urbanas. Los datos procedentes de estas últimas ponen de manifiesto la intensidad de las transformaciones y la focalización de las mismas. Los datos demográficos nos muestran un País Vasco que experimenta un importante crecimiento demográfico, concretado en las dos etapas de máxima industrialización: 1876-1930 y 1950-1975. La población asciende de 450.678 habitantes en 1877 a 2.072.430 en 1975. En un siglo, la población se ha multiplicado por 4,6, siendo su tasa media acumulativa de crecimiento del 1,3% anual.

Sin embargo, este crecimiento demográfico se va a concretar en la provincia de Vizcaya, y dentro de ésta en la comarca de la Ría de Bilbao, que se transforma en una metrópoli a lo largo de dicho siglo. La población de Vizcaya asciende de 189.954 habitantes en 1877, el 42,1% de la población del País Vasco, a 1.151.680 habitantes en 1975, el 55,6% de la población vasca. La población vizcaína se había multiplicado por 6,1 en el siglo industrial. El resto del País Vasco (las provincias de Guipúzcoa y Alava) lo había hecho por 3,5. Dentro de Vizcaya, es el área metropolitana de la Ría de Bilbao la que realmente concentra las grandes transformaciones económicas y sociodemográficas. La población de la Ría asciende de 62.147 habitantes en 1877 a 846.326 en 1975, lo que supone pasar de concentrar el 32,9% de la población provincial en el primer año, al 73,5% en el segundo. La comarca aporta casi la mitad del crecimiento poblacional (el 48,3%) que tiene el País Vasco. En definitiva, la Ría pasa de tener el 13,8% de la población del País Vasco en 1877 a tener un 40,8% en 1975. En este año, cuatro de cada diez vascos viven en el área metropolitana de la Ría de Bilbao.

*Cuadro 1: Evolución de la población de la Ría de Bilbao, Vizcaya y País Vasco 1877-1975*

	<i>Total Ría</i>		<i>Total Vizcaya</i>		<i>Total País Vasco</i>	
	Habitantes	r	Habitantes	r	Habitantes	r
1877	62.417		189.954		45.0678	
1900	166.220	4,35	311.361	2,17	603.596	0,56
1930	304.364	2,04	485.205	1,49	891.710	0,74
1950	378.147	1,09	568.688	0,80	1.061.240	0,26
1975	846.326	3,27	1.151.680	2,86	2.072.430	1,90

Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos de Población: INE y EUSTAT.

Estos primeros datos demográficos nos ayudan a contextualizar mejor la realidad económica y socio-demográfica del País Vasco, y la relevancia que alcanza la Ría en el contexto histórico contemporáneo vasco<sup>1</sup>. Este dinamismo económico se concentra en tres zonas de la Ría: la zona minera de Triano-Somorrostro, integrada por los municipios de Abanto-Ciérvana, San Salvador del Valle, Ortuella y Musquiz; la margen fabril del tramo medio de la Ría (Baracaldo y Sestao) y la ciudad de Bilbao, en la que quedan integradas para nuestro análisis las anteiglesias de Begoña, Abando y Deusto, que terminan anexionadas en sucesivas etapas. La zona minera y las ciudades fabriles tienen espectaculares crecimientos demográficos en el último cuarto del siglo XIX. La zona minera pasa de 6.288 habitantes en 1877 a 23.407 en 1900, con una tasa media de crecimiento demográfico del 5,9% anual; las ciudades fabriles de 6.138 a 25.846 habitantes (6,4% anual de crecimiento demográfico), y Bilbao de 39.695 a 93.250 habitantes, con una tasa media de crecimiento demográfico del 3,8% anual<sup>2</sup>.

## **1. Los antecedentes socio-sanitarios de la génesis de un nuevo hospital**

### *1. 1. Hacinamiento de la población y contaminación de las aguas*

La intensidad de la urbanización y la industrialización son los factores de la segunda mitad del siglo XIX que frenan los avances de la transición de la mortalidad, e incluso hay zonas donde este proceso retrocede o se estanca. Las ciudades europeas que experimentan rápidos crecimientos demográficos e industriales ven cómo se ralentiza el descenso de la mortalidad, y cómo repunta éste durante un cierto tiempo. Esto es lo que sucede en la comarca de la Ría de Bilbao en esos años de máximos crecimientos demográficos e industriales, que se concentran en las tres zonas anteriormente descritas, en el periodo de 1876-1890. Las tasas brutas de mortalidad del conjunto de los municipios mineros se sitúan por encima del 40 % entre 1877-1894; las de las dos ciudades fabriles de la margen izquierda alcanzan sus máximos entre 1888-1894 con tasas que superan el 40% en Baracaldo y rondan el 50% en Sestao. En la capital de la provincia, Bilbao, la mayor parte de los años del periodo de 1881-1903, las tasas brutas de mortalidad superan ampliamente

<sup>1</sup> La reflexión más reciente sobre la evolución industrial y el modelo de desarrollo en el área metropolitana de la Ría de Bilbao se puede encontrar en M. González Portilla (ed.) et al. *Los orígenes de una metrópoli industrial: La Ría de Bilbao*, Fundación BBVA / Nerea, Bilbao, 2001, págs. 45-127, vol. I.

<sup>2</sup> La zonificación de la Ría de Bilbao, el crecimiento demográfico de cada una de estas zonas y sus respectivos municipios hasta vísperas de la Guerra Civil, se pueden consultar en M. González Portilla (ed.) et al. *Los orígenes de una metrópoli...*, *Op. Cit.*, 2001, págs. 129-163, vol. I.

el 30‰<sup>3</sup>. Esta elevada mortalidad se focalizaba sobre todo en la población infantil de 0-4 años, lo que se traducían en una baja esperanza de vida al nacer. La esperanza de vida (E<sub>0</sub>) estaba en 17,1 años en San Salvador del Valle, y en 16 años en Sestao en 1888; son los dos municipios que experimentan un mayor crecimiento demográfico en el decenio intercensal de 1877-1887. La esperanza de vida al nacer de Baracaldo es de 22,8 años en 1890, y la de Bilbao de 34,2 años en 1887<sup>4</sup>.

El hacinamiento y la mala calidad del agua son unas de las consecuencias de estos intensos crecimientos, y a partir de ellos, los factores desencadenantes de unas elevadas tasas de mortalidad provocadas por enfermedades infectocontagiosas transmitidas por el aire y el agua. La prensa y los higienistas de la época ponían de manifiesto los problemas sanitarios y de salud que generaban tanto el hacinamiento como la mala calidad de las aguas y la falta de infraestructuras de alcantarillado y conducción de las aguas potables y residuales<sup>5</sup>. Los problemas y las protestas que se van a derivar de estas insuficiencias fueron continuos, y los temores a que se desencadenasen epidemias y elevadas tasas de mortalidad eran denunciados permanentemente por las autoridades, medios de comunicación, profesionales de la medicina y la población en general.

El hacinamiento de la población en las viviendas era el mejor vehículo para la transmisión de la enfermedad y el contagio, siendo en esos hogares -los de las clases jornaleras- donde mejor se propagaba y más muertos producía. Los graves problemas de salud que provocaba este tipo de hábitat fueron denunciados por distintos colectivos, entre los cuales destacaban los médicos e higienistas, así como las diversas instituciones<sup>6</sup>. La “Memoria sobre las obras de saneamiento ...” de 1903 concluía afirmando que “*si se hiciera desaparecer en muchas viviendas la aglomeración de gentes, prohibiendo la habitabilidad de locales que carezcan de la suficiente ventilación y luz, y limitando el número de personas que pueden vivir en las que sean aptas; si se dotase a la Villa de un surtido de buena agua potable en cantidad suficiente para desterrar de las cocinas los*

---

<sup>3</sup> A. Pareja Alonso, *Inmigración y condiciones de vida en la villa de Bilbao, 1825-1935*, Universidad del País Vasco, Leioa, 1997, Tesis doctoral inédita.

<sup>4</sup> M. Arbaiza Vilallonga, "Las condiciones de vida de los trabajadores industriales de la industria vizcaína a finales del siglo XIX a través de la morbi-mortalidad", *Revista de Historia Industrial*, Vol. 8, 1996, pág. 67; A. Pareja Alonso, *Inmigración...*, *Op. Cit.*, 1997, pág. 251.

<sup>5</sup> Sobre esta cuestión véase el capítulo “Las aguas de la vida y las aguas de la muerte”, en M. González Portilla (ed.) et al. *Los orígenes de una metrópoli...*, *Op. Cit.*, 2001, págs. 213-390, vol. II.

<sup>6</sup> Las referencias al hacinamiento y las deficiencias de las viviendas de los obreros fueron denunciadas en periódicos y semanarios de la época, a la vez que generaron una importante documentación oficial depositada en los archivos municipales. Entre las obras contemporáneas que denuncian dicha situación destacan las de higienistas como J. Gil y Fresno, *La higiene física y moral del Bilbaíno*, Bilbao, 1871, y G. Gómez, *Como se vive y se muere en Bilbao. Reseña demográfica de la Ilustre Villa*, Bilbao, 1896. Entre los investigadores que han tratado este tema, hemos de destacar los trabajos de L. V. García Merino, *La formación de una ciudad industrial. El despegue urbano de Bilbao*, I.V.A.P., Oñate, 1987; P. Pérez-Fuentes Hernández, *Vivir y morir en las minas. Estrategias familiares y relaciones de género en la primera industrialización vizcaína 1877-1913*, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, Bilbao, 1993; M. Arbaiza Vilallonga, *Estrategias familiares y transición demográfica en Vizcaya, 1825-1935*, Universidad del País Vasco, Leioa, 1994, Tesis doctoral inédita; M. González Portilla (ed.) et al., *Bilbao en la formación del País Vasco Contemporáneo. (Economía, población y ciudad)*, Fundación BBV, Bilbao, 1995; A. Pareja Alonso, *Inmigración ...*, *Op. Cit.*, 1997.

*grifos de agua de la ría, aparatos perfectamente adecuados para propagar en las viviendas gérmenes infecciosos, se conseguiría en pocos años bajar el coeficiente de mortalidad... ”*<sup>7</sup>.

En definitiva, las pésimas condiciones de vida e higiene en las que se encontraban los pueblos mineros y fabriles en la primera fase de su construcción (hasta bien entrada la última década del siglo XIX), se convirtieron en los principales factores de difusión de enfermedades infectocontagiosas. Un ejemplo demostrativo de esta realidad fue la difusión que alcanzó el cólera morbo de 1885 en esta zona, lo que no ocurrió en Bilbao. Médicos higienistas y la prensa de la época insistían en la necesidad de tomar medidas urgentes para reducir esta situación perniciosa para la salud. Medidas que debían de ser preventivas, lo que obligaba a introducir “*grandes reformas en beneficio del trabajo, de la salud y de la moral*” en los pueblos mineros y fabriles<sup>8</sup>.

### *1.2. La alarma social. La sobremortalidad de los ochenta y el cólera morbo de 1885*

La difusión del cólera de 1885 en la Ría es un buen ejercicio para iniciarnos en la geografía sanitaria de la comarca. Veremos cómo las zonas de la Ría con mayores problemas sanitarios y de hacinamiento fueron las más afectadas por el cólera. Las dos primeras sospechas de cólera aparecen en la zona minera en los primeros días del mes de octubre en La Arboleda y La Reineta, falleciendo un minero infectado de la primera localidad. Las medidas que toma el gobernador civil fueron inmediatas y contundentes. Se aísla a la familia y al resto de las personas con las que el difunto mantuvo contactos, y en cuanto al otro enfermo “*quedará aislado con su padre y hermano en la chabola donde enfermó y las catorce personas que ocupaban el resto de dicha chabola, más un matrimonio y dos niños que vivían con el atacado, también quedarán aislados y en observación por cinco días*”. Además, la citada chabola y sus habitantes “*cuarentenarios*” quedaron “*materialmente acordonados y vigilados los cordones por veinte soldados de infantería a las órdenes de un oficial*”<sup>9</sup>. Las medidas no podían ser más drásticas y duras para una población depauperada que vivía hacinada en la misma chabola, en este caso 21 personas, incluido el fallecido, y cuyas posibilidades de contraer una enfermedad infectocontagiosa, en este caso el cólera, eran elevadísimas. En los días siguientes siguen apareciendo en la misma zona nuevos contagios y defunciones. También en los barrios populosos de los municipios fabriles surgen en esos días los primeros contagios, casos de Burceña y Cruces en Baracaldo.

Según iban apareciendo los primeros enfermos con sintomatología colérica, las autoridades trazaron dos líneas alternativas para su control: una era la del aislamiento con medidas de cuarentena, la otra, la de su ingreso en los hospitales existentes o los creados ex profeso para el cólera. En todos los municipios de la Ría se habilitan o se preparan hospitales provisionales (barracones) para ingresar a los contagiados y aislarlos de la población con el fin de evitar la propagación de la epidemia. Por otra parte, el temor atávico al cólera había propagado el rumor entre la población española de que “*los médicos estaban pagados por el gobierno para envenenar a los enfermos*”, cobrando un tanto por

---

<sup>7</sup> Archivo Municipal de Baracaldo, Carpeta 158, nº 9, exp. 55, pág. 44.

<sup>8</sup> P. Pérez-Fuentes Hernández, "El discurso higienista y la moralización de la clase obrera en la primera industrialización vasca", *Historia Contemporánea*, Vol. 5, 1991, págs. 127-156.

<sup>9</sup> *El Noticiero Bilbaíno*, nº 3596, 5 de octubre de 1885; nº 3611, 20 de octubre de 1885. En Baracaldo también se toman medidas de aislamiento con el control de autoridades armadas y de fumigación de la vivienda.

ciento por cada envenenamiento (se supone que con el objetivo de controlar la epidemia); rumor que llegó a principios de octubre a los pueblos industriales de la Ría, que ya conocían los primeros contagios y muertos de cólera, produciéndose inicialmente cierta resistencia “a las medidas higiénicas, a la asistencia médica y a la toma de medicinas”<sup>10</sup>, como consecuencia del rumor.

La difusión del cólera en las ciudades mineras y fabriles generó tal temor que el Ayuntamiento de Bilbao se vio obligado a reunirse en sesión extraordinaria el 20 de octubre con el fin de tomar una serie de medidas para evitar la difusión de la enfermedad por la ciudad<sup>11</sup>. También se tomaron medidas de “*desinfección general de las cloacas y letrinas*”<sup>12</sup> y continuaron las inspecciones de los viajeros procedentes del Norte.

La enfermedad continuó golpeando duramente a la zona minera y fabril de la zona media de la Ría. Simplemente recogiendo los datos publicados por la prensa correspondiente a los días 28 y 29 de octubre sabemos que se registran en la zona 93 nuevos enfermos coléricos y 35 defunciones, correspondiendo la mayoría a Baracaldo, con 31 nuevos enfermos y 14 defunciones, a Erandio (12 y 8), a Portugalete (12 y 3), y a los pueblos mineros cuya máxima incidencia se centró en Abanto-Ciervana, Gallarta y Ortuella<sup>13</sup>.

Sin embargo, el resultado final de la llegada del cólera no resultó tan catastrófico como se temía. Los muertos fueron unos centenares concentrados en las ciudades fabriles del tramo medio de la Ría y de la zona minera. Las medidas tomadas en Bilbao, tanto preventivas como de control de la población, mantuvieron a la ciudad fuera del contagio. Pero, simultáneamente, las élites y las instituciones asumieron que no se podía mantener la situación de hacinamiento y falta de salubridad pública en la que vivía la mayor parte de la población de la Ría en la década de los ochenta. Las elevadas tasas de mortalidad y la virulencia con que se manifestaban periódicamente algunas enfermedades infecto-contagiosas, obligaban a tomar medidas sanitarias para reducirlas. Estas medidas pasaban por poner en funcionamiento lo que la ciencia médica contemporánea proponía para mejorar la salud pública, y que los higienistas de la comarca ya habían recomendado.

Desde las instituciones públicas estas medidas se concretaron sobre todo en dos grandes actuaciones, que marcan los nuevos signos de lo que va a ser la transición sanitaria en la Ría de Bilbao. Nos referimos a la construcción del nuevo Hospital de Basurto, y a la construcción de una red de saneamiento de las aguas de Bilbao. Ambos proyectos inician su debate y andadura en las mismas fechas, en las décadas interseculares. Son los dos grandes proyectos sanitarios de la época, cuyos presupuestos resultaban ciertamente muy elevados. La construcción del Hospital de Basurto (1898-1908) costó la cantidad de 6,5 millones de pesetas, y la red de alcantarillado y recogida de las aguas de Bilbao, 5,7 millones de pesetas

---

<sup>10</sup> *El Noticiero Bilbaíno*, nº 3609, 18 de octubre de 1885.

<sup>11</sup> Las medidas aprobadas por el consistorio fueron las siguientes: Primero, establecer centros fumigadores en los puentes de Burceña y Luchana para los viajeros y mercancías -eran las zonas de entrada a Bilbao desde ambos márgenes de la ría-; Segundo, establecer sistemas de vigilancia en el río Cadagua; Tercero, nombrar vigilantes interventores para controlar (nombre y residencia) de los pasajeros de los tranvías que estuviesen más de un día en Bilbao; y Cuarto, reducir a la mitad la circulación de los tranvías con el fin de establecer una inspección más rigurosa. *El Noticiero Bilbaíno*, nº 3612, 21 de octubre de 1885.

<sup>12</sup> *El Noticiero Bilbaíno*, nº 3616, 25 de octubre de 1885.

<sup>13</sup> *El Noticiero Bilbaíno*, nº 3620 y 3621, 29 y 30 de octubre de 1885.

de la época<sup>14</sup>. Ambas actuaciones se enmarcan dentro de las preocupaciones de las élites y de las autoridades por reducir la mortalidad, y especialmente por reducir los focos que generaban las enfermedades infecciosas, causantes de la mayor parte de las muertes.

Los avances de la ciencia médica ya habían descrito cómo se generaban la mayor parte de estas enfermedades, los vectores desencadenantes de las mismas y los medios difusores (aire y aguas contaminadas)<sup>15</sup>. Estos conocimientos posibilitaban tomar medidas de tipo preventivo para evitar la aparición de la enfermedad y su difusión. Se sabía que ciertos insectos, aguas y alimentos contaminados, así como las condiciones de aire insalubre por el hacinamiento, eran los medios de difusión de estas enfermedades. Por lo tanto, su el control pasaba por reducir al máximo los medios difusores con políticas sanitarias diversas. Los efectos de estas políticas se dejan sentir desde la segunda mitad de la década de 1890 en que comienza a reducirse la mortalidad, cuyo descenso se acelera en los años entre 1897-1903, y continúa bajando en el primer tercio del siglo<sup>16</sup>.

### *1.3. El proyecto del nuevo hospital de Basurto*

Los avances de la medicina se extendieron asimismo al sistema hospitalario. Si los hospitales hasta el segundo tercio del siglo XIX eran mirados como asilos donde ingresaban las personas para morir en la mayor parte de los casos, desde el último tercio del siglo la situación cambia. La función de los hospitales será contemplada ahora como instrumentos de curación y de control de las enfermedades infecciosas<sup>17</sup>.

El diseño y construcción de los nuevos hospitales tenía que dar respuesta a dichas necesidades. Los programas de medicina pública e higiene fijan los criterios de lo que debe ser un hospital moderno. El primer criterio es que el hospital se debe construir en las afueras de la ciudad, en terrenos amplios y salubres, y con una buena orientación tanto con respecto al sol como a los aires dominantes. El segundo criterio es el volumen disponible de aire por enfermo y la superficie por cama.

---

<sup>14</sup> M. González Portilla, J. M. Beascochea Gangoi, A. Pareja Alonso y K. Zarraga Sangróniz, *Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884-1936*, Hospital de Basurto/Dip. Foral de Bizkaia, Bilbao, 1998, págs. 61-62.

<sup>15</sup> J. Bernabeu Mestre, "Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, Vol. XVI, Nº 2, 1998, págs. 15-38.

<sup>16</sup> M. Arbaiza Villalonga, A. Guerrero y A. Pareja Alonso, "Mundo rural y mundo urbano en la transición de la mortalidad vizcaina (1770-1930)", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, Vol. XIV, Nº 2, 1996, págs. 19-55; M. González Portilla (ed.) et al. *Los orígenes de una metrópoli...*, *Op. Cit.*, 2001, págs., págs. 346-352, Vol. I.

<sup>17</sup> P. Carasa Soto y L. M. Enciso Recio, *El sistema hospitalario español en el siglo XIX: de la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, Valladolid, 1985; F. Salmón Muñiz, L. García Ballester y J. Arrizabalaga, *La Casa de Salud Valdecilla: origen y antecedentes: la introducción del hospital contemporáneo en España*, Asamblea Regional de Cantabria, Santander, 1990; F. Narganes Quijano e I. Pérez De Diego, *El Hospital Provincial San Telmo: beneficencia y asistencia social en Palencia (siglos XIX y XX)*, Diputación Provincial, Palencia, 1993; J. Valenzuela Candelario, *Pobreza y asistencia benéfica: el Hospital de San Sebastián de Ecija, 1813-1942*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, Sevilla, 1996; E. Rodríguez Ocaña, "Los servicios de salud pública en la España Contemporánea", *Trabajo social y salud*, Vol. 43, 2002, págs. 91-118; R. Castejón Bolea y E. Perdiguero Gil, "Definiendo y gestionando la salud: medicina y acción social en la España Contemporánea", *Trabajo social y salud*, Vol. 43, 2002, págs. 9-18.

La estructura del hospital debe ser pabellonal. Los pabellones deben construirse en paralelo y respetando unas distancias, volumen, altura y superficie por cama. Deben estar separados entre sí con una distancia equivalente a 1,5/2 veces la altura, de tal forma que reciban sol y luz a lo largo del día. Entre los pabellones deben existir amplias avenidas con césped y árboles. El tercer criterio es el de disponer de pabellones o secciones de aislamiento para los enfermos infecciosos. El cuarto criterio está relacionado con el diseño del pabellón, lo que a su vez está vinculado con la función curativa que debe tener. Las salas de la planta baja deben estar aisladas del suelo dos metros por encima del mismo con circulación de aire entre los arcos de los cimientos y el suelo de la planta. La superficie del pabellón por cama debe oscilar entre 8/10 m<sup>2</sup> y entre 45 y 70 m<sup>2</sup> según sean camas de medicina o cirugía. Las ventanas deben ser amplias. La renovación del aire se debe hacer de forma natural, por lo que las partes superiores de los pabellones deben tener formas circulares, ojivales o elípticas. Esta estructura pabellonal de los modernos hospitales incorporaba otros edificios destinados a servicios generales, administrativos, cocinas y lavaderos, capilla, etc. Estos hospitales también solían tener previsto un pabellón u hospital para niños.

El hospital en pabellones era un signo de modernidad y progresismo tanto de la autoridad como del arquitecto que lo llevaba a cabo en el último tramo del siglo XIX. Hay autores prestigiosos como Kulin que en 1897 consideraba a los pabellones como “*la forma más perfecta de arquitectura para hospitales*”<sup>18</sup>. El primer proyecto hospitalario con pabellones se realiza en Inglaterra, en Blackburn, Lancashire (1858-59), el segundo es el hospital Herbert, en Woolwich (1860). Otros ejemplos posteriores famosos son el Hopkins, en Baltimore (1876-1889), los de Free City y Brigham en Boston, o la serie de hospitales que se construyen a lo largo de toda Europa (París, Berlín, Leipzig, Tempelhof -cerca de Berlín-, Hamburgo, etc.). En España, destacan los de Bilbao, Barcelona o Madrid.

En definitiva, este diseño de hospital en pabellones trataba de separar al enfermo del medio que le había provocado la enfermedad, y situarlo en un ambiente no contaminado con agua potable y abundante aire limpio, con espacios amplios y alimentación adecuada. El resultado en la mayor parte de los casos era la curación, a la vez que se retiraban de la circulación los casos de enfermos con enfermedades infectocontagiosas que podían transmitir a otras personas.

En los años a caballo de las décadas de 1880 y 1890, todavía las autoridades y la Junta de Caridad del Hospital tenían sin definir la solución a las deficiencias hospitalarias que presentaba Bilbao. La medicina moderna aconsejaba un modelo de hospital al que no se ajustaba el existente en Achuri y sus sucesivas ampliaciones en el interior de la ciudad, como fue la respuesta a la demanda hospitalaria con la construcción de Solocoeche<sup>19</sup>. El ritmo de crecimiento de la población de Bilbao y la Ría, más bien señalaba que las respuestas a esas necesidades de la medicina moderna pasaban por construir un hospital basado en las nuevas técnicas de construcción hospitalaria. Ese hospital terminaría construyéndose a las afueras de Bilbao, en Basurto, entre los años 1898-1908. En la prensa, un editorial del periódico afirmaba, como ha repetido en ocasiones anteriores, “*que el*

---

<sup>18</sup> N. Pevsner, *A History of Building Types*, Princeton University Press, Princeton, 1976. Hay traducción española con el título, *Historia de las tipologías arquitectónicas*, Barcelona, 1979, pág. 185.

<sup>19</sup> A. Villanueva Edo, "La última reforma del hospital de los Santos Juanes de Achuri", *Boletín de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País*, Vol. 61, n° 2, 2005, págs. 459-480.

*Ayuntamiento se convezca de la imperiosa necesidad que tiene de construir un buen edificio para hospital civil, en consonancia con los adelantos modernos, con la importancia de la población y con las exigencias de los males y de las enfermedades que afligen a la humanidad*<sup>20</sup>. Parece que a finales de los ochenta el Ayuntamiento y la Diputación estaban negociando esta posibilidad, de tal forma que el nuevo hospital civil podría *“tener el doble carácter de municipal y provincial”*<sup>21</sup>.

En 1895, se aprueban las bases del proyecto para la construcción del nuevo hospital. En los dos años siguientes, se seleccionan los terrenos donde se va a levantar y se aprueba el proyecto arquitectónico que se encomienda al arquitecto Enrique de Epalza y el diseño médico-hospitalario al director del hospital, Dr. Carrasco. Sin lugar a dudas, fue el terreno el factor fundamental que condicionó definitivamente la estructura del nuevo hospital. La Junta de Caridad adquirió, por esto, un terreno de 8 hectáreas y media en Basurto, una zona alejada en aquel momento del área urbana de Bilbao en 2.750 metros. Su cota más alta sobre el nivel del mar estaba a 45 metros y era una zona aireada y con “buenos vientos del mar”, aspecto muy apreciado en la época para la salubridad de los edificios sanitarios.

El hospital se termina diseñando para albergar 800 camas, número ideal de los modernos hospitales de la época, aunque se termina edificando pabellones para 600 camas. Esto representaba más de 100 metros cuadrados de terreno por cama, aunque los autores especializados ponían la cifra en 150 metros cuadrados por cama. Sin embargo, como se recoge en el informe del arquitecto, la inmensa mayoría de los hospitales modernos disponían de una superficie de alrededor de 100 metros cuadrados por cama, abundando incluso los peor dotados bajo este punto de vista.

Se proyectan pabellones dobles y de 2 pisos, es decir, salas reunidas por un cuerpo central donde se alojan los servicios. El personal, se ubicará en la “cabeza” de las salas. También se levantan pabellones sencillos de 2 plantas. Las salas se construyen para una capacidad de 24 camas según el proyecto diseñado, con unos espacios de 10 metros cuadrados, 60 metros cúbicos y 2,5 metros cuadrados de ventana por cama. La altura de cada piso será de 5 metros, y la altura total de cada pabellón oscilará entre 12,5 y 13 metros, estableciéndose una distancia mínima entre los pabellones del doble de la altura de éstos. Estas especificidades y la orientación de los edificios en función de los vientos dominantes y del sol, son factores básicos que condicionarán la construcción de todos los edificios.

La envergadura del proyecto explica que el hospital tardara en construirse diez años, iniciándose las obras el 21 de junio de 1898 y finalizándose en noviembre de 1908. Las dimensiones del nuevo hospital (más de 12.000 m<sup>2</sup> construidos), la calidad de la obra arquitectónica y de los materiales empleados, y las amplias inversiones en material médico-

---

<sup>20</sup> *El Noticiero Bilbaíno* nº 4569, 8 de febrero de 1889.

<sup>21</sup> *Ibidem*. La Diputación podría participar tanto en los costos de construcción como en el mantenimiento a través de “costear las estancias de los enfermos ajenos al pueblo (Bilbao), pero que vivan en la provincia”. El periódico sigue insistiendo en la necesidad que tiene Bilbao de un nuevo hospital, así como que “no se nos oculta ni la magnitud de la empresa ni las dificultades” para sacarlo adelante.



quirúrgico y de laboratorio, hicieron que se disparase el gasto presupuestado, que alcanzó para la época la enorme cifra de unos 6,4 millones de pesetas<sup>22</sup>.

## **2. La gestión económica hospitalaria, un modelo de asistencia sanitaria moderna**

A continuación, pasaremos a analizar algunos aspectos relacionados con la vida del hospital, que quedan definidos por el presupuesto y por su propia función sanitaria. Para ello, nos hemos valido del análisis de ciertos indicadores que nos han permitido adentrarnos en aquellas cuestiones relacionadas con la mejora de la salud en relación con el gasto alimentario, con las inversiones en material quirúrgico y farmacéutico, con la estructura de funcionamiento asistencial en relación con la progresión de la ciencia médica y las nuevas necesidades, y finalmente con la formación y selección de los profesionales de la salud.

### *2.1. Los ingresos, hacia la estabilidad*

El análisis de la estructura de los ingresos y gastos nos define las características sobre las que se asienta el funcionamiento del hospital. Dicho análisis de la estructura presupuestaria merece especial atención para desentrañar el papel que pudo jugar el hospital en la transición de la mortalidad en Vizcaya en las primeras décadas del siglo XX<sup>23</sup>. A lo largo del periodo analizado de medio siglo -1884/85 a 1935- el presupuesto del hospital creció considerablemente, intentado dar respuesta a las necesidades sanitarias de una creciente población urbana. Los ingresos del hospital para cubrir las necesidades de esta población tuvieron que multiplicarse por 29 entre los años económicos de 1884/85 a 1935, así como los gastos, que se multiplicaron por 28.

La estructura de los ingresos se fue transformando a la par que el hospital evolucionaba de hospital municipal, de la ciudad de Bilbao, a un hospital provincial, cubriendo las necesidades hospitalarias del conjunto de la población vizcaína. Dos instituciones iban a mantener presupuestariamente hablando al hospital: el Ayuntamiento, que era su patrono, y la Diputación que financiaba los gastos generados por la población no bilbaína. El tercer importante soporte de los ingresos, hasta la última década del siglo XIX, fue el procedente de las “limosnas y legados” donados por particulares de la burguesía. Todavía en la década de 1880, esta tercera partida se acercaba a la mitad de los ingresos, aunque su peso se fue reduciendo lógicamente con el aumento del gasto. Estamos todavía ante un hospital de beneficencia y asilo

En esta evolución iba a participar directamente la Diputación, que al disponer de un sólido presupuesto a través del Concierto Económico, pudo financiar con un 40% el gasto presupuestado del ejercicio de 1898-99, aunque ya en los años anteriores pagaba los gastos generados por las estancias de los pacientes forasteros -no bilbaínos-. Tras la inauguración del nuevo hospital de Basurto, los gastos volvían a experimentar una nueva subida, con un incremento del 31% para 1908. A nivel de ingresos, la partida que experimentó una mayor

---

<sup>22</sup> Para hacerse con una idea aproximada de lo que suponía esta cuantía, hay que decir que este presupuesto era el equivalente aproximadamente al 1% del presupuesto anual del estado español en los años ochenta del XIX, o a la mitad del capital de la mayor sociedad industrial española a finales del siglo XIX, Altos Hornos de Bilbao, la cual estaba cuantificada en 12 millones y medio de pesetas de capital.

<sup>23</sup> Para una información más detallada de los ingresos y los gastos en todo el período, se pueden consultar los cuadros 1 y 2 en M. González Portilla, J. M. Beascochea Gangoiti, A. Pareja Alonso y K. Zarraga Sangróniz, *Hospital de Bilbao...*, *Op. Cit.*, 1998, págs. 231-233.

aleatoriedad fue la de “limosnas y legados”, ya que hubo años en los que esta partida experimentaba una fuerte subida por las grandes donaciones de dinero y otros valores entregados por miembros destacados de la burguesía local. Donaciones que contribuyeron a mantener el superávit presupuestario en la mayor parte de los años hasta la segunda década del siglo XX.

Estos ingresos estables y crecientes procedentes de las instituciones públicas permitirán desarrollar nuevas funciones al hospital, como la educativa y de postgrado. El hospital no solo iba a recoger los avances científicos médico-sanitarios, sino que se convertía en una institución clave del sistema público de salud de Vizcaya por su contribución asistencial y por su aportación a la formación de profesionales sanitarios a través de los alumnos internos, médicos internos y médicos agregados, y la escuela de enfermería.

## 2. 2. La estructura del gasto

Los gastos del hospital van a experimentar un importante aumento a lo largo de estos 50 años. Si nos atenemos a las memorias, el gasto del Hospital Civil de Bilbao, pasó de 105.705 pesetas en el año económico de 1884-85, a 277.692 pesetas en 1907. Tras la construcción del hospital, los gastos experimentaron una substancial subida, ascendiendo desde las 458.076 pesetas de 1909 a los 3.011.026 pesetas en 1933. Es decir, en estos casi cincuenta años, el presupuesto del gasto se había multiplicado por 28. Lógicamente esta evolución se habría de reflejar en el gasto/estancia por enfermo, que también aumentó, aunque en una proporción menor como consecuencia del aumento del número de pacientes y de estancias. El gasto medio por estancia subía de 2,30 pesetas en el año económico de 1884-85 a casi 10 pesetas en 1931 (9,92 pesetas/estancia). El número de enfermos ingresados pasaba de 1.411 a 8.952 en dichos años, y las estancias de 47.358 en el año económico de 1885-86, a 293.764 en 1931.

*Cuadro 2: Participación de víveres, alumbrado, combustible y salarios sobre el gasto total*

<i>Años</i>	<i>% víveres, alumbrado /estancia</i>	<i>% sueldos /estancia</i>	<i>% suma</i>
julio 84-junio 85	47,43	30,51	77,94
julio 89-junio 90	42,11	26,18	68,29
julio 94-junio 95	46,16	30,42	76,58
1901	45,31	31,97	77,28
1906	39,50	34,49	73,99
1911	38,51	26,31	64,82
1913	42,23	27,06	69,29
1922	40,63	25,18	65,80
1926	37,01	23,90	60,91
1931	32,51	20,68	53,19
1935	33,11	27,77	60,88

Fuente: “Memorias de la Comisión de Economía, ropero y mobiliario” y “Memorias del Santo Hospital Civil de Basurto”, A.H.C.B.

Sin embargo, un análisis más desagregado del gasto nos evidenciaría mejor qué partidas eran las más significativas del gasto hospitalario, y por lo tanto, dónde se concentraba el esfuerzo para la mejora asistencial de los pacientes. Como se puede apreciar en el cuadro 2, existen dos partidas que absorben más del 70% del gasto hasta la

inauguración del hospital de Basurto, que son la partida integrada por “víveres, alumbrado y combustible”. Alrededor del 90% de esta partida lo integra la alimentación, junto a los sueldos. Por lo tanto, alimentación y personal para la atención del paciente, especialmente desde el punto de vista higiénico, fueron las claves de la mejora de los enfermos.

Desde la entrada en funcionamiento de Basurto, la participación de ambas partidas tiende a disminuir, aumentando otras partidas como las de los gastos en instrumental quirúrgico, las de obras, o surgen nuevas partidas cuya participación en el gasto cada vez es mayor, como son los pagos de intereses de créditos, alquileres de inmuebles, etc. Las partidas tradicionales (víveres, sueldos, medicamentos, instrumental quirúrgico y ropero) absorbían la mayor parte del gasto hasta la segunda década del siglo XX. Desde los años veinte, el resto de los gastos experimenta un importante aumento tanto en pesetas corrientes y en pesetas/estancia. Si en 1906, estos gastos suponían el 5,4% de los gastos totales, para 1922 ascendían al 20,8%, y al 32,1% en 1934. Las partidas de “víveres...” y sueldos, todavía sumaban más del 60% de los gastos en la mayor parte de los años que analizamos.

### **3. Algunos indicadores de calidad y mejora asistencial**

La eficiencia y la calidad de las prestaciones del hospital se pueden medir a través de una serie de indicadores que nos van a evidenciar dónde se generaba el gasto hospitalario y qué repercusiones tenían en la mejora de la salud de los pacientes y de la sociedad en general. Nos hemos centrado preferentemente en aquellos aspectos relacionados con la mejora de la salud de los enfermos, lo que a su vez está relacionado con la higiene, la alimentación y los cuidados propiamente sanitarios y hospitalarios. Dicho de otra forma, cuáles son los gastos fundamentales que contribuían a la curación de los enfermos: los gastos de alimentación, el gasto en farmacia y en instrumental quirúrgico, la estancia media del paciente, el pago del personal asistencial (médicos y enfermeras), así como la formación de futuro capital humano (Universidad de medicina y Escuela de enfermería).

#### *3.1. Los gastos alimenticios*

Aislado el enfermo del medio ambiente insalubre que había provocado la enfermedad, una alimentación adecuada era la base sobre la que se asentaba la lucha contra la enfermedad. La alimentación fue una de las prerrogativas que estuvo en manos de los médicos, como lo evidencia la propia Junta de Caridad del Hospital, cuando en el periodo anterior a 1894 tienen que aumentar los gastos, debido a que los alimentos “*se suministraban por prescripción facultativa*”, y a que el ahorro del presupuesto no podía “*hacerse en la cantidad de alimentos, designación que corresponde a la prescripción facultativa y no a la iniciativa ni indicación de esta Comisión*”<sup>24</sup>. El aumento del gasto alimenticio llegó a ser atribuido por la Comisión de Economía de la Junta de Caridad del Hospital, “*a la largueza y prodigalidad con que son tratados los enfermos*”<sup>25</sup>. Se pone en evidencia, así, la independencia que tenía el cuerpo médico en el tratamiento de los enfermos, en el que se incluía la alimentación tanto en cantidad como calidad. Una adecuada alimentación de los pacientes, muchos de ellos asalariados no cualificados -

---

<sup>24</sup> Memoria de la Comisión de Economía, ropero y mobiliario, año 1893-94, A.H.C.B.

<sup>25</sup> Memoria de la Comisión de Economía, ropero y mobiliario, año 1896-97, A.H.C.B.

peones- o sus familiares -hijos y esposas-, entre cuyos problemas más severos estaba la deficiente alimentación, era un condicionante de la mejoría del paciente<sup>26</sup>.

El gasto alimenticio por estancia, enfermo/día, y su relación con los precios de los alimentos o el salario del obrero industrial, puede ser un excelente indicador del papel que pudo jugar una alimentación adecuada (abundancia y calidad) en la terapia de curación de los enfermos. El gasto alimenticio, entre 1880-1910, de la estancia enfermo/día y cama/día, se situaba alrededor de las 0,90 pesetas<sup>27</sup>. Cantidad que equivalía aproximadamente a un tercio del salario de un peón o minero no cualificado, del cual dependían otras dos o tres personas que no trabajaban (mujer e hijos). El análisis de la evolución de este indicador - gastos alimenticios por estancia-, puede ser una buena variable para acercarnos a ciertos índices de calidad con los que funcionaba el hospital de Bilbao. Durante un largo período de tiempo, tres décadas, los gastos alimenticios oscilaron entre las 0,87-0,97 pesetas por estancia enfermo/día, situándose el salario medio más frecuente para el obrero no cualificado entre 2,75-3,25 pesetas/día en el mismo periodo.

En las décadas interseculares los gastos de la partida “víveres, alumbrado y combustible” se distribuían del siguiente modo: entre un 86%-90% de esta partida correspondía a los víveres que quedan definidos por pan, carne, vino, leche y diversos alimentos. La mayor incidencia en los gastos alimenticios se debía fundamentalmente a tres productos básicos (pan, carne y leche), que representaban alrededor de dos terceras partes de los gastos alimenticios (el 68% en el año económico de 1894-95 y 1896-97, 67% en 1905 y 62% en 1907)<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Esta insistencia sobre una alimentación adecuada y suficiente influyó no sólo para el gasto hospitalario sino también para el de otras instituciones benéficas vizcaínas, en donde se reflejaba muy evidentemente que la sub-alimentación era uno de los principales componentes de la pobreza social, así como de la enfermedad. Véase, P. M. Pérez Castroviejo e I. Martínez Castroviejo, *La alimentación de los pobres: estrategias del gasto alimentario y la dieta en la Santa Casa de Misericordia de Bilbao, 1840-1940*, Ayuntamiento de Bilbao, Área de Cultura y Turismo, Bilbao, 1996.

<sup>27</sup> El salario medio de este peón -unas tres pesetas/día- distribuido entre los miembros de la familia (la unidad de consumo) suponía un gasto por cada miembro de una peseta para la familia de tres miembros y de 0,75 pesetas para la de cuatro, que se debían distribuir entre otros gastos -alimentación, vivienda, vestido, menaje, salud y ocio-, de la unidad familiar.

<sup>28</sup> Otro dato que se debe consignar antes de la etapa de Basurto es el hecho de que una parte de los gastos de personal estaban contabilizados en esta partida. Aproximadamente un 10% de los gastos en “víveres, alumbrado, combustible” era generado por el personal del hospital, cantidad que venía a compensar el bajo salario, con el derecho a los gastos alimenticios y otros. Los gastos de la estancia de los empleados en esta partida son fijos, y muy superiores a los gastos medios de la estancia del enfermo. Casi el doble desde principios de la década de 1890. Véase M. González Portilla, J. M. Beascochea Gangoiti, A. Pareja Alonso y K. Zarraga Sangróniz, *Hospital de Bilbao...*, *Op. Cit.*, 1998, págs. 251-254.

*Cuadro 3: Distribución de los gastos en víveres, alumbrado y combustible/pesetas.*

Productos	1895-96		1897-98		1904		1907	
	índice	%	índice	%	índice	%	índice	%
pan	0,12	14,3	0,18	20,2	0,15	16,0	0,12	12,5
carne	0,35	41,7	2,32	36,0	0,30	31,9	0,30	31,3
vino	0,07	8,3	0,09	10,1	0,08	8,5	0,08	8,3
leche	0,11	13,1	0,10	11,2	0,17	18,1	0,17	17,7
diversos alimentos	0,19	22,6	0,20	22,5	0,24	25,5	0,29	30,2
subtotal	0,84	100	0,89	100	0,94	100	0,96	100
agua, alum y comb.	0,10		0,11				0,12	
TOTAL	0,94		1,00				1,08	

Productos	1923		1927	
	índice	%	índice	%
pan	0,22	8,9	0,22	8,8
carne	0,49	19,9	0,50	20,0
vino	0,17	6,9	0,14	5,6
leche	0,44	17,9	0,42	16,8
diversos alimentos	1,14	46,3	1,22	48,8
subtotal	2,46	100	2,50	100
agua, alum. y comb.	0,47		0,44	
TOTAL	2,93		2,94	

Fuente: A.H.C.B. "Memorias de la Comisión de Economía, ropero y mobiliario" de los años respectivos. Elaboración propia.

La carne era uno de los productos fundamentales de la dieta representando porcentajes superiores al 30% de los gastos alimenticios (Cuadro 3). Los otros dos productos básicos que mantienen un peso porcentual parecido son el pan y la leche. La partida "diversos alimentos", cuya importancia va incrementándose en la dieta, pasa de suponer el 22,6% del gasto alimenticio en el año económico de 1895-96, al 48,8% en 1927. Esto incluye otros productos que complementan la dieta como son pescado, huevos, legumbres, verduras y fruta. En definitiva, estamos ante una dieta bastante completa en recursos nutricionales y en aportes caloríficos, y que, en cambio, resultaba deficitaria en buena parte de los hogares, especialmente entre los obreros no cualificados.

### *3.2. El gasto en medicamentos e instrumental quirúrgico*

En cuanto a los gastos en medicamentos, éstos fueron muy bajos debido fundamentalmente a que todavía la industria química y farmacéutica estaban muy poco desarrolladas y había muy pocos productos con eficacia curativa. En realidad, la mejora en la salud se debía sobre todo a los avances en la salubridad, la política pública sanitaria y en la mejora de la alimentación. El avance farmacéutico con productos de elevado componente curativo no se va a producir hasta la segunda guerra mundial, y su desarrollo será desde la segunda mitad del siglo XX, momento en el que el gasto farmacéutico se va a disparar en todos los ámbitos de la medicina, lo que conlleva un incremento geométrico de los gastos farmacéuticos.

*Cuadro 4: Gasto medio de la estancia (cama/día), de las partidas “viveres...” y “medicamentos”*

	gasto/estancia	%	gasto víve, alum. y comb.	%	medicamentos	%
1902	2,41	100	1,07	44,4	0,21	8,7
1905	2,55	100	1,08	42,4	0,20	7,8
1907	2,65	100	1,08	40,8	0,20	7,5
1923	7,93	100	2,93	36,9	0,31	3,9
1931	9,92	100	3,22	32,5	0,27	2,7
1935	9,17	100	3,04	33,1	0,34	3,7

Fuente: “Memorias de la Comisión de Economía, ropero y mobiliario” de los años respectivos. Elaboración propia. A.H.C.B.

Por lo tanto, la partida “medicamentos” o gasto farmacéutico, se mantuvo baja en el primer tercio del siglo en el hospital de Basurto (cuadro 4). La participación de los “medicamentos” en el gasto total se había reducido del 8% de principios del siglo, al 4,4% en 1922, y al 2,7% en 1931. En cambio, el gasto medio de la estancia se había multiplicado por cuatro entre 1902 y 1932, al pasar el costo medio de la estancia enfermo/día de 2,41 pesetas en 1902, a 9,92 pesetas en 1931. Poco había cambiado la farmacopea con fines curativos en el primer tercio del siglo XX. Los datos no pueden ser más relevantes. El gasto medio farmacéutico ascendía a 0,21 pesetas/estancia en 1902 y a 0,27 pesetas/estancia en 1931. En términos reales suponía una disminución si lo tradujésemos a pesetas constantes. La base curativa no estuvo durante este período en la farmacopea sino en las medidas preventivas, en la higiene, la alimentación y la cirugía.

En cambio, en los pabellones de cirugía se reduce substancialmente la estancia media por enfermo. De cifras que oscilaban por encima de los 40 días por enfermo quirúrgico entre 1895-1907, descienden a 22 días por enfermo en los años 30. Es decir, en treinta años, se había reducido a la mitad la estancia media del enfermo quirúrgico, lo que suponía un ahorro considerable por enfermo y la posibilidad de duplicar las asistencias con el mismo número de camas. La mejora de este indicador está relacionada, entre otras, con las crecientes inversiones en instrumental quirúrgico. Estas inversiones por estancia se habían incrementado en un 1975% del año económico de 1894-95 al de 1931. Se había pasado de invertir 3.696 pesetas a 243.630 pesetas en dichos años. Esta es una de las partidas de gastos que más crece a lo largo de estos años, lo que no hace más que reflejar la preocupación de las autoridades hospitalarias por dotar a la institución y a los profesionales del material adecuado para ser más eficientes en su trabajo.

### *3.3. La estancia media por paciente: un indicador terapéutico*

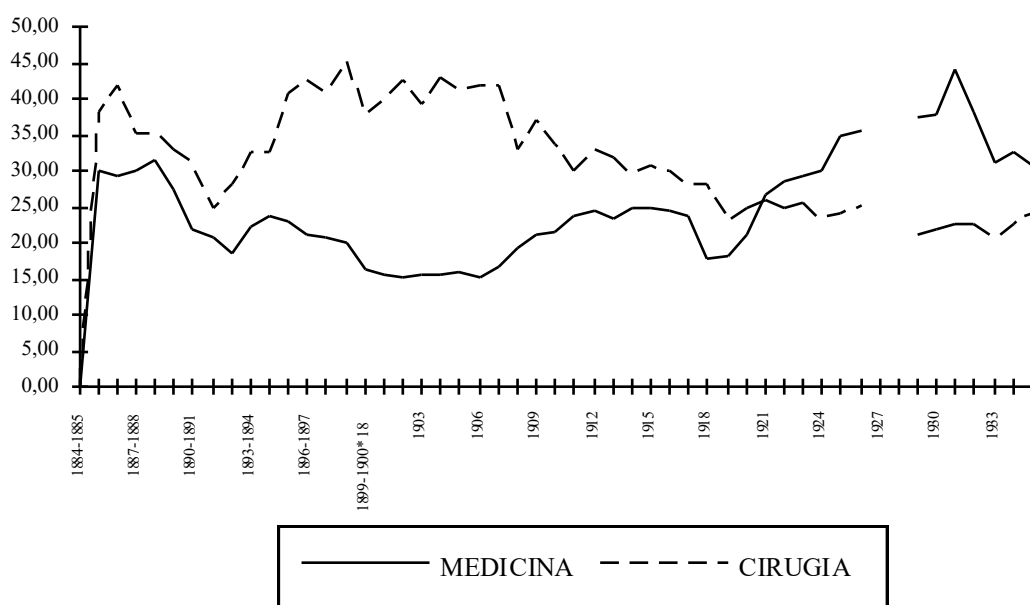
El tiempo de hospitalización en muchas enfermedades era un indicador de las posibilidades curativas. La prolongación hospitalaria de los enfermos resultaba necesaria si se quería tener unos resultados óptimos en cuanto a porcentaje de éxito terapéutico. El número de estancias por enfermo se mantuvo a lo largo de los 50 años analizados en niveles parecidos, alrededor de 4 semanas por enfermo.

Sin embargo, existen diferencias entre las estancias medias generadas en cirugía y en medicina. Las estancias medias en cirugía se incrementan entre 1884 y la inauguración del hospital de Basurto en 1908, mientras disminuye significativamente los de medicina. Probablemente, este descenso de las estancias medias en la sección de medicina esté relacionado con la presión demográfica y la saturación de enfermos en un hospital que no

podía ofrecer más camas. Con Basurto se amplía la oferta de camas y de espacio y se podía atender mejor a los enfermos, de ahí el crecimiento de las estancias/enfermo en la sección de medicina. También, surgen nuevas especialidades médicas y nuevos servicios de medicina, con lo que aumenta la oferta médica, a la vez que se atiende cada vez más a los enfermos infectocontagiosos desde el hospital como forma de control de las epidemias, sacándolos de su hábitat habitual y evitando la propagación de la enfermedad.

Desde 1908, la estancia media por enfermo en los pabellones de medicina (son los enfermos no quirúrgicos) se incrementa. Se pasa de unas estancias medias de alrededor de 16 días en los ocho primeros años del siglo XX, a situarse por encima de los 21 días en los años siguientes a la apertura del nuevo hospital.

*Gráfico 1: Evolución de las estancias en enfermo en medicina y cirugía (días)*



Desde 1921, de nuevo la estancia media vuelve a incrementarse substancialmente, acercándose a los 27 días en 1921 y superando los 30 en 1924. En 1931, se llega a la cifra máxima de 44 estancias medias por enfermo en medicina. Sin lugar a dudas, en esta cifra está influyendo la nueva sección de ancianos abierta en 1929, y que produce una estancia media superior a los 250 días por enfermo entre 1929 y 1935. También los enfermos tuberculosos incrementan considerablemente su permanencia media en el hospital. Pasan de permanecer entre 46-56 días de promedio entre 1908-1918, a 82 días en 1924 y a una media superior a los 100 días en el periodo 1929-1935.

### *3.4. Algunos indicadores de modernidad: las consultas externas y el cuarto de socorro*

Otro de los indicadores de modernidad es el de la creación de las “consultas públicas” o externas, que se inician con el reglamento de 1884. Inicialmente, estas consultas eran modestas ya que tan sólo eran atendidas por los dos médicos cirujanos de entrada, que debían de pasar dos horas al día en dichas consultas. Sin embargo, su consolidación data de principios de siglo con la modernización asistencial del hospital y el progresivo desarrollo de las especialidades. Para 1904, se asiste a 2.504 enfermos en las “consultas públicas”,

ascendiendo su número a 4.065 en 1906. Tras la inauguración de Basurto los pacientes atendidos en las consultas públicas o externas se incrementan substancialmente, hasta 7.028 en 1910, 9.025 en 1915 y 14.738 en 1920.

El hospital se iba convirtiendo progresivamente en la institución sanitaria que controlaba cierto tipo de enfermedades consideradas graves o difíciles de diagnosticar y tratar por la medicina primaria y privada. El hospital disponía de los especialistas y los medios técnicos de diagnosis como para atender a este tipo de pacientes, aunque éstos seguían perteneciendo mayoritariamente a las clases populares. Lógicamente, las consultas externas se convirtieron en una de las vías de captación de pacientes hospitalarios, como también fueron el instrumento que facilitó el seguimiento de los enfermos dados de alta y el control de los no hospitalizados. Para 1930, el número de pacientes atendidos en las consultas públicas era de 22.490. En 28 años, de 1902 a 1930, las consultas externas se habían multiplicado por 9. La diversificación de las mismas estaba relacionada con la incorporación de nuevos sistemas de diagnosis como los rayos X y los análisis de laboratorio.

El cuarto de socorro, lo que hoy llamaríamos el servicio de urgencias, daba respuesta a crecientes necesidades derivadas de la industrialización, como accidentes de trabajo, y de otra índole que suceden en la vida cotidiana de una ciudad que crecía rápidamente, como heridos de reyerta, peleas, accidentes domésticos, etc. Por primera vez, el reglamento de 1884 recogía la existencia de “el cuarto socorro” (art. 53), donde se recibían “los enfermos por accidentes o heridos”, que eran atendidos por los médicos-cirujanos de entrada que estaban de guardia (art. 53 y 76). En el cuarto socorro, se harán las primeras curas y tendrán derecho a ser asistidas gratuitamente todas las personas que acudan a dicho servicio<sup>29</sup>. En el reglamento de 1934, en los servicios del cuarto socorro o de urgencia, serán asistidos todos los lesionados que se presenten, pero también “*los enfermos graves de urgencia que soliciten ingresar en el Establecimiento*” (art. 178)<sup>30</sup>. Así, el cuarto de socorro se fue transformando en un servicio de urgencias que recibía accidentados y pacientes con enfermedades graves.

Los servicios de cuarto de socorro iban a depender de los cuartos de socorro municipales, quedando reducido el del hospital, que evolucionará hacia un servicio de urgencias. Las cifras de asistidos se incrementan en los años veinte y treinta. Para 1935, las cifras de pacientes asistidos en el cuarto de socorro o de urgencia ascendía a 2.732 personas, de las que un 43% eran hombres y un 41% niños. La presencia de los hombres en el cuarto de socorro se fue reduciendo para situarse en un porcentaje que oscilará entre el 60-57% en las tres primeras décadas del siglo, mientras aumentaba la de los niños, que comienzan a contabilizarse en 1904. Los niños asistidos en el cuarto de socorro ascienden de unas cifras modestas en los primeros años de Basurto, 142 y 135 en 1910 y 1915, a 1.119 en 1935. En definitiva, el cuarto de socorro suministrará una parte de los pacientes ingresados en el hospital, que en las primeras décadas serán de tipo quirúrgico, evolucionando en los años veinte y treinta hacia los distintos servicios de medicina y cirugía. El resto de los pacientes ingresados venían por prescripción médica a través de las consultas públicas o externas.

---

<sup>29</sup> *Reglamento general del Santo Hospital Civil de Bilbao* de 1910, Bilbao, artículo 6º, pág.7.

<sup>30</sup> *Reglamento general del Santo Hospital Civil de Bilbao* de 1934, Bilbao, pág.45.



#### 4. Otros indicadores de modernidad hospitalaria

Desde el punto de vista asistencial, hay dos componentes que resultan, en el largo plazo, muy relevantes por las funciones sociales que van a desempeñar. El primer componente, se concreta en cómo se organiza el sistema asistencial y los cambios que experimenta; el segundo, qué personal facultativo y no facultativo hay adscrito al hospital y cómo se nombra del cuerpo médico.

##### *4.1. La estructura organizativa asistencial*

La organización hospitalaria experimentó importantes cambios desde los últimos decenios del siglo XIX. Un hito importante se va a producir con el reglamento de 1884, lo que representa un salto cualitativo en la organización asistencial, apareciendo las especialidades, la selección de los médicos por medio de concurso u oposición, y la creación de la dirección facultativa. Supone aplicar los nuevos conocimientos de la ciencia médica e introducir importantes modificaciones de modernización en el sistema organizativo hospitalario.

A principios de los años 1880, la estructura asistencial era bastante rudimentaria (cuatro médicos y dos practicantes), y poco selectiva. Esta estructura seguía reflejando más bien el viejo sistema hospitalario, el de beneficencia, que uno más moderno y científico. La ruptura se va a producir con el reglamento de 1884. En este, siguen existiendo las “dos grandes secciones”, cada una de ellas al cargo de un médico-cirujano mayor (art. 49), pero se crean tres dependencias o clínicas especiales, dependientes de las anteriores, destinadas a las enfermedades de ojos, sífilis, y mujeres y niños (art. 50 y 51). Cada clínica estará atendida por un médico-cirujano especialista (que deberá hacerlo de forma gratuita o por una módica retribución) (art. 51). Estos especialistas serán considerados en sus respectivas clínicas como médicos-cirujanos mayores. Se siguen manteniendo los dos médicos-cirujanos de entrada, que entre otras funciones se encargarán de las guardias. Hemos de resaltar la creación de la figura del Director médico-cirujano, que recaerá en el primer médico-cirujano mayor, el más antiguo del establecimiento. Se encargará de dirigir y coordinar la parte científica y facultativa del hospital. Los médicos-cirujanos mayores estarán obligados a redactar una memoria anual sobre sus actividades, lo mismo que el director médico.

Las guardias que son realizadas por uno de los médicos-cirujanos de entrada son estrictamente reguladas por la Junta, fijando algunos criterios específicos: acudir a las urgencias de sala, reconocer a los enfermos ingresados, pasar una visita por la noche a todos los enfermos según la hora señalada por la Junta, y recibir en consulta pública dos horas al día.

Los practicantes tendrán la obligación de llevar las libretas de las visitas facultativas, controlar la medicación y alimentación de los enfermos, hacer curas y aplicaciones de tópicos, etc. Tendrán preferencia para ocupar estos puestos los estudiantes de medicina o los que tengan la intención de seguir la carrera de medicina (art. 81).

Las prestaciones farmacéuticas dependen del farmacéutico y personal dependiente de él. El farmacéutico tiene la obligación de llevar los libros donde anotará la botica de cada enfermo señalada por los médicos, pero además tendrá que acompañar a los médicos en las visitas. Por último, la otra nueva institución que aparece en el reglamento de 1884, es la de

las “Hijas de la Caridad” como enfermeras religiosas, dirigidas por una superiora y que se encargarán de atender las salas, organizar el ropero (cosido y planchado), el servicio de cocina y despensa, y el control del aseo y la limpieza del hospital (art. 92 y 93).

#### 4.2. La selección de los profesionales de la salud

Por primera vez, se introduce la selección de las plazas del personal facultativo, que se proveerán de la siguiente forma (art. 56): por *concurso* las plazas de médicos mayores, por *oposición* las de médicos de la entrada, y los especialistas de las clínicas dependerán del Ayuntamiento, más relacionada con el mérito y la cualificación. La plantilla médica experimenta un cambio rápido y progresivo desde 1884. En esta fecha, la plantilla médica se amplía con tres nuevos médicos especialistas y se incorporan las “Hijas de la Caridad” como personal subalterno<sup>31</sup>.

El avance de la ciencia médica y las nuevas funciones que desempeñaban los modernos hospitales, más curativas y de control de las enfermedades infectocontagiosas, hacen que surjan nuevas especialidades. Las dos grandes secciones tradicionales, medicina y cirugía, se subdividen en servicios con tendencia a la especialización. En 1894 se crea el servicio nº 2 de medicina y el servicio nº 2 de cirugía, y en 1903 el servicio nº 3 de cirugía. El servicio de medicina nº 3 comienza a contabilizar enfermos desde 1933. El servicio de medicina especial de niños data de 1903, que se transforma en medicina y cirugía infantil en 1910. El crecimiento de la asistencia infantil es espectacular, sobre todo desde la inauguración de Basurto. En 1909 se contabilizan 357 niños y 522 en 1913, subiendo la cifra a 1.064 en 1918, y 1.758 en 1935.

Finalmente, la importancia que adquiere la tuberculosis pulmonar hace que se cree una sección especial para estos enfermos desde 1898, así como otra para las enfermedades infecto-contagiosas. Con la construcción del nuevo hospital de Basurto las especialidades se amplían a “ginecología” y “observación” en 1908, y posteriormente otorrinolaringología, ancianos, cirugía infantil, odontología, enfermedades nerviosas, vías urinarias y aparato digestivo. En definitiva, los años entre 1884 y 1908 representan los momentos decisivos en el proceso de modernización del Hospital Civil de Bilbao y de la medicina hospitalaria en Vizcaya.

#### 4.3. La docencia y formación de postgrado

Desde la óptica de las necesidades de una sociedad moderna, es desde donde se debe situar la aparición de nuevos profesionales que necesitaba la economía y población de Vizcaya, y desde donde hemos de situar las necesidades de profesionales sanitarios, sobre todo médicos, pero con una formación más empírica y práctica que la recibida en la Universidad, cuya enseñanza era excesivamente filosófica y teórica<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Los orígenes del personal que cuidaba a los enfermos estuvieron en sus orígenes relacionados con el empleo de religiosas en los hospitales como extensión de su labor benéfica. Durante estos años de transición a la modernidad, se fue produciendo la paulatina profesionalización de este colectivo a través de la reglamentación de sus estudios oficiales y la creación de escuelas específicas. Para esta cuestión en España, véase J. Bernabeu Mestre y E. Gascón Pérez, *Historia de la enfermería de la salud Pública en España (1860-1977)*, Universidad de Alicante, Alicante, 1999.

<sup>32</sup> R. M. Medina Doménech y E. Rodríguez Ocaña, "Profesionalización médica y campañas sanitarias en la España del siglo XX", *Dynamis*, Vol. 14, 1994, págs. 77-94.

El hospital de Basurto, por las características de su construcción, dotación técnica y personal médico cualificado, reunía todas las condiciones para ser un excelente centro de formación de médicos jóvenes. Las aspiraciones de crear una facultad de medicina en Bilbao, estaban arraigadas en la sociedad bilbaína en el momento de la construcción del hospital de Basurto. El doctor Areilza lo pone de manifiesto en el mitin de Arriaga<sup>33</sup>, y en los discursos de los oradores en la inauguración del hospital de Basurto en 1908. La labor docente se incorpora al hospital de la mano del doctor Areilza, tras su nombramiento como director del hospital en 1918 con la creación del cuerpo de alumnos internos. Estos debían de tener los tres primeros cursos aprobados y la disciplina de Anatomía-topográfica para ser admitidos, y su actividad en el hospital será tanto asistencial como docente, pero también los alumnos de medicina cursando el doctorado (Art. 1). Al menos la mitad debían de ser vizcaínos. Un dato que hay que resaltar es la selección por el mérito, según lo establece el artículo 2 del Reglamento general de alumnos internos de 1921<sup>34</sup>. En esta selección se tiene en cuenta, además del expediente académico, las prácticas en laboratorios y “*la posesión de idiomas extranjeros*”.

Este estímulo al conocimiento de idiomas y a salir para formarse en el extranjero, sobre todo en Alemania y Francia, fue una de las características de la formación de esta generación de jóvenes médicos de los años veinte y treinta. En el largo plazo, la sociedad vasca pudo disponer de una excelente plantilla de médicos, bien formados, con conocimientos de idiomas, que les permitía estar conectados con la ciencia médica más avanzada de la época.

Otro dato que hemos de resaltar es el hecho de que una parte importante de los alumnos internos eran licenciados en medicina cursando el doctorado, que lo realizaban como investigación en el propio hospital de Basurto. El hospital se convirtió así en un centro de formación de postgrado y de investigación, pero, también, con estos alumnos de doctorado se crea de facto la formación de especialistas, al permitirseles estar desempeñando su labor durante un año en una clínica (art. 9). En cambio, los alumnos de la licenciatura alternarán su actividad clínica rotando por las clínicas de medicina y cirugía cada seis meses.

La preparación teórica y científica tenía un gran valor en la formación de estos alumnos, pero también de los profesionales médicos del hospital que participaban en los mismos. El debate de los casos clínicos más interesantes y la actualización científica les permitía estar al día de los más modernos y avanzados conocimientos. Este nuevo programa de formación, posiblemente contribuyó a crear una de las generaciones de médicos mejor preparadas del País Vasco, y que los efectos derivados de la Guerra Civil terminaría truncando al perderse una parte de esta intelectualidad por la represión y el exilio.

---

<sup>33</sup> J. Guimón, *El doctor Areilza, precursor de la Universidad de Bilbao*, Bilbao 1971, págs. 45-53; L. Sánchez Granjel y J. L. Goti Iturriaga, *Historia del Hospital de Basurto*, Bilbao Bizkaia Kutxa, Bilbao, 1983, págs. 266-272.

<sup>34</sup> *Reglamento General de alumnos internos del Santo Hospital Civil de Bilbao*, aprobado por la Junta de Caridad en sesión de 26 de abril de 1921, Bilbao.

## 5. El papel del hospital de Basurto en el marco de la transición sanitaria vizcaína

Toda vez que hemos visto la expansión y crecimiento de la actividad del hospital durante la época de la transición sanitaria, nos proponemos en este apartado examinar el patrón tipo de enfermo que se atendía en este centro. Si queremos enmarcar adecuadamente el papel que el nuevo hospital de Basurto tuvo dentro de la transición de la salud producida durante las tres primeras décadas del siglo XX, es necesario acercarse a la cuestión de si el hospital estaba respondiendo a los problemas de salud del grupo cada vez mayor de obreros de las minas y las fábricas, que estaba formado sobre todo en sus orígenes por un grupo muy importante de inmigrantes, primero de la misma provincia de Vizcaya y, después pero no menos pequeño en número, por inmigrantes de origen castellano.

En este último apartado nos acercaremos a la nueva definición de “paciente” hospitalario en una sociedad que comienza su andadura en la modernidad, es decir, de una panorámica de la evolución y progresión del hospital a través del número y movimiento de los enfermos a lo largo del tiempo; trataremos de diseñar el enfermo “tipo” ingresado en el hospital por medio de sus características de edad, sexo y origen; y por último, veremos la capacidad del hospital en cuanto a su atención sanitaria y curativa en términos de la mortalidad y supervivencia que a lo largo de los años demostró tener a través de las diversas enfermedades y divisiones en las que se encontraba diferenciado el hospital.

### 5.1. A quién va dirigido el hospital. Definiendo al paciente

El primer componente es el de definir quiénes son y cómo se definen los pacientes de este nuevo hospital con nuevas funciones. Anteriormente a 1884, “paciente” era todo aquel adulto vecino del municipio, pudiendo recibir asistencia gratuita los pobres. Los forasteros también podían ser asistidos si así lo requerían. Sin embargo, en los reglamentos de 1788 y 1842 habían quedado excluidos, aunque fueran vecinos, “*los tiñosos, leprosos, sarnosos, gálicos, furiosos, locos, hambrientos y los que padecen males habituales*” (los crónicos)<sup>35</sup>. Esta situación limitativa se cambió en los reglamentos de 1877 y 1884. Los avances de la ciencia médica y las mejoras en el sistema organizativo médico aconsejaban la extensión de los cuidados facultativos a todos los enfermos adultos, suprimiéndose el citado artículo 18. Y se vuelve a admitir a los “enajenados” en la hospitalización. Por primera vez, el reglamento de 1877, en su artículo 5º, contemplaba la creación de “alguna sala para la curación de niños”<sup>36</sup>. Finalmente, en el reglamento de 1884 se recoge que serán asistidos los enfermos “cualquiera que sea su enfermedad” (art. 2º)<sup>37</sup>, y la asistencia a los niños se hará permanentemente.

---

<sup>35</sup> *Reglamento...*, *Op. Cit.*, 1842, art. 18, pág. 12-13.

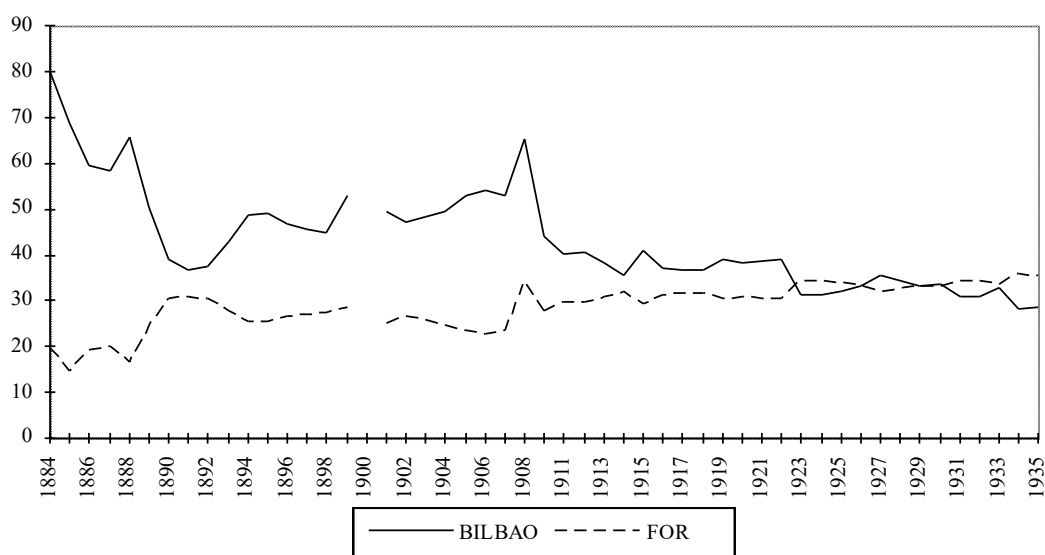
<sup>36</sup> *Reglamento General para el régimen y gobierno del Santo Hospital Civil de San Juan Bautista y San Juan Evangelista de la M.N.M.L. e Invicta Villa de Bilbao*, Imp. J. E. Delmás, Bilbao, 1877.

<sup>37</sup> *Reglamento General para el régimen y gobierno del Santo Hospital Civil de San Juan Bautista y San Juan Evangelista de la M.N.M.L. e Invicta Villa de Bilbao*, aprobado por el Exmo. Ayuntamiento el 17 de abril de 1884 y publicado en Imp. “El Noticiero Bilbaíno”, Bilbao, 1884.

## 5.2. El origen o residencia de los enfermos

En el gráfico 2 hemos representado los porcentajes anuales de enfermos que proceden de Bilbao o de otras zonas desde 1884 hasta 1935<sup>38</sup>. Una primera mirada a estos datos, llama la atención que así como el hospital bilbaíno comenzó atendiendo principalmente a los originarios de la villa (un 80 %), terminará contando en sus camas tanto con bilbaínos como del resto de la provincia a partes iguales. No es extraño que durante la época de existencia del hospital de Achuri fuera dirigido especialmente a los bilbaínos ya que este hospital estaba sostenido principalmente por el ayuntamiento. Sin embargo, Achuri en el antiguo hospital, para la década de los 90, empieza a acoger a enfermos procedentes de otras provincias antes que a los originarios de la provincia de Vizcaya. Resulta interesante comprobar que va descendiendo el porcentaje de bilbaínos ingresados en este hospital, pero que en segundo lugar aparecen como núcleo importante el procedente de otras provincias, precisamente en el momento en que se está produciendo la primera y principal oleada inmigratoria a la villa y área industrial procedente de fuera del País Vasco.

Gráfico 2: Porcentaje anual de bilbaínos y foráneos ingresados en el Hospital de Basurto, 1884-1935



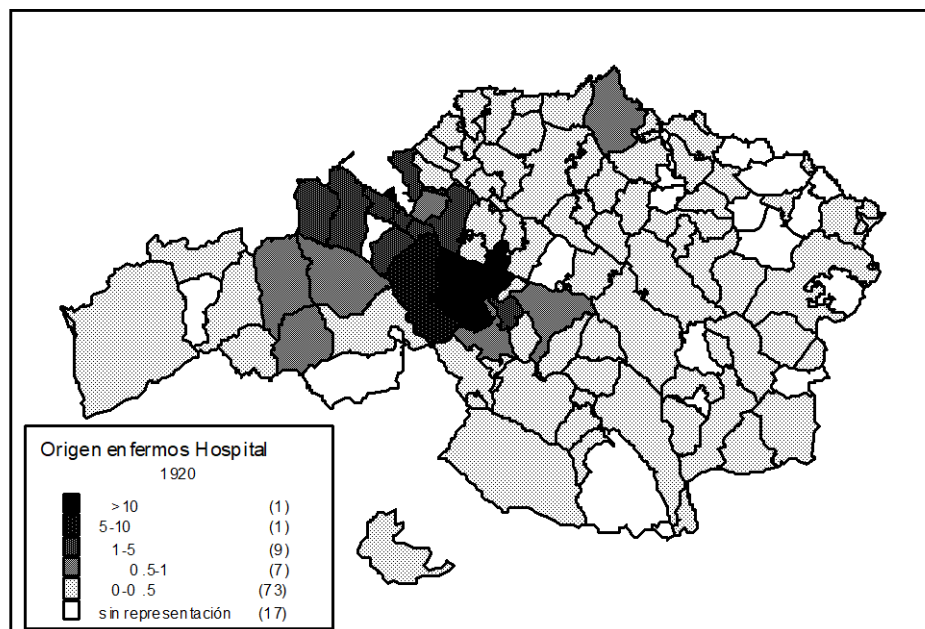
De hecho, se puede ver que cuando este flujo inmigratorio ya ha remitido, en la primera década del siglo XX, este hospital recupera el porcentaje de bilbaínos y les atiende sobre todo a ellos. Por esta razón, cabe afirmar que este antiguo hospital respondió a los problemas que se le planteaban en el momento de su funcionamiento y a la cambiante realidad por origen que en la población de la Villa se estaba operando.

<sup>38</sup> Hemos de advertir que aunque se ha realizado la serie completa, los datos proceden de los dos hospitales, el de Achuri y el de Basurto, y existió un criterio diferente a la hora de recoger el dato del origen del enfermo. Así, durante la existencia del hospital de Achuri, éste preguntaba a los enfermos por el origen exacto de nacimiento. En cambio, cuando el hospital de Basurto comenzó a funcionar, se preguntaba por su lugar de residencia habitual. Por lo tanto, hay que interpretar de forma diferenciada los resultados expuestos en estos gráficos, por un lado, desde 1884 hasta 1908 y, por otro, desde 1908 hasta 1935.

A partir de 1908, cuando empieza a funcionar el hospital de Basurto, el tipo de datos que podemos leer en el gráfico 2 se refiere a la residencia habitual, no sabiendo si es también el lugar de nacimiento de los enfermos. A partir de esta fecha se irá reduciendo el contingente de bilbaínos atendidos en el hospital, a costa de los procedentes de la provincia de Vizcaya, retrocediendo los residentes de otras provincias. Claramente, y de acuerdo con los ingresos con que la Diputación irá contribuyendo al hospital -alrededor del 50 por ciento-, de la misma manera irá admitiendo a bilbaínos y a residentes en la provincia de Vizcaya con igual porcentaje, de manera muy clara a partir de la segunda mitad de la década de los 20. Es así como podemos calibrar la auténtica entidad del hospital que se convertirá en punto de referencia sanitario no sólo para los bilbaínos sino también para el resto de habitantes de la provincia de Vizcaya.

Con todo, cuando hablamos de enfermos procedentes o residentes en la provincia desconocemos si responde de igual manera para todos. Es decir, la capital, Bilbao, se encontraba muy bien comunicada para estas fechas con toda su provincia. Sin embargo, el mayor número de habitantes, y por lo tanto, de número potencial de enfermos, se encontraba en el nuevo espacio industrial surgido alrededor de la Ría que, por cierto, es el más cercano a Bilbao. Podríamos suponer que sería principalmente a estos residentes vizcaínos de la Ría, formados con una gran parte de origen foráneo al País Vasco, a los que fuera destinado el hospital. A este efecto, hemos confeccionado el siguiente mapa correspondiente a 1920 para verificar el alcance que el hospital tuvo sobre su propia provincia durante esos años.

*Mapa 1: Lugar de residencia de los enfermos (%) por municipios vizcaínos en el Hospital de Basurto en 1920*



Como se puede ver en el mapa el mayor número, en porcentaje, de enfermos procede de los lugares más cercanos a la Ría, coincidente sobre todo con el espacio minero-industrial de la Ría que para este primer tercio del siglo se ha consolidado plenamente. Dejando aparte el municipio de Bilbao, que siempre estará en primer lugar en el porcentaje de enfermos, el municipio de Baracaldo estará en segundo lugar, así como los lugares cercanos de Sestao, Erandio, Portugalete, Guecho, Galdames, Lejona, San Julián de Musques, San Salvador del Valle y Santurce-Ortuella. Así que efectivamente, el nuevo hospital atendía al nuevo colectivo surgido alrededor de las minas, de las fábricas y del puerto, el que más poblado estaba y el lugar en que más problemas de salud estaban surgiendo.

Con todo, hay que decir que la siempre mayor presencia de residentes de esta zona de la provincia no solo responde a estas cuestiones de cercanía, de mayor población y de más necesidad potencial. Hay que añadir a esto, el compromiso y la obligatoriedad que los empresarios de las fábricas y minas fueron adquiriendo con sus trabajadores y con el nuevo hospital. Es decir, con el tiempo, los patronos debían de pagar íntegramente las estancias y gastos de sus trabajadores en el hospital de Basurto cuando estos caían enfermos o tenían accidentes laborales.

### *5.3. El perfil por edad y sexo de los enfermos*

La segunda característica bajo la cual observar el tipo de enfermo a quien iba dirigido el hospital además del origen o residencia, está en la edad y el sexo de los ingresados<sup>39</sup>. Este acercamiento es muy interesante ya que en la época existía un sesgo por edad y sexo en cuanto a la mortalidad se refiere en estas fechas. Los niños antes de cumplir los cuatro años y los adultos jóvenes eran los que estaban más expuestos al riesgo de enfermar, y por lo tanto de morir en esta época.

Existían claras diferencias en cuanto al sexo y edad de los enfermos ingresados en el hospital como se puede ver en el gráfico 3. La curva de grupos de edad aparece desigual en cuanto al sexo en algunos tramos. En rasgos generales, los hombres estaban privilegiados a la hora de ingresar en el hospital, tanto en las edades infantiles y juveniles como de forma más evidente en los grupos de edad a partir de los 30 años. Por el contrario, las mujeres aparecen con diferencias substanciales al alza en cuanto a las edades comprendidas entre los 16 y los 30 años.

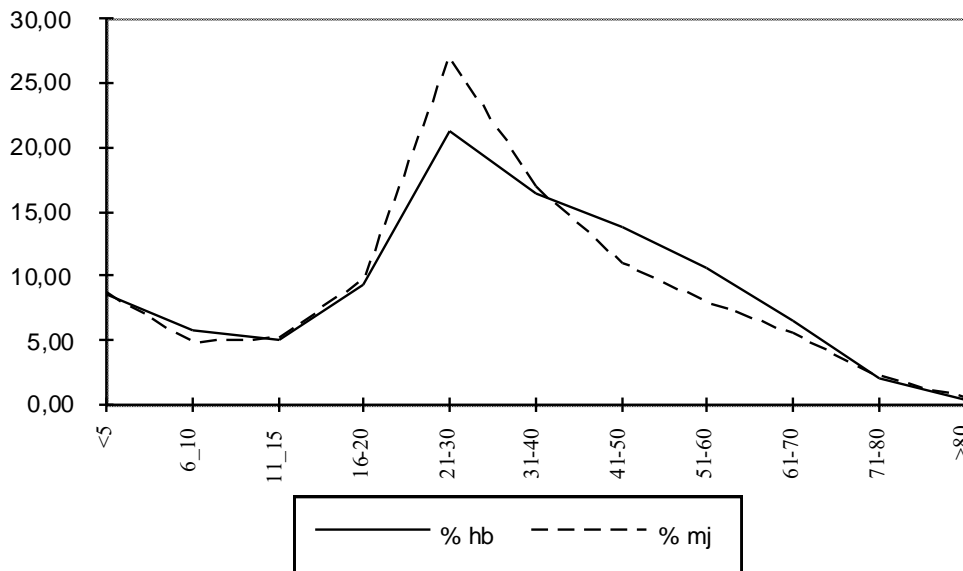
Podemos aventurar que estas diferencias residían en dos razones fundamentales que pueden estar explicando esta disimilar atención en el hospital. En primer lugar, ya habíamos descrito en el punto anterior la vocación del hospital hacia un centro provincial en donde los trabajadores de la zona industrial de la Ría tenían pagada la estancia. Dado que el tipo de industria generada en la Ría, basada en la minería y en la siderurgia, estaba compuesto por un capital humano, casi únicamente de género masculino, podría estar explicando que no sólo los accidentes laborales fueran a parar a este hospital, sino en general, que todos los problemas de salud asociados al medio laboral fueran atendidos por el mismo. De esta manera, sobre todo los hombres en edad laboral que trabajaban en el

---

<sup>39</sup> No existen datos referentes a la edad durante al interesante periodo en que funcionaba todavía el hospital de Achuri. Los datos por edad, más concretamente por grupos de edad, no existirán más que para el período en que ya ha empezado a funcionar el nuevo hospital, es decir, a partir de 1905 y hasta 1935.

espacio de la Ría así como del resto de la provincia de Vizcaya, aparecerían como enfermos en el hospital por encima de las mujeres que no trabajaban en estos mercados de trabajo.

*Gráfico 3: Porcentaje en el que se reparte por grupos de edad y sexo el número medio de enfermos ingresados en el hospital de Basurto, 1905-1935*



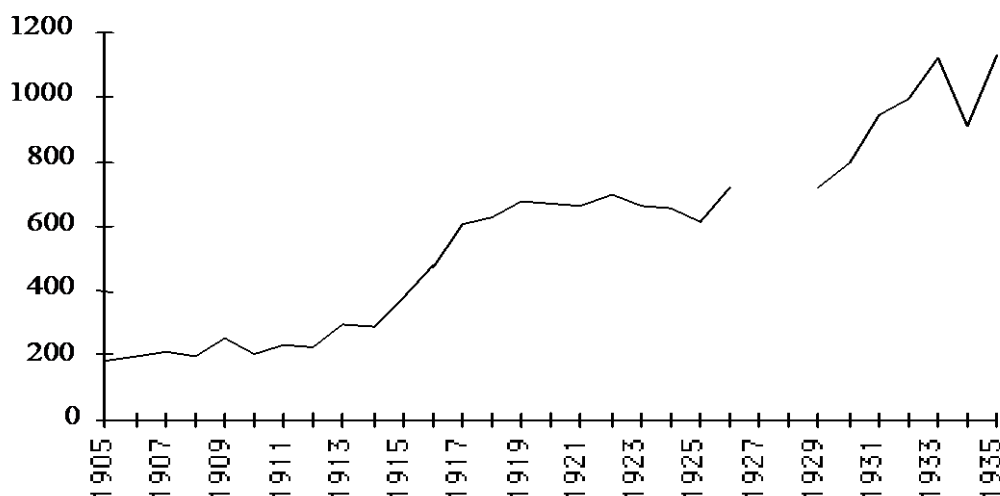
Otra segunda razón que podría explicar las diferencias de ingreso de las mujeres por encima de los hombres en algunos tramos, se encontraría en las diferencias de problemas de salud que por edad en las mujeres propiciaría una mayor estancia de éstas. Nos referimos concretamente a los problemas ligados al parto, y a los relacionados con una enfermedad que se cebaba sobre las mujeres malnutridas en estas edades jóvenes como era la tuberculosis. De hecho, las mujeres se encuentran super-representadas con una diferencia de un 8 por ciento sobre los hombres en el grupo de edad de 21 a 30 años. Los embarazos y los partos podían complicarse con la enfermedad de la tuberculosis, a la que el hospital, como veremos más tarde prestaba suma atención médica, ya que era una enfermedad altamente contagiosa y que afectaba a las mujeres principalmente en estas edades y circunstancias.

Por otro lado, el nuevo hospital de Basurto tuvo un concepto moderno a la hora de plantearse el principal problema sanitario de la sociedad europea cuando se creó<sup>40</sup>. Enfocando sus objetivos sanitarios sobre el colectivo infantil, se hacía eco poco a poco de los nuevos aires médicos en esta materia. Esto lo podemos afirmar a la vista del gráfico 4, así como de cotejar estos datos con respecto a la política que se refleja en las memorias del hospital con respecto a este grupo de población. En esta curva se puede ver claramente que este grupo de edad fue aumentando su presencia paulatinamente a lo largo del primer tercio del siglo XX, de tal manera que este aumento llegó a cifrarse en múltiplo de seis siendo este grupo de edad el que más aumentó con respecto a otros.

<sup>40</sup> Véase R. S. Schofield, D. S. Reher y A. Bideau (eds.), *The Decline of Mortality in Europe*, Clarendon Press, Oxford, 1991.



Gráfico 4: Número de enfermos menores de 5 años en el hospital de Basurto, 1905-1935



Este hecho no está sólo motivado por el interés que este grupo podía tener con respecto a la situación sanitaria de la época, ya que era el sometido a mayores riesgos de mortalidad. También podemos hablar de distinguir claramente tres épocas diferentes a lo largo de este tiempo, de acuerdo con la creciente importancia que en el saber médico estaba adquiriendo el niño como sujeto paciente hasta llegar a los años treinta, con la segunda república, época en donde todo lo que tenía que ver con la atención infantil adquiere carta de naturaleza en el ámbito estatal y no solamente local. Así, se puede ver que hasta la primera guerra mundial la presencia de niños ingresados se mantiene escasa, aumenta su presencia triplicando el número de ingresos durante el final de la década de los 10 y durante toda la década de los 20, y finalmente, un nuevo impulso durante los años 30<sup>41</sup>.

Esta mayor presencia de niños se explica por un cambio de política en el hospital con respecto a este grupo de edad. De hecho, y aunque el hospital explica claramente al principio de su andadura, que tiene una vocación de atender a adultos, en todo momento atenderá a niños, siempre que éstos sean mayores de tres años. Es decir, los niños menores de esta edad, que por cierto a principios de siglo eran los que en mayor número fallecían, no eran como norma atendidos en el centro. El hospital consideraba que estos niños debían de ser atendidos por sus madres o por médicos generales llamados al domicilio a tal efecto por sus familias. Esta debió de ser la razón por la cual en el gráfico 4, el número de niños menores de cinco años permanece relativamente estable hasta mediados de la década de los diez, y siempre teniendo en cuenta que en realidad representa a los niños que tienen entre 3 y 5 años.

<sup>41</sup> Podría interpretarse que el hecho de que existiera un mayor número de niños ingresados en el hospital, aumentando de esta manera en treinta años, pudiera responder a un aumento de enfermedades entre este grupo y por esa razón encontramos esta situación. Hay que desechar esta idea, ya que en otro trabajo sobre Bilbao y otras zonas industriales, ha quedado evidente que en el primer tercio del siglo XX fue precisamente en donde se consiguió hacer descender la elevadísima mortalidad infantil. Véase A. Pareja Alonso, *Inmigración ...*, Op. Cit., 1997, p. 249.

A partir de mediados de los diez, sin embargo, cambió esta política del hospital. De hecho, llegó a constituirse un servicio específico infantil, incluso de cirugía infantil, más específicamente dirigido a ellos. No obstante, hay que decir que si los niños menores de cinco años aumentaron su presencia en el hospital a lo largo del período, también lo hicieron en la misma proporción los jóvenes de 6 a 10 años y los de 11 a 15<sup>42</sup>. Estos grupos de edades aumentan su número en igual proporción que los menores de cinco años, es decir multiplican su presencia en 6 veces desde el principio del período, aunque su riesgo en mortalidad y por lo tanto, la acción del hospital sobre los auténticos problemas de salud haya de recibir una valoración diferente.

## **6. La mortalidad y la supervivencia de los enfermos en el hospital según las causas de enfermedad**

Nos adentramos en este apartado con el punto más importante y más interesante con respecto a la acción del hospital. Sin duda, si queremos valorar la importancia curativa y terapéutica de este centro, hemos de colocar en la balanza, por un lado, los problemas de salud que existían en el momento, y por otro, la capacidad de curación y de supervivencia que ofrecía el hospital a lo largo del tiempo. Resulta claro que a medida que el hospital fue cobrando importancia fue mejorando la calidad de su asistencia, así como su eficacia según las causas de enfermedad de los enfermos que iban ingresando en él. De esta manera, enfocaremos sobre aspectos cruciales de la mortalidad. Después de observar lo que ocurre a largo plazo, valoraremos su acción sobre los diferentes grupos de edad. Posteriormente nos centraremos sobre las principales enfermedades a que atiende el hospital.

### *6.1. La curación en el hospital a largo plazo*

Es en esta época cuando se produce la transición del hospital desde un centro para morir cuando se cae enfermo, a convertirse en un lugar donde se entra enfermo pero que se tiene garantías de poder salir curado. Para ello, hemos elaborado dos tipos de indicadores. En primer lugar, hemos elaborado un índice que vamos a llamar de “supervivencia”. Es decir, hemos calculado el porcentaje de enfermos que salen sobre los enfermos que han entrado ese año. El resultado, que se encuentra en el gráfico 5, nos acerca al porcentaje de enfermos que logran salir curados del hospital. Este índice es complementario del índice que vamos a llamar de “mortalidad” que presentamos en el gráfico 6. En este caso, se ha calculado el porcentaje de difuntos sobre el número de enfermos que entran al año en el hospital.

---

<sup>42</sup> Véase el gráfico 9 en M. González Portilla, J. M. Beascochea Gangoiti, A. Pareja Alonso y K. Zarraga Sangroniz, *Hospital de Bilbao...*, *Op. Cit.*, 1998, pág. 301.

Gráfico 5: Porcentaje de salidas sobre entradas al año por sexo en el hospital de Basurto, 1884-1935

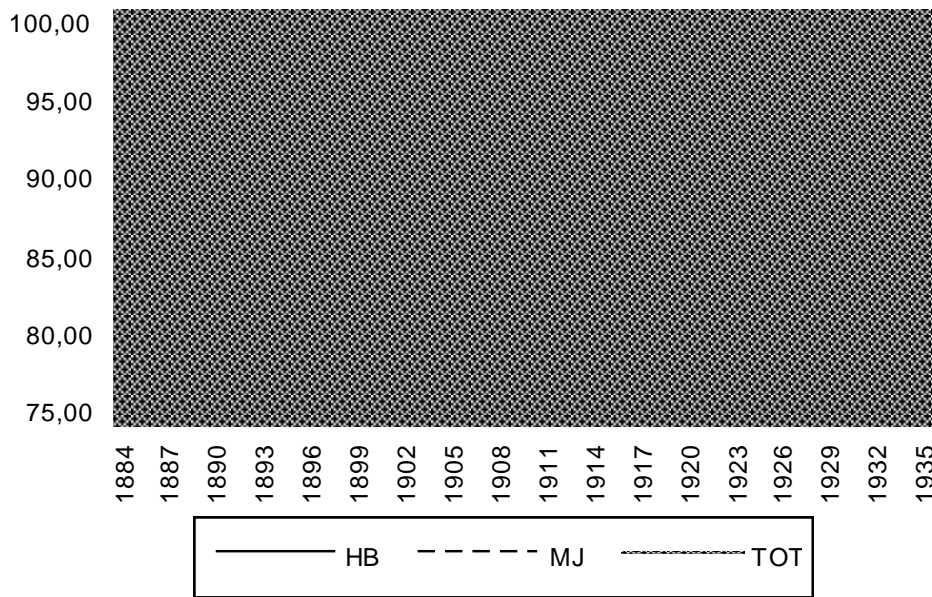
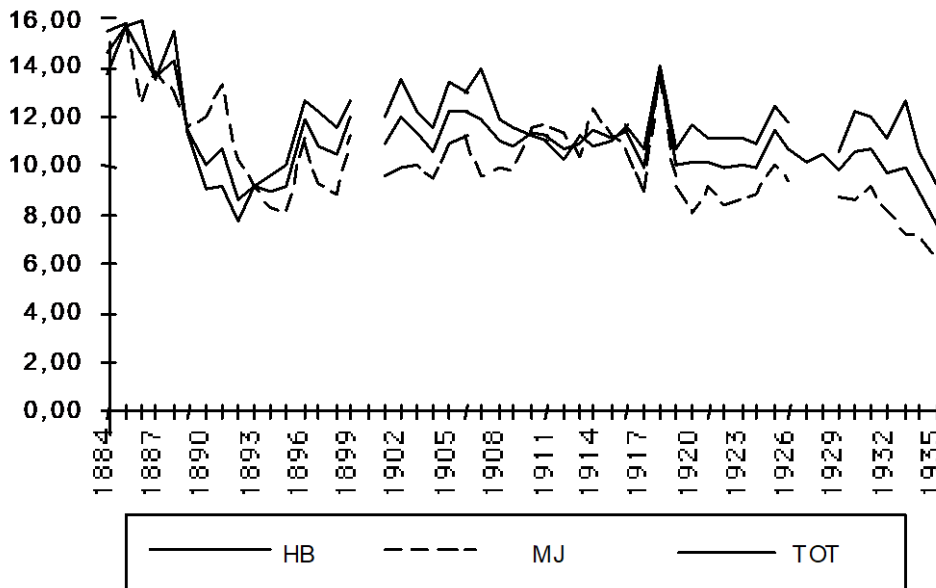


Gráfico 6: Porcentaje de muertos sobre entradas al año por sexo en el hospital de Basurto, 1884-1935



Con respecto al primer índice, el de supervivencia, podemos ver cómo la relación entre enfermos entrados y salidos sanos es muy alta desde el principio del período, en torno al 80 por ciento de media. Esta relación mejora con el tiempo y llega hasta el 90 por ciento al final del periodo analizado, si bien hay que decir que esta relación ya había mejorado substancialmente desde el funcionamiento del hospital de Achuri, lo que nos habla de un hospital que ya funcionaba aceptablemente para su época. A estas conclusiones generales se podrían hacer un comentario más, como el que se refiere a un mayor éxito en la curación

de las mujeres en donde casi siempre su índice se encuentra por encima del de los hombres y por encima de la media.

En lo que respecta al segundo índice, o de mortalidad, se confirma la visión que teníamos anteriormente. Como se ve en el gráfico 6, el índice de mortalidad desciende desde un 16 por ciento en 1884 a la mitad en 1935. Es decir, se consigue que el número de difuntos en el hospital en relación con los que enferman descienda considerablemente, si tenemos en cuenta los medios terapéuticos con los que se contaba en un hospital en estas épocas. Los resultados que aparecen en este gráfico son muy interesantes ya que se puede ver claramente que los grandes sucesos epidémicos ocurridos a finales del XIX y principios del XX debido a la súbita y desordenada industrialización, supusieron un aumento de los enfermos y por lo tanto de la mortalidad, que siempre hacían desbordar la media registrada por el hospital. Así se refleja con las epidemias de cólera de los noventa del XIX y vuelve a contemplarse con la gripe del 18 y el tifus del 23 que elevan la mortalidad general del hospital en varios puntos.

### 6.2. La mortalidad por grupos de edad

Ya habíamos visto en el anterior apartado que la presencia de enfermos por edad era desigual, así como el hecho de que existía un cambio a lo largo del tiempo en los mismos. Paralelamente a esto, hay que decir que en la sociedad que estamos analizando la mortalidad por edad también era desigual. En este apartado nos vamos a centrar sobre la mortalidad según los grupos de edad con respecto a los ingresados en el hospital al año. A este efecto, hemos elaborado los gráficos 7, 8 y 9, en donde hemos calculado el porcentaje de muertos sobre enfermos ingresados en cada grupo de edad, esta vez sólo en el moderno hospital de Basurto, desde 1905 hasta 1935.

*Gráfico 7: Porcentaje de difuntos sobre ingresados al año en la edades infantiles y juveniles en el hospital de Basurto, 1905-1935*

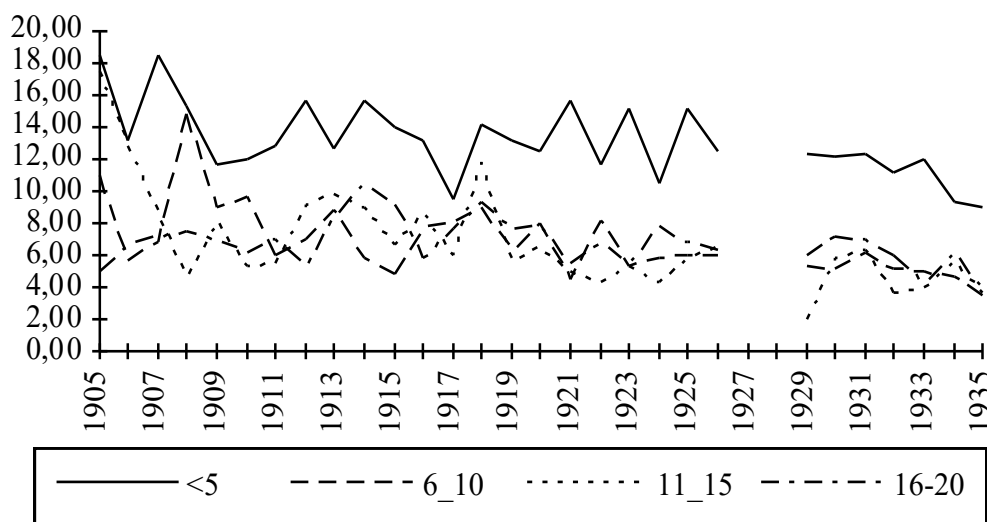


Gráfico 8: Porcentaje de difuntos sobre ingresados al año en edades adultas en el hospital de Basurto, 1905-1935

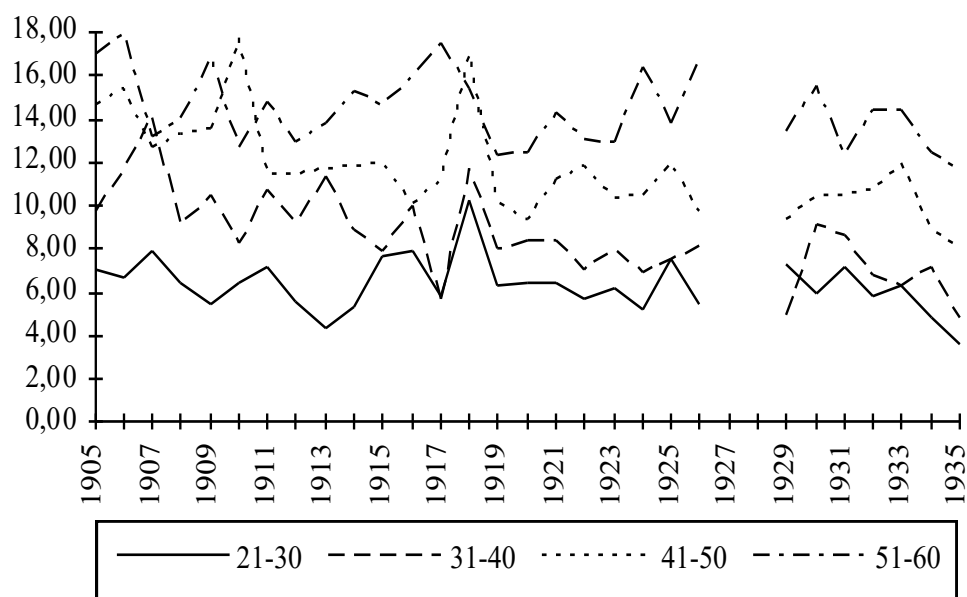
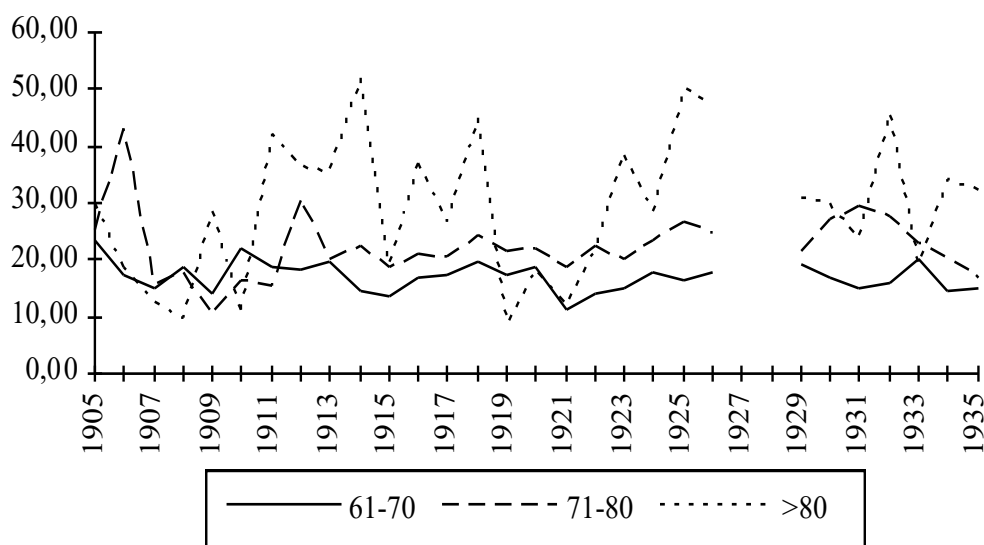


Gráfico 9: Porcentaje de difuntos sobre ingresados al año en las edades avanzadas en el hospital de Basurto, 1905-1935



De forma general se puede decir que las medias del hospital en cuanto a la mortalidad están basadas, sobre todo, en los mejores resultados obtenidos sobre las edades adultas. Hay que recordar que el número de enfermos mayoritariamente estaba en estos grupos. Sin embargo, si observamos lo que ocurre con los niños menores de 5 años así como con la mortalidad de los ancianos, las medias se disparan, especialmente en éstos últimos.

En el caso de los niños, el índice de mortalidad se encuentra en el doble que en las edades juveniles. Esta situación no es extraña ya que el problema de salud de los niños era el más preocupante de la época y costó muchos años vencer esta situación de debilidad de salud de los menores ante la situación social de empeoramiento del nivel de vida. Con todo,

sus índices consiguieron mejorar substancialmente en lo que se refiere a los niños ingresados a partir de la década de los años 30, precisamente en el momento en que existen más niños que ingresan en el hospital en este grupo de edad.

Los mismo podemos decir del otro grupo de edad más débil en salud de la población, es decir de los ancianos. Se puede observar que a partir de los 50 años la mortalidad se encuentra por encima del 15 por ciento. En ocasiones, como era de esperar, puede llegar hasta el 50 por ciento en los mayores de 80 años. En estos grupos de edad el éxito del hospital a la hora de curar no mejora substancialmente con el tiempo como ocurría con los niños, sino que se mantiene estable o aumentando. No debemos olvidar que este grupo de población es el que aumenta en esta época. De hecho, ya se anuncia lo que ocurrirá en nuestros días, es decir que ante el aumento del colectivo de los ancianos, la medicina deberá enfocarse cada vez más sobre los problemas de salud y de calidad de vida de este segmento de población.

### 6.3. Mortalidad y supervivencia por causas

Una de nuestras hipótesis de partida estaba precisamente en testar la acción del nuevo hospital con respecto a los principales problemas de salud imperantes en el momento de su puesta en funcionamiento. Estos problemas se encontraban concretamente en las enfermedades de origen infeccioso de transmisión aérea. El hospital se organizó sanitariamente y fue ampliando sus especialidades con el tiempo de acuerdo a estos problemas.

*Cuadro 5: Media de entrada de enfermos en el hospital según especialidades y enfermedades, 1884-1935*

<i>Especialidades</i>	<i>Num. medio</i>
Cirugías	1876
Medicinas	1726
Medicina y cirugía infantil	879
Ginecología	488
Sífilis, piel y venéreo	464
Tuberculosis	293
Viruela	77
Tifus	49
Sarampión	39
Difteria	35
Tosferina	18
Varicela	6
Escarlatina	6
<i>Media de infecciosas</i>	<i>527</i>

El hospital disponía, por un lado, de pabellones de medicina y cirugía general, otro dedicado especialmente a los niños, otro a los problemas de las mujeres, y finalmente divisiones especiales dedicadas a las enfermedades infecciosas que tenían comportamiento

epidémico y que eran especialmente peligrosas para la salud general de la población. De esta forma, aislando y apartando a estos enfermos se podía lograr un cierto éxito en la prevención de los riesgos de enfermar de toda la sociedad. En el cuadro 2, se pueden comprobar las divisiones sanitarias que como media durante 1884 a 1935 sufrieron una mayor entrada de enfermos en el hospital. Tanto la cirugía como la medicina general era la que llevaba más entrada de enfermos. En segundo lugar, estaban los niños y sus problemas específicos. Y finalmente todas las enfermedades infecciosas de diferente orden. Las enfermedades infecciosas más importantes en el hospital fueron dos que causaban mucha alarma social en esta época que eran de diferente naturaleza. Por un lado, la sífilis, de transmisión sexual, y por otro lado, la tuberculosis, una enfermedad de transmisión por aire que era especialmente contagiosa y mortífera frente al resto de enfermedades de contagio por aire. Con respecto al resto de las infecciones, desde la viruela hasta el sarampión o tosferina, afectaban sobre todo a los niños, y éstas no eran enfermedades constantes y presentes como las anteriores, sino que tenían comportamiento epidémico. Si sumamos su presencia vemos que tuvieron mucha importancia de ingreso en el hospital, y es que estas enfermedades tenían un alto índice de letalidad en los niños si se producía una epidemia puntual o se juntaban varias en un mismo año.

El éxito del hospital en cuanto a la curación de los enfermos según las especialidades y enfermedades concretas, es posible valorarlas a través del indicador de “supervivencia” específico en cada uno. En este apartado, nos detendremos a valorar los indicadores en aquellas especialidades que registraron un mayor número de admisión de pacientes, como fue el caso de la cirugía y la medicina general. Finalmente, nos interesaremos por la evolución del comportamiento del indicador en dos enfermedades infecto-contagiosas de gran interés socio-sanitario de la época: la sífilis y la tuberculosis<sup>43</sup>.

La especialidad de Cirugía llegó a contar con tres divisiones. Esta especialidad dedicada a la actividad quirúrgica, muy probablemente centrada en los accidentes laborales, fue una de las que más aumentó en cuanto a la entrada y salida de enfermos en el hospital, partiendo de números pequeños de ingresos. Como se puede ver en el gráfico 10, el índice de mortalidad fue pequeño en comparación con los ingresos, lo que muestra bien a las claras que la formación y pericia del personal de cirujanos que había en el hospital eran muy altas.

En segundo lugar, en importancia en cuanto al número de ingresados, se encuentra la división de Medicina, que también llegó a dividirse en tres lo mismo que la anterior. En esta especialidad ingresaban todas las personas con enfermedades que no entraban en las enfermedades que contaban con especialidad, como algunas infecciones. Así que las enfermedades comunes como las bronquitis o neumonías o los problemas cardiovasculares eran los atendidos por esta especialidad. El índice de mortalidad, como se puede ver en el gráfico 11, se mantendrá bastante estable, alrededor del 10 por ciento a lo largo del tiempo, sobre todo con el nuevo hospital.

---

<sup>43</sup> Los números de admisión e índice de supervivencia de todas las especialidades y todas las enfermedades infecciosas se pueden encontrar en gráficos en M. González Portilla, J. M. Beascochea Gangoiti, A. Pareja Alonso y K. Zarraga Sangroniz, *Hospital de Bilbao...*, *Op. Cit.*, 1998, págs. 311-328.

Gráfico 10: Índice de mortalidad y de supervivencia en Cirugías, 1884-1935

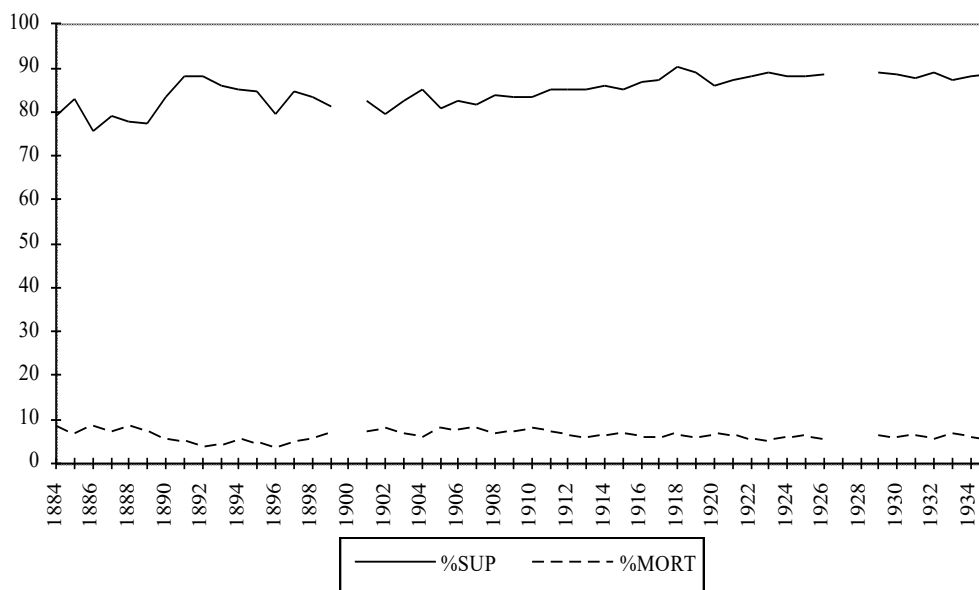
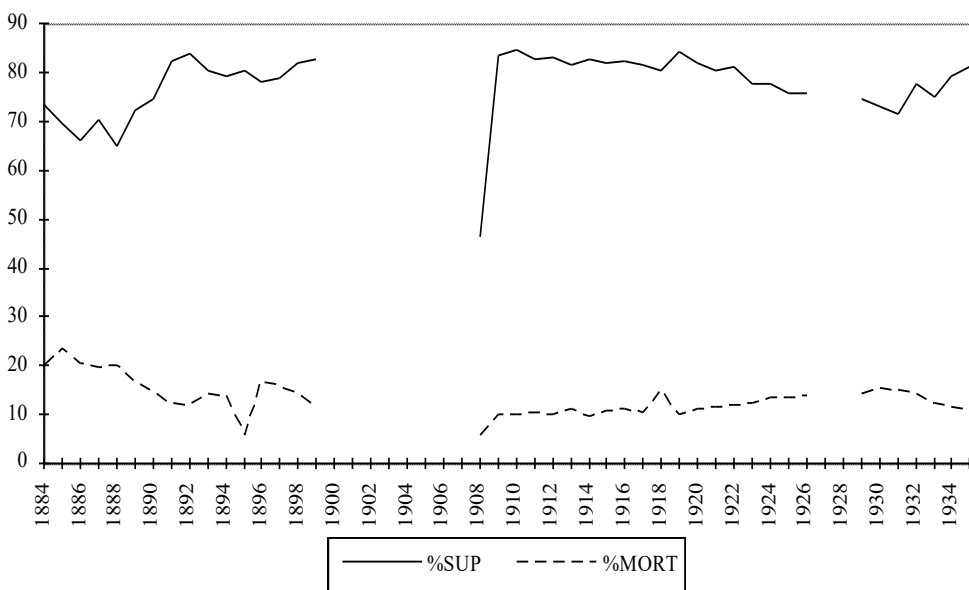


Gráfico 11: Índice de mortalidad y de supervivencia en Medicinas, 1884-1935

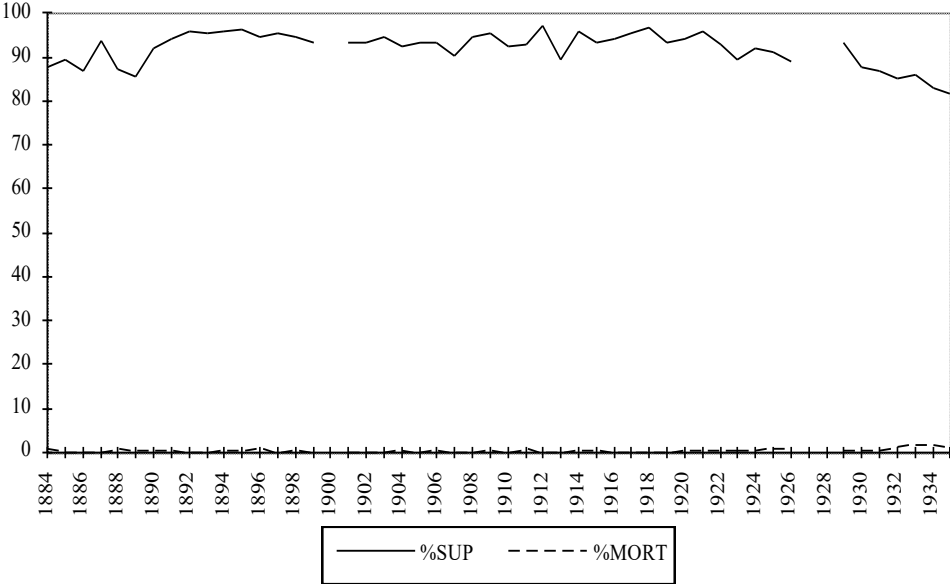


Una de las enfermedades más ocultas o consideradas tabú en esta sociedad, por la naturaleza de su contagio por vía sexual, era la sífilis. Las autoridades estuvieron altamente preocupadas por su control, ya que era una enfermedad muy contagiosa y letal. La sífilis estaba relacionada con el aumento de la población en una sociedad opulenta, que produjo un aumento de la población femenina que ejercía la prostitución. Esta actividad era ejercida con falta de higiene y prevención por mujeres de baja extracción social, cuyo contagio y letalidad eran temidos por poder afectar a cualquier grupo social. Toda una serie de medidas de control municipal y estatal sobre el colectivo de las prostitutas consiguieron que el número de casos descendiera a partir de los inicios del siglo XX. A pesar de todo,

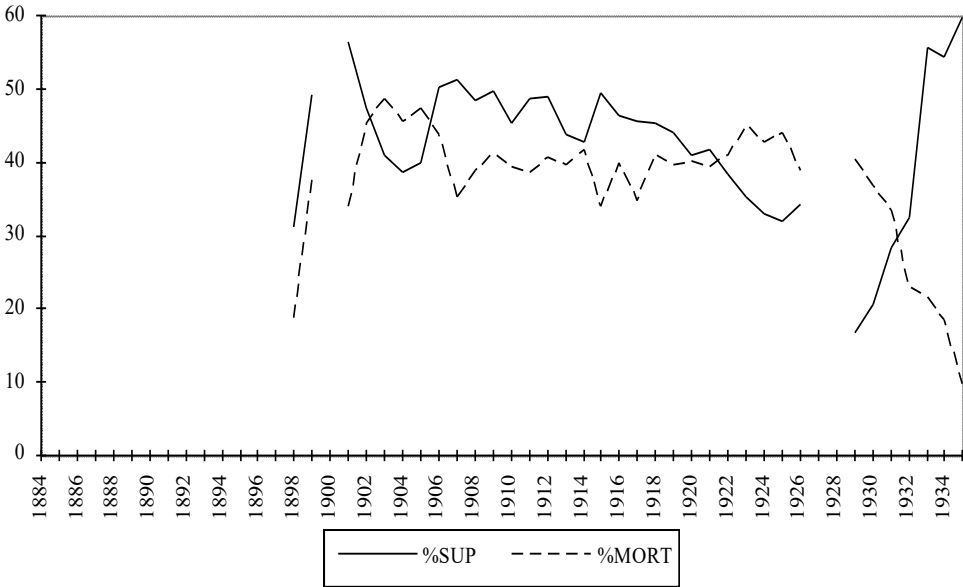


existían medidas terapéuticas eficaces en la época para poder curar o mejorar la salud de estos enfermos. Su número fue descendiendo y su índice de mortalidad como se puede apreciar en el gráfico 12 era muy pequeño. De hecho, el más bajo que el que registraba cualquier otra especialidad del hospital.

*Gráfico 12: Índice de supervivencia y mortalidad por sífilis, piel y venéreo, 1884-1935*



*Gráfico 13: Índice de supervivencia y de mortalidad por tuberculosis, 1898-1935*



Con respecto a la tuberculosis, no disponemos de datos antes de 1898, enfermedad ésta de transmisión por aire, que causaba también mucha alarma en la época. Esta enfermedad que afectaba sobre todo a los jóvenes, era extraordinariamente contagiosa y letal, y estaba claramente ligada a los bajos niveles de vida y a una deficitaria alimentación. Para poder

evitar su contagio era necesario el aislamiento de los enfermos, alimentarlos bien y que reposaran en ambientes higiénicos y bien aireados. Por esta razón, para atender a estos enfermos se construyeron hospitales o dispensarios específicos para ellos, ya que su alto índice de mortalidad y la lenta recuperación lo hacían necesario. En el hospital de Basurto se construyó un pabellón específicamente destinado para ellos desde su construcción en 1898. El número de enfermos fue creciendo y aumentó mucho en la década de los 30, que sin duda tuvo que ver con algún brote repentino de esta enfermedad. Sin embargo, nos inclinamos a pensar que este aumento se debió a que este centro fue el único que permaneció en Vizcaya abierto para la detección y atención de los tuberculosos<sup>44</sup>. Esto podría explicar que cada vez un mayor número de enfermos de toda la provincia fueran llegando al hospital de Basurto, ya que era el único que podía atenderles específicamente. En el gráfico 13 podemos comprobar que la alarma social con respecto a esta enfermedad tenía sus razones. Efectivamente, el índice de mortalidad sobre los ingresados superaba siempre el 40 por ciento. Aunque con el tiempo se consiguió mejorar algo este índice, seguía siendo la enfermedad que más mortalidad registraba por enfermo ingresado en el hospital.

---

<sup>44</sup> Sobre esta enfermedad en Vizcaya, se puede consultar A. Villanueva Edo, *Historia social de la tuberculosis en Bizkaia (1882-1958)*, Diputación Foral de Bizkaia, Bilbao, 1989.