

El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls

EDUARDO MARTÍN (*)

JOSEP MARIA COMELLES (**)

MARINA ARNAU (***)

SUMARIO

1.—Introducción. 2.—Sobre la *medicalización* de los hospitales y el concepto de hospital doméstico. 3.—La reforma ilustrada del hospital medieval. 3.1.—La instalación de personal religioso. 3.2.—La reforma técnica del Pío Hospital. 4.—La hegemonía del hospital doméstico. 4.1.—La organización del personal asistencial. 4.2.—El funcionamiento del Hospital (1830-1884). 4.3.—El Reglamento de 1884. 5.—Del hospital doméstico al hospital jerarquizado (1884-1992). 5.1.—El cambio en el modelo de financiación. 5.2.—Del Reglamento de 1901 a la Guerra Civil. 5.3.—De hospital de agudos a asilo de ancianos. 6.—Conclusiones.

RESUMEN

A partir de un estudio de campo sobre el proceso de medicalización en el Hospital de Valls (Tarragona), los autores revisan algunos aspectos idiosincráticos del mismo en Cataluña, especialmente la emergencia del hospital doméstico y las complejas relaciones entre el municipio, las órdenes religiosas asistenciales y los poderes públicos estatal y autonómico.

Fecha de aceptación: 25 de enero de 1993.

(*) *Arxiu Històric Municipal de Calafell, Biblioteca Ventura Cassol, Passeig de la Unió, s/n, 43820 Calafell.*

(**) *Departament d'Antropologia Social i Filosofia, Universitat Rovira i Virgili, Plaça Imperial Tàrraco, 1, 43071 Tarragona.*

(***) *Centre de Estudis i Formació. Oficina Provincial de la Creu Roja, Rambla Nova, 35, 43001 Tarragona.*

DYNAMIS

Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. Vol. 13, 1993, pp. 201-234.
ISSN: 0211-9536

1. INTRODUCCIÓN (1)

El tránsito entre el *hospital de cuidar* que se definió en Europa en la Baja Edad Media, y se generalizó posteriormente; y el *hospital jerarquizado* del siglo XX (2), destinado a diagnosticar y curar, es un proceso complejo que se inicia a finales del siglo XVIII en Europa, pero únicamente en la segunda mitad del XIX en los Estados Unidos (3). Este proceso de cambio se inscribe en torno a dos grandes puntos de referencia: en primer lugar, el papel que juega el hospital en el contexto de la protección social comunitaria; en segundo lugar, el que juega en la estrategia de implantación del modelo médico (4).

2. SOBRE LA «MEDICALIZACIÓN» DE LOS HOSPITALES Y EL CONCEPTO DE HOSPITAL DOMÉSTICO

Aunque un sector de la historiografía presenta al hospital medieval como una «institución sanitaria», cuyos orígenes entroncarían con la An-

-
- (1) Este artículo retoma parte de una monografía reciente sobre el *Pius Hospital de Valls*, un encargo con motivo de la inauguración de un hospital jerarquizado de nivel I, COMELLES, J. M. *et al.* (1991). *L' Hospital de Valls. Assaig sobre l'Estructura i les Transformacions de les Institucions d'Assistència*. Valls, Institut d'Estudis Vallencs, 413 pp. Contó con una ayuda de la *Fundació Ciutat de Valls* y con un Contrato de Investigación de la CICYT. La investigación se desarrolló entre 1987 y 1990. Las lagunas documentales en algunos períodos eran importantes puesto que las vicisitudes políticas de la ciudad habían provocado su desaparición. La documentación administrativa de la institución era muy escasa especialmente en lo que se refiere a material económico asistencial. Por ello hubo de compensarse con el uso de documentación municipal y epistolar, y para la última parte de la investigación mediante fuentes hemerográficas y observación participante. Para la relación completa de las fuentes nos remitimos al libro.
 - (2) El hospital jerarquizado y la conversión del hospital en el centro del sistema de salud es una respuesta estratégico táctica del modelo médico hegemónico. (Ver a ese respecto COMELLES, J. M. (1993). La utopía de la atención integral de salud. Autocuidado, atención primaria y atención institucional. *Revisiones en Salud Pública*, 3, (en prensa).
 - (3) Sobre este proceso véase para Francia STEUDLER, F. (1974). *L'Hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 271 pp.; para Estados Unidos ROSENBERG, C. E. (1987). *The Care of Strangers. The Rise of American Hospital System*, New York, Basic Books, 376 pp.
 - (4) El concepto de *modelo médico* lo tomamos de MENÉNDEZ, E. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: BASAGLIA F. *et al.*, *La Salud de los Trabajadores*, México, Nueva Imagen, pp. 11-53.

tigüedad (5), un análisis mínimamente crítico de los datos disponibles pone de relieve que la presencia de médicos técnicos en los hospitales europeos o de la América española tiene muy poco que ver con la presencia de médicos en los hospitales actuales, en los *xenones* bizantinos o en los *maristanes* islámicos medievales (6).

En el Occidente cristiano, los hospitales fueron el fruto de un proceso de institucionalización —complejo y todavía no del todo aclarado—, en el que intervienen los particulares, la Iglesia y los Municipios, y que tienen como finalidad inespecífica la protección a los ciudadanos en situaciones de crisis. Estas instituciones fueron numerosísimas y muy pequeñas, la mayoría con menos de una decena de camas, y en ellas la atención estuvo en manos de *hospitaleros*, *fámulos*, y *criados*, puesto que la finalidad del hospital era proteger y cuidar desvalidos (7). No se las concebía como instituciones «médicas» sino como albergues polivalentes para situaciones de infortunio, aunque las administraciones contratasen a médicos y cirujanos para que visitasen a los enfermos con alguna regularidad. La mayoría de ellos pasaron, durante los siglos XIV y XV, a ser controlados mayoritariamente por los municipios.

La *medicalización* (8) de los hospitales en el Occidente cristiano es un proceso complejo, no una conversión puntual, y ni siquiera se ajusta a una misma cronología en los diferentes países. Podemos aceptar que un atisbo

-
- (5) Para una crítica de esta postura ver COMELLES *et al.* (1991), *op. cit.* en nota 1, pp. 29-43.
- (6) Sobre estos últimos ver MILLER, T. (1985). *The Birth of The Byzantine Hospital*, Baltimore, John Hopkins University Press, 288 pp.
- (7) Los hospitaleros no son los antecedentes de la enfermería moderna, como parece recogerse en algunos tratados de enfermería. Sus funciones eran asistenciales y sobre todo administrativas. Precisamente, la fundación de órdenes religiosas como la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, o las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, responden a la necesidad de ofrecer un personal con un mínimo de requisitos técnicos y vocacionales para atender correctamente a los enfermos.
- (8) Entendemos por *medicalización* un régimen en el que los objetivos y la gestión institucional están controlados por médicos. Éste era el caso de algunos hospitales universitarios renacentistas, que de hecho reconstruyen el modelo de *xenodoquion* bizantino. Como los hospitales de estas dimensiones han sido los más estudiados, se ha llegado a suponer que en todas partes sucedía lo mismo, pero el análisis de las instituciones pequeñas —las más numerosas y ubicadas en villas y pueblos— muestra exactamente lo contrario: a finales del XVIII, los hospitales «grandes» no pasaban en España de la veintena, mientras subsistían dos millares de pequeñas instituciones, la mayoría con menos de veinte camas (CARASA, P. (1985). *El Sistema*

de medicalización viene representado por el papel que juegan algunos hospitales universitarios desde el Renacimiento y en cuyos anfiteatros anatómicos se inicia el despegue de la medicina moderna. Pero en la inmensa mayoría de instituciones el médico es un personaje al que en ocasiones hay que exigirle que cumpla con su contrato.

Con estas salvedades, el estudio del *proceso de medicalización* de los hospitales, ha estado dominado por la influencia de los trabajos de Foucault y de Ackerknecht (9). Ambos analizaron los hospitales de París, y aunque Ackerknecht señala que el modelo de la *Escuela de París* no se generalizó en Europa hasta la segunda mitad del XIX, la tendencia habitual ha sido tomar la parte por el todo, pese a que el desarrollo del modelo hospitalario actual parecer ser sobre todo la consecuencia de la generalización del modelo alemán (que se inspira ciertamente del francés), y sobre todo de su evolución en Norteamérica.

En síntesis, la medicalización es descrita como un proceso que se inicia entre el XVIII y el XIX, cuando los médicos definen el espacio hospitalario, es decir el único lugar en que es posible un anfiteatro anatómico, como un instrumento fundamental de la política de salud y más aún en la educación médica. Ahora bien, el proceso de medicalización de los hospitales es un proceso inicialmente idiosincrático y que se refiere a instituciones que tengan cierta significación en la formación médica, *pero no necesariamente en las otras*.

Los autores del XVIII pretendían reformar el hospital en el marco de una política general de salud pública, acabando con su condición de lugar del que emanaban miasmas mefíticos, con tasas de mortalidad elevadísimas, y estableciendo criterios técnicos de ordenación de las admisiones y de seguimiento de los internados, avanzando hacia su especialización. En un segundo momento, definen el hospital como un espacio de formación de conocimientos y reproducción de profesionales (10), en el que la terapéu-

Hospitalario Español en el Siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual, Valladolid, Universidad de Valladolid, 296 pp., pp. 43- 45).

- (9) Véase ACKERKNECHT, E. (1986). *La Médecine Hospitalière à Paris*, Paris, Payot, sobre la Escuela de París y su papel en la delimitación de la estructura de la formación clínica en el XIX; y FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF, 214 pp.
- (10) El mejor estudio sobre el tema sigue siendo el libro colectivo de FOUCAULT, M. (comp.) (1979). *Les Machines à Guérir. Aux Origines de l'Hôpital Moderne*, Bruxelles,

tica es esencialmente paliativa y la asistencia se basa en el cuidado y la protección. Únicamente en una etapa posterior, a finales del siglo XIX, el hospital se convierte progresivamente en una institución diagnóstica y terapéutica, lo que supone la hegemonía compartida de médicos y administradores, y la definición de un submodelo dentro del *Modelo médico* al que hemos llamado *modelo hospitalario* y que se corresponde con la jerarquización hospitalaria.

Este esquema evolutivo es algo así como un *ideal type* puesto que en la realidad la variabilidad es enorme. Demasiado a menudo se interpreta el mismo a partir del caso de los Estados Unidos, sin advertir que la hegemonía del modelo médico en Norteamérica, y la jerarquización hospitalaria son sendos procesos que se inician mucho más tardíamente que en Europa, pero que se consolidan también mucho antes. La razón es que en Estados Unidos se crea de la nada una estructura hospitalaria, sin el lastre que supuso en Europa la reconversión de una inmensa red de instituciones que procedían del Antiguo Régimen (11). Asimismo se olvida, quizás demasiado rápidamente, que la evolución de los grandes hospitales o de

Atelier Pierre Madarga, 177 pp., en el que revisa los proyectos de reforma del *Hôtel-Dieu*, y el papel que se preveía para la institución en el contexto del saneamiento público. Sobre España existe un excelente estudio de ÁLVAREZ URÍA, F. (1984). *Miserables y Locos. Medicina Mental y Orden Social en el Siglo XIX*, Barcelona, Tusquets, 369 pp., sobre la presencia y la influencia de las ideas higiénicas en la delimitación de políticas de salud que afectaron a los hospitales.

- (11) Las diferencias entre la América virreinal y las colonias inglesas tiene que ver con sus respectivos modelos coloniales. Estas últimas adoptaron el carácter de comunidades campesinas con tierras propias y a veces organizadas en comunidades utópicas de carácter religioso que no construyeron hospitales (véase ROTHMAN, D. (1971). *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston, Little Brown). La literatura norteamericana ha relacionado la fundación de hospitales en el siglo XIX con el incremento exponencial de la patología y de la situación social de los inmigrantes. Véase ROSENBERG (1987), *op. cit.* en nota 3, o la atractiva compilación de LONG, D.; GOLDEN, J. (eds.) (1989). *The American general hospital: communities and social contexts*, Ithaca, Cornell University Press, 217 pp. Como señala Rothman, la asistencia en Norteamérica durante el período jacksoniano se planteó como una serie de experimentos asistenciales vanguardistas en instituciones de nueva creación. En Europa, en cambio, las reformas incidían en instituciones con una larga historia a sus espaldas. En una espléndida monografía, SALMÓN, F.; ARRIZABALAGA, J.; GARCÍA BALLESTER, L. (1990). *La Casa de Salud Valdecilla. Origen y Antecedentes*, Santander, Asamblea Regional de Cantabria, 314 pp., analizan uno de los casos de hospital de nueva creación en España contando con la metodología

algunos creados desde criterios modernos puede ocultar lo que sucedía mayoritariamente en hospitales locales medianos y pequeños cuya importancia macrosocial era limitada, pero que eran fundamentales para la gestión de la salud de las pequeñas comunidades (12). En estos últimos, la *medicalización* se limita a la redacción de nuevos reglamentos que atribuían un mayor papel a los médicos en las admisión de enfermos, a la introducción de personal cuidador algo más cualificado, y por último a la lenta penetración de tecnología diagnóstica y terapéutica desde finales del siglo XIX.

Algunos autores norteamericanos que han estudiado la creación de nuevos hospitales en el Oeste de los Estados Unidos en el último tercio del XIX han sugerido la expresión *era doméstica* para calificar ese periodo intermedio entre el modelo del Antiguo Regimen y el del hospital jerarquizado (13). En la era doméstica los hospitales se abren al conjunto de la población, aceptan formas de pago privado, se dotan de personal con un nivel superior de cualificación, habitualmente monjas y/o enfermeras laicas (14) que asumen la dirección administrativa e ideológica de la insti-

de los norteamericanos. El problema es que al tratarse la *Casa de Salud* de un hospital de los años veinte tampoco corresponde al periodo de transición que queremos explorar.

- (12) Esto tiene que ver también con el tipo de documentación disponible. En general la literatura sobre hospitales locales es también local y por tanto suele estar tratada con criterios tremendamente localistas, sin que interese en absoluto su contextualización. Más aún, los autores de esas monografías locales son o historiadores generales con un escaso conocimiento de la historiografía médica actual o historiadores de la medicina aficionados que se limitan a desenterrar la documentación disponible y a ordenarla, sin intento alguno de contextualización.
- (13) LYNAUGH, J. E. (1989). From respectable domesticity to medical efficiency: the changing Kansas City Hospital 1875-1970; y ROSENBERG, C. E. (1989). Communities: the Evolution of the American Hospital, ambos en LONG; GOLDEN (1989), *op. cit.* en nota 11, pp. 21-39 y 3-17, respectivamente. A pesar de que la problemática que presentan es consecuencia de las especificidades de los Estados Unidos, parte de su argumentación, la que hace referencia al papel de los médicos, las enfermeras y el funcionamiento de los hospitales, puede aplicarse a Europa.
- (14) En muchos casos eran fundaciones religiosas o filantrópicas que llenaban los vacíos que dejaba la iniciativa pública. En España este papel lo jugaron los hospitales y clínicas religiosos u organizaciones como la Cruz Roja. Estas fundaciones explican también el nacimiento de órdenes religiosas asistenciales y de escuelas de enfermería laicas. Estas últimas se desarrollaron más tardíamente en los países católicos. Las

tución; adoptan criterios rigurosos de limpieza física y, a finales del XIX, incorporan nuevas tecnologías. Esta noción está también relacionada con reorganizaciones internas que buscan, ante todo, que el hospital se asimile a un ambiente familiar (15), por lo que su gestión se perfila en torno a personal femenino: las madres superiores de órdenes religiosas o, en los países luteranos, las superintendentes de enfermería, que alcanzan el pínaculo de la jerarquía hospitalaria por encima de los propios médicos, asumiendo la dirección asistencial y administrativa (16). En este periodo, el hospital de beneficencia para pobres y desamparados se convierte progresivamente en una institución interclasista donde el papel de los médicos crece en la medida en que se crean los primeros quirófanos, y contribuyen de manera fundamental a cambiar la imagen de la práctica médica y el sentido del propio hospital, aunque su papel fundamental sigue siendo el de hospital cuidador.

Los autores norteamericanos no se proponen una comparación con la situación hospitalaria europea, puesto que se mueven dentro de los límites de la historia positivista, y no advierten por ello que su modelo no es sino la importación a América por parte de las monjas católicas o de las organizaciones filantrópicas de un modelo vigente en Europa desde finales del XVIII, y que tiene que ver con el papel que juegan las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en la delimitación de las funciones de las labores técnico-asistenciales, y con los intentos de reforma hospitalaria que se llevan a cabo en el seno del despotismo ilustrado en Europa.

A nuestro juicio, el papel de la etapa *doméstica* en los hospitales pequeños y medianos de la Europa católica es fundamental en dos sentidos: primero, como estadio intermedio en un lento proceso de medicalización y de progresiva definición de un hospital técnico; en segundo lugar, porque en su seno y a través de las congregaciones religiosas se evidencian los

enfermeras laicas seguían criterios de formación y encuadramiento casi tan rígidos como los de las monjas. Las nuevas órdenes religiosas del siglo XIX toman como modelo a las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl y nacieron como un movimiento de revitalización del monaquismo femenino de carácter filantrópico, algo muy poco estudiado frente a la multiplicidad de estudios sobre la enfermería civil en los países anglosajones.

(15) ROSENBERG (1989), *op. cit.* en nota 13, pp. 5-8.

(16) Véase ATWATER, E. C. (1989). Women, surgeons, and a worthy enterprise: The General Hospital comes to Upper New York State. En: LONG; GOLDEN (1989), *op. cit.* en nota 11, pp. 40-66.

cambios en la estrategia de la Iglesia en relación con su presencia social (17).

La tardía jerarquización de los hospitales españoles, que se inicia a principios de la década de los sesenta en unos pocos hospitales, pero que no se generaliza hasta los setenta y aun los ochenta, explicaría la persistencia del *modelo doméstico* en muchos hospitales locales entre el siglo XIX y el XX. El objetivo de este artículo es tratar de explorar su significación social. Para ello utilizaremos el caso del *Pío Hospital* de Valls que a partir de 1790 inicia un lentísimo proceso de medicalización que culmina con la erección en 1991 de un hospital comarcal jerarquizado.

3. LA REFORMA ILUSTRADA DEL HOSPITAL MEDIEVAL

3.1. *La instalación de personal religioso*

Valls disponía a finales del XVIII del *Hospital de Sant Roc*, creado a comienzos del XV como resultado de la fusión de las diferentes instituciones asistenciales existentes en la población desde el siglo XIII. El edificio, construido a fines del XVI, resultaba insuficiente y se hallaba muy deteriorado. Hacia 1796, el Ayuntamiento —propietario de la institución—, y el párroco Jaume Cesat, miembro de la Junta, emprendieron una reforma urgente que preveía reconstruir el edificio, abrir una escuela de niñas, dotar al hospital de un nuevo reglamento y modificar las condiciones de trabajo del personal.

Este proyecto, común en la Cataluña de la época, se articula con las nuevas políticas de estado en el campo de la protección social (18). En el

(17) Para España véase CARASA (1985), *op. cit.* en nota 8, que es un estudio cuantitativo sobre hospitales que únicamente alcanza la primera década del XX y que no tiene en cuenta el modelo doméstico. Por el alcance de su trabajo no se plantea tampoco la transición al modelo jerarquizado. La jerarquización se inició en el Hospital General de Asturias, en la Clínica de la Concepción en Madrid y algo más tarde en el *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona, y se desarrolló a partir de la Ley General de la Seguridad Social de 1963.

(18) Estas acciones se concretaron en limitaciones a la práctica de la limosna pública por las órdenes mendicantes, a la exigencia del visado de los reglamentos de los hospitales y al despliegue de un dispositivo de control social basado en el desarrollo de instituciones de reclusión. Véase ÁLVAREZ URÍA (1984), *op. cit.* en nota 10, pp. 21-64.

Principado, el movimiento reformador fue impulsado en parte por católicos ilustrados que seguían las directrices de preladados como Josep Climent en Barcelona y Antoni Armanyà en Tarragona y cuyo objetivo era luchar contra la descristianización por medio de una presencia mucho más activa del clero en las tareas asistenciales y educativas (19); también intervinieron los ayuntamientos, que en Cataluña eran propietarios de buena parte de los hospitales y los utilizaron como instrumentos para establecer una nueva forma de relaciones con los ciudadanos (20).

En el hospital de Valls, la reforma del régimen del personal dedicado a tareas asistenciales tomó como base las experiencias llevadas a cabo, previamente, en otras instituciones catalanas. Jaume Cesat pretendía introducir personal religioso en el hospital, para encargarse de los enfermos y educar cristianamente a las niñas. Prefería a las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl que se estaban instalando entonces en Cataluña —entraron en España en 1790 en Barcelona, y en 1792 en Reus y Lérida—, aprovechando precisamente este movimiento de reforma. Su actitud refleja la influencia del Arzobispo Armanyà, que también se manifiesta en las reformas coetáneas de los hospitales de *Sant Joan* de Reus y *Sant Pau i Santa Tecla* de Tarragona (21).

Con el objeto de fundamentar su proyecto, Cesat recabó información de otros sacerdotes sobre el personal de los hospitales de sus respectivas

-
- (19) FONTANA, J. (1987). *La Fi de l'Antic Regim i la Industrialització*, Barcelona, Edicions 62, 506 pp., es muy crítico en relación a los propósitos reformistas de este grupo. Los considera una estrategia para seguir conservando sus privilegios. El informe de Climent sobre la reforma de la beneficencia parece darle la razón, puesto que propone desmunicipalizar la asistencia y ceder su control a los eclesiásticos. (Véase CLIMENT, J. (1771). *Informe sobre Beneficencia*, Biblioteca de Catalunya, manuscrito 729, tomo IX, pp. 633-700).
- (20) Éste fue el caso de las reformas, entre muchos otros, de los hospitales de Reus, Lérida, Tarragona, Valls y Sant Pau en Barcelona. Al ser de propiedad municipal, los hospitales catalanes parecen escapar a la desamortización de Godoy (1797), a diferencia de lo que sucediera en Castilla. Véase CARASA, P. (1988). *Crisis del Antiguo Régimen y Acción Social en Castilla*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 291 pp.
- (21) Cesat tenía una estrecha relación con el arzobispo Armanyà, con Fèlix Amat y con Ignasi y Fèlix Torres Amat. Fèlix Amat era en 1800 miembro de la Junta Administrativa del *Hospital de Sant Pau i Santa Tecla* de Tarragona, al que el arzobispo Armanyà entregó importantes donaciones según ADSERA, J. (1971). *El pasado y presente de nuestro hospital*, Tarragona, Hospital de San Pablo y Santa Tecla, pp. 16-17. Sobre el hospital de Reus, véase ANGUERA, P. (1990). *L'Hospital de Sant Joan de Reus, 1240-1990*, Reus, Hospital de Sant Joan, 122 pp.

ciudades. En Valls se conservan las respuestas de Josep Anton Ysart de Mataró y de Tomàs Padreny de Reus. El primero respondió el 21 de julio de 1796:

«en lo Hospital d'aquesta ciutat no hi ha Fillas de la Caritat, sino unas señoras o digam-las hermanas que las anomenan Darderas per lo fundador Darder que establi una casa de ellas en Barna cerca l'hospital i serveixen a sas horas en Barna i aquí tot lo día sens particulars constitucions sino a la direcció de alguns administradors per lo regular fanátichs. De aquestos dependan las de aquí y si conve las mudan y fan venir ceras vegadas alguna o algunas a ajudar-las a convaleixer si han estat malaltas. No tenen tampoch aquí enseñaanza alguna ni aprobació de la ciutat si de sols los Administradors de esta no tenen dotació alguna, sino l'Hospital de sas rendas los va donar lo necessari. Si preguntan quant és això? respondran los Admors. molt poch; y jo respondré un molt. Lo mateix és dels Hermanos dependents també de l'Administració de Barna, tot contra lo gust del Comu d'esta Ciutat que pledeja per a traurer los Admors. del Hospital que li negan est poder no obstant de ser elegits per ella. Vm. me demana una idea per arreglo y jo dech confesar que no la pot donar per ara l'Hospital de esta. Celebraré puga plantar Vm. ab ser lo Institut que desitja, y crech que en Reus mateix o en Lleida lo podran informar» (22).

Padreny, por su parte, habla de las Paúlas de Reus que habían instalado allí una escuela de niñas.

La correspondencia continúa durante bastantes años, a medida que avanzaban las obras del hospital de Valls. En varias cartas de 1799, se hace referencia a las ventajas y desventajas de la presencia en los hospitales de institutos religiosos con ordenaciones generales. Ese año, Cesat explicó a Rafael de Llinás —regidor vitalicio del Ayuntamiento de Barcelona y representante municipal en el *Molt Il·lustre Administració* del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona—, y a los ya citados Ysart y Padreny, su proyecto de llevar a las Paúlas a Valls. Ysart valoraba, en su respuesta del 26 de abril de 1799 la experiencia de las hermanas del hospital de Mataró:

«las señoras que serveixen en lo Hospital de Mataró eixiren de una Casa Pía de esta en que ab lo nom de Hermanas ditas vulgarment Darderas (...) viuhen ab alguna religiositat anant a certas horas a assistir los malalts del Hospital de ésta,

(22) Archivo Histórico Comarcal de Valls (a partir de ahora AHCV) sección Iglesia, serie Sant Joan, subserie Jaume Cesat, carpeta «Correspondència i altres documents». Toda la correspondencia citada en este artículo procede del mismo fondo.

y passant las demás ab algun arreglo d'exercisis espirituals, y labor, pero sens tenir clases de enseñansa. Ab la varietat que se han tingut segons qui las ha regit, crech que no tenen altrás ordinacions, que las quel's dicta sa pietat de acord ab los Administradors de dita Causa Pia, sens cap intervenció ni del Ilmn., ni de l'Hospital. Y dits Admors. (que jo no alabi may als mataronins) fins han volgut tenir subjecció de las de Mataró que mante en numero de 4 ó 5 aquell Hospital, variantlas com los ha aparegut, y a vegadas sentlo servir de casa de convalescencia per las Hermanas malaltas de esta. La mateixa Administració entench que los señala Superiora, que li diuhen Priora, y en Mataró me apar Residenta. Las de allí viuhén en unas pessas separadas dins del mateix Hospital, y en quant a servir serveixen be. No vesteixen toca, ni vel, sino corbata blanca, giponet, y faldillas de escoti negre ab escapulari ample, y un petit escut en lo gipó quant hi ha alguns anys que hi son, lo que sembla fun servir com de senyal de eixir de probació.

En aixó se semblan poch ab los Jesuitas, y tambe ho son en lo affecte los Admors. seculars (no crech hi haze cap echlesiastic) que las fan besar a terra si conve be. Pero tota aquesta subjeccio es voluntaria, encara que no dupto hi barrejeran de particular algun vot simple, pero res autorisat, y per consegüent no tenen altra Superioritat que la ordinaria civil y eclesiastica. Quant ixen van ab mantellinas, pero sens los panys que ara son de moda (...)

Jo tinch de confesar, que encara que algunas y comunment totas las particulars Hermanas me gustan, pero me disgustaria lo haberlas ab sos Admors. pera entaularhi educandas, y que seria millor posar ab tota propietat Fillas de la Caritat, las Ordinacions de las quals son excellents com de st. Vicens de Pahul, ordenadas també per a tenir classes de enseñansa.

(...) Y sia Vm. li feya temor la petita subjeccio que tenen al Visitador de la missio, a lomenos faria que ducassen algunas Miñonas tal velgada de la mateixa Vila de Vm., a las quals Vm. faria observar la regla de aquellas ab las modificacions que se fessen precisas. Me apar que en Reus hi ha una casa de ellas, y Vm. podrá saber comprobar (...).

Esta respuesta evidencia el temor al control de la Orden sobre sus monjas, que también se refleja en la carta de Rafael de Llinás sobre la situación de las hermanas del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona (23):

«(...) La experiencia nos hace ya tocar algunos defectos, que seguramente no son tan contingentes en las que militan baxo un instituto y se aligan a el con votos.

El trato que facilita a todas horas la asistencia a la sala de las enfer-

(23) *Loc. cit.* en nota anterior.

mas, con los mancebos de cirugía, muchachos por lo comun alegres, y ahun con los Hermanos de la Caridad que sirven a los Enfermos, ha sido ocasión de haver algunas dexado la saya, y separándose ellos y ellas del hospital. Esto, que por mas preocupaciones que se tomen, siendo la Hermandad compuesta de Mugerres por su condición insubordinadas y que conservan siempre resabios de mundo, porque las mas vinieron de criadas de casas particulares, influirá siempre más y mas a la decadencia del hospital, como sobrado se toca por desgracia del de Barcelona, en el qual mientras permanecieron las Hijas de la Caridad, y con su dulce virtuoso atractivo llamaron la concurrencia de Personas de todas clases a la visita de los Enfermos, de los Niños Expósitos, &c se vieron multiplicar las limosnas y darse efectos de mucho valor; todo lo que ha cesado, y apenas se hallará Sugeto de aquellos caricativos que no se haya retirado despues qué estan las actuales hermanas, porque les falta áquel don de gentes, aquel cierto modo de insinuarse a favor de los pobres, que parece característico y peculiar de las Hijas del gran Vicente, y no común a otras (...)» (24).

La búsqueda de argumentos para sostener su proyecto de instalar las Paúlas en Valls y las dificultades que encuentra ponen de manifiesto la existencia de fuertes reservas de los munícipes a la presencia de órdenes religiosas sometidas a una disciplina externa. Reservas fácilmente explicables puesto que suponían la presencia de un poder alternativo en la institución.

La redacción de las *Ordenanzas* en 1800 revela que se tomó como modelo el régimen del hospital de Reus, descrito en las cartas de Padreny, al menos por lo que se refiere a la organización de la enseñanza y a la figura del hospitalero. A la primera se hace referencia en la carta del 4 de octubre de 1799:

«Admeten minyonas a la edat de 5 anys (i encara assò no ho regateijen), i de allí al devant; al matí a tres quarts de 8 van dos de las Germanas a obrir las portas de la ensenyansa, i al punt de las 8 se encontraran allí las 6; de 8 a 9 estan las portas obertas, i en esta hora ensenyan a las que volen, de lleguir i escriurer, i las demes a sos labors; al punt de las 9 se toca la campana, i se tancan las portas, i se continua tota ensenyansa de labors, fins al punt de las 11, i a esta hora se retiran las minyonas a sas casas, i ellas al Hospital, i juntas donan lo dinar als Malalts i despues dinan ellas. Als tres quarts de dos, tornan las 2 Germanas, y las 6 se encontran al punt de las 2, i fins a las tres, com dalt; i al punt de las 3 se toca la campana i tancan fins a 2 quarts de 6 i als dias mes curts fins a

las 5 per falta de claror. Entremitg de las horas (sens cessar lo treball), se fan las devocions, Rosari i oracions, i se ensenya la Doctrina, &c. (...)» (25).

A la segunda, el 27 de julio de 1800:

«(...) responnent a sa petició dich: que en quant al Govern dels homens, ja penso by parli alguna vegada, y es ben publich a tot lo mon; ja sab que tenen en casa un home, i altre de retent que està continuo al St. Hospital; estos cuydan dels homens en tot lo que no es decent cuydar las Germans, com es donarlos ajudas, si cap curació sels tedefer en son interior, com es el posarlos pegats, curarlo en camas, o cuixas, &c (...) o en desvaris, o baixar-los, o tornarlos al llit per alguna necessitat, &c (...) en tot lo demes cuydan ellas, com es prepararlos lo llit, camisas, &c (...) cuydan los homens de mudarlos, saber que medicinas tenen de pendre, si caldo sol, si mitja, o entera pitansa, i portallos a sas horas; pero com acuden molt i de casas visibles al St. Hospital a las horas de donar lo dinar, y sopar, estos regularment lo serveixen. Esto es lo que practican ab los homens, i es penso, lo que desitja saber Vm.» (26).

Esta correspondencia pone de nuevo de relieve la confrontación entre el clero y los ediles, así como las limitaciones del reformismo de esa pretendida ilustración cristiana catalana. La descripción minuciosa de la educación de las niñas es un objetivo mucho más importante que la atención a los enfermos, lo que hace pensar que estos proyectos tienen el objetivo de inculcar ideología a la población, por encima de la mejora de los parámetros de calidad de la asistencia.

3.2. *La reforma técnica del Pío Hospital*

El reglamento de 1800, recogido en las *Ordenanzas* de 1804 (27), contiene los elementos esenciales para un cambio profundo en el funcionamiento del hospital y de su papel social y enlaza con los proyectos de reforma institucional comunes en la Europa de su tiempo (28). Las *Orde-*

(25) *Ibidem.*

(26) *Ibidem.*

(27) Ordenanzas para la dirección del hospital y enseñanza de niñas de la Villa de Valls. En: *HOSPITAL de Veritat (Un)* (1981), Valls, Ajuntament de Valls, 50 pp.

(28) THALAMY, A. La médicalisation de l'hôpital. En: FOUCAULT (1979), *op. cit.* en nota 10, pp. 31-38, destaca cinco rasgos de este proceso: la implantación de un orden interno perfectamente reglamentado, la existencia de una temporalidad

nanzas ponen de manifiesto las limitaciones de la intervención eclesial en su redacción y precisan la nueva organización de la institución. El *Pío Hospital* —nuevo nombre del *Hospital de San Roc*—, conserva a los tres administradores nombrados por el Ayuntamiento entre los concejales, con lo que se ratifica la hegemonía municipal (29). Los administradores desempeñan funciones estrictamente ejecutivas, a pesar de que se les denomina indistintamente *administradores* o *enfermeros*. El Ayuntamiento se reserva la selección de las enfermeras y de las maestras (30) y la potestad de decidir quién puede ser atendido y quién entrar en la escuela. Los administradores son los responsables económicos del centro y deben suministrar a las enfermeras y maestras lo necesario para mantener la institución (ítem 4.º) (31).

El personal a sueldo ...médicos, cirujano, boticario y hospitalero... es nombrado directamente por el Ayuntamiento. El reglamento precisa detalladamente sus horarios y funciones diarias, pero no el tiempo de estancia de los médicos, cirujano y boticario, que son avisados por el hospitalero cuando se les necesita. A cambio, se atribuye a los médicos la responsabilidad de los ingresos de forma prácticamente exclusiva (ítem 2.º). Al conceder a médicos y cirujano el monopolio de los ingresos, las *Ordenanzas* priman la enfermedad sobre la pobreza, pero otorgan el control del ingreso a los administradores, que firman y transmiten las órdenes de entrada a las enfermeras (ítem 3.º): pese al papel que se atribuye a los médicos, el control real queda en manos de los administradores.

Las funciones de las siete enfermeras y de las maestras están reguladas con precisión. Se establece una rigurosa disciplina interna y se detallan los

hospitalaria regulada, una medicalización de las prácticas, la aparición de la escritura como uno de los ejes de la vida hospitalaria y, finalmente, una fuerte individualización de los casos internados. El reglamento de Valls, aun siendo mucho más modesto que el de los hospitales parisinos estudiados en la obra a que hacemos referencia, contiene todos estos elementos.

- (29) La relación entre el hospital y el Ayuntamiento aparece en diversas ocasiones a lo largo de la *Ordenanza*. Únicamente en el ítem 6.º se hace referencia a que, en la visita anual del Arzobispo, el Ayuntamiento le presentará las cuentas del hospital.
- (30) Según el ítem 17.º, tienen voto para ello los siete regidores, los dos síndicos, el cura párroco y los administradores o enfermeros.
- (31) Los administradores se renovaban de uno en uno a lo largo de tres años para asegurar la continuidad de la gestión, «con el fin de que queden siempre administradores instruidos en el estado y manejo de la casa» (ítem 1.º).

días y los horarios de funcionamiento y las funciones y obligaciones del personal subalterno. Sin embargo, a diferencia de los reglamentos que ha estudiado Thalamy, no se detallan las funciones de los médicos, cirujanos y farmacéuticos (32). En cambio, introduce un lenguaje nuevo al hablar de las enfermeras a las que atribuye la vigilancia de los enfermos, la responsabilidad de llevar correctamente los libros de registro interiores (33) y de cuidar de la educación de las niñas de la ciudad, «enseñándoles las labores propias de su sexo, de leer, escribir y sacrificio» (ítem 9.^o). Estas mujeres trabajaban gratis por espíritu de caridad, a cambio recibían manutención y alojamiento.

A pesar de que Cesat forma parte de un movimiento partidario de la recuperación de la influencia eclesiástica, las *Ordenanzas* ratifican la preeminencia del municipio frente a cualquier otro poder. El artículo referente al capellán es el último, no menciona que las enfermeras y las maestras fuesen monjas, y las sitúa en clara posición subalterna.

La organización descrita en las *Ordenanzas* hace del registro escrito un instrumento fundamental para la buena marcha de la institución, como instancia de control y de seguimiento y sobre todo de individualización de los casos. Esto demuestra una incipiente medicalización de la institución, en la medida en que se limitan las admisiones, se reservan a enfermos y se efectúa un saneamiento de la vieja institución. Al no tratarse de un hospital docente, el registro no va más allá de la anotación de ingresos (34).

(32) Un hospital pequeño no podía funcionar de manera tan sofisticada como uno grande. Esto nos hace suponer que parte de las funciones médicas eran asumidas por los enfermeros. En un inventario de 1715 del hospital de Sant Roc de Valls hay un libro de medicinas en la habitación del servicio, que permite suponer cierta autonomía del personal en relación a los médicos, indispensable si se piensa que los médicos no vivían en el hospital.

(33) Esto suponía contar con enfermeras con un cierto grado de formación, capaces de leer y escribir correctamente. En cambio, el hospitalero, que había sido siempre el enfermero principal, quedaba relegado a funciones de ordenanza: vigilar y atender a los enfermos de delirio, expresión que suponemos hace referencia a los alienados y afiebrados (ítem 5.^o).

(34) La certificación de los ingresos era más una declaración de conocimiento personal del caso que una orden médica: el enfermo era consciente de que iba a un hospicio más que a un hospital [ROSENBERG (1989), *op. cit.* en nota 13, p. 5]. No hemos encontrado en los archivos consultados en Valls (locales, comarcales, arzobispal y del propio hospital) ningún registro de ingresos, salvo algunas relaciones dispersas de ingresos y salidas anuales. Las primeras historias clínicas escritas en Valls no se

La reforma afectó, sobre todo, a la organización del cuidado y la atención a los internos. El modelo de organización elegido, encuadrado por las hermanas, contenía el germen, como veremos, de su hegemonía en el futuro (35). Aunque este modelo sea distinto de los que describen los autores norteamericanos en relación a hospitales fundados por las propias monjas, las condiciones para su apropiación de la institución eran las mismas, puesto que los médicos no hacen «suyo» el hospital, en parte porque el Municipio no les deja, y probablemente porque no les interesaba demasiado. En cambio, para el sacerdote, asegurar la presencia del instituto religioso, aunque no se tratase de las Paúlas, era una forma de ir estableciendo —no podemos hablar de restablecimiento porque el hospital nunca había estado controlado por religiosos— su relativa hegemonía en la gestión diaria de la institución.

4. LA HEGEMONÍA DEL HOSPITAL DOMÉSTICO

4.1. *La organización del personal asistencial*

Según el lenguaje administrativo de las *Ordenanzas*, el personal femenino del hospital, enfermeras o maestras, no tenía por qué formar parte de una congregación determinada, al contrario de lo que pretendía Cesat. Más aún, el sistema de selección indicado parece excluirlo, puesto que sólo habla de «mujeres de conocida probidad o arreglada conducta», y establece que serán seleccionadas por una comisión municipal. Únicamente a efectos de dirección espiritual estarían, según el reglamento, bajo la tutela del Arzobispo de Tarragona.

Se acordó confiar la asistencia a los enfermos a tres doncellas de Valls,

hicieron hasta los años treinta y cuarenta del siglo XX.

- (35) La hegemonía de órdenes femeninas y de enfermeras es un fenómeno que se desarrolla durante el XIX. Véase CANALS, J. (1984). *La desfeminització de l'infermeria*. Tesis de Licenciatura. Tarragona, Facultad de Letras, Universitat Rovira i Virgili. Sobre las órdenes religiosas femeninas, véase PAZ GONZÁLEZ, I. (1978). *Las terciarias franciscanas de la Madre del Divino Pastor*, Madrid, C.S.I.C., 437 pp., y, desde una perspectiva más analítica, la monografía de la antropóloga CAMPBELL-JONES, S. (1979). *In Habit. An Anthropological Study of Working Nuns*, London, Faber & Faber, 225 pp., sobre los cambios acaecidos entre las monjas católicas en relación a los problemas de la sociedad contemporánea.

que también cuidarían de la escuela de niñas. Cesat las dotó de una regla de vida privada que, con la aprobación eclesiástica, las convirtió en una comunidad religiosa, consagrando sus vidas a los votos, a la acción apostólica y a la vida comunitaria, a lo que ellas añadieron el voto de caridad y la asistencia a los enfermos. Estas tres jóvenes fundaron las *Hermanas de la Caridad del Hospital de Valls*, cuyas reglas fueron elevadas a la clase de Reales Ordenanzas el 24 de octubre de 1804 por el Real y Supremo Consejo, que fijó el número de hermanas en siete (36). La Junta del hospital se comprometía a mantenerlas con dignidad, tanto enfermas como sanas, y a ofrecerles lo que necesitaran en cumplimiento de los estatutos.

Cesat y el reverendo Juan Bonal (37) intentaron agrupar a las Hermanas de la Caridad en un solo instituto, con unas mismas reglas y hábitos, dirigido desde Madrid por una Superiora General. Las dificultades para la creación del instituto se hicieron insalvables, de acuerdo con lo que había previsto Cesat:

«(...) se había de tropezar con Ayuntamientos, administradores y con las Paúlas, si se trata de reunir las suyas a nuestras Hermandades, que tal vez sería lo mejor» (38).

Como consecuencia de estas dificultades, no se llegó nunca a realizar la proyectada fusión (39). En 1809, muerto Cesat, la comunidad de Valls se disgregó, y tuvo que volver una hermana de la comunidad de Cervera para restablecerla unos años después. Si en Reus entraron las Hijas de la Caridad, pero con una reglamentación muy estricta, en Valls el Ayuntamiento

(36) Véase AZORÍN, E. (1935). *Reseña histórica del Instituto de Religiosas de la Sagrada Familia*, s.l., Instituto de Religiosas de la Sagrada Familia.

(37) Bonal, anteriormente vicario del *Hospital de la Santa Creu* de Barcelona (1804-1808), era en 1808 pasionero del hospital de Zaragoza. Esta circunstancia le permitió actuar como nexo de unión entre las comunidades religiosas de Zaragoza y Cataluña, según AZORÍN (1935), *op. cit.* en nota anterior, pp. 51-55, y TELLECHEA, J. I. (1974). *Mosen Juan Bonal. Pasionero, fundador, limosnero (1769-1819)*, Vitoria, Ed. Hermanas de la Caridad de St. Ana.

(38) Carta de Cesat a Bonal, del 11-10-1808, citada por AZORÍN (1935), *op. cit.* en nota 36, p. 51.

(39) A partir de Valls se fundaron tres nuevos institutos: el Instituto de Hermanas de Santa Ana por la madre Ráfols, el Pío Instituto de la Caridad del Inmaculado Corazón de María, y el Instituto de la Sagrada Familia.

prefirió una congregación propia, para evitar el control exterior y reclutarlas entre viudas y doncellas de la localidad (40).

La elección de congregaciones de monjas, o la fundación de institutos religiosos femeninos, ha sido una práctica frecuente en Cataluña (41), quizás más, inicialmente, por razones económicas que políticas o religiosas (42). Los reglamentos establecían la gratuidad de los servicios prestados a cambio de manutención y alojamiento, lo que parece tener una cierta lógica en un contexto en el que el incremento de los costes de personal habría destruido el delicado equilibrio económico de las instituciones. En segundo lugar, el control externo de las hermanas podía ser percibido como una posible fuente de conflictos políticos que mermasen la influencia de los municipios sobre unas instituciones que seguían siendo suyas.

4.2. *El funcionamiento del hospital (1830-1884)*

Carecemos de datos sobre el funcionamiento del hospital en el primer tercio del XIX. Sabemos que en 1830 se recibieron en el Ayuntamiento de Valls quejas de la conducta de las Hermanas de la Caridad del hospital:

«(...) que, por haber visto ser ciertas, verdaderas y fundadas aquellas quejas, y a fin de arrancar de rrahiz tamaños procedimientos y procurar por la tranquilidad de las mismas hermanas y buen regimen de la espresada casa, unànimente resolvieron que el empleo de Principal enfermera seya en lo successivo bienal con (...) que se reserva el Ayuntamiento en unión de los Srs. Administradores de prorrogar dicho término por el tiempo a ellas bien visto, si así lo consideran oportuno; como y también que debían rremover como remueven de dicho empleo al que

-
- (40) En Reus, los regidores y administradores del hospital solicitaron la instalación de las Paúlas, que se produjo en 1794. ANGUERA (1990), *op. cit.* en nota 21, p. 27.
- (41) El mejor estudio que tenemos sobre las órdenes asistenciales locales en Cataluña durante el XIX es la tesis de PAZ GONZÁLEZ (1978), *op. cit.* en nota 35, sobre un instituto que tuvo un papel destacado en la enseñanza y en la atención a los enfermos.
- (42) Es la opinión de LYNAUGH (1989), *op. cit.* en nota 13, p. 28. En la medida en que los hospitales sustituyen a las monjas por enfermeras laicas, han de crear escuelas de enfermería para disponer de estudiantes que ofrezcan de forma gratuita sus servicios a la institución.

ahora lo tiene Sor Maria Teresa Conti eligiendo y nombrando en su lugar como eligen a Sor Josefa Monserrat, no menos que para secretaria a Sor Tecla Salas, i para Sacristana a Sor Maria Molné.

Acto continuo acordaron también unánimemente que habiéndose observado entraban frecuentemente en las piezas secretas que tienen comunicación con el dormitorio de las hermanas de la Santa Casa, toda especie de gente y ser esto indecoroso al estado de ellas; de hoy en adelante ninguno de cualquier sexo que seya podrá entrar en dichas peizas que se comunican con el citado dormitorio, a excepcion de los Srs. Administradores y aun esto en caso de suma emergencia y necesidad» (43).

En el Acta Municipal de 5 de abril de 1831 se aprueba la solicitud de Paula Prats para ser admitida como hermana del hospital, en el que anteriormente había trabajado, y se le concede el cargo de enfermera. Las otras hermanas se niegan a admitirla y tres de ellas plantean que «... si se admitía a aquélla, ellas se irían». En consecuencia,

«(...) mandóseles por todo el corriente día con toda su ropa propia que tuviesen, pues dióse a conocer que con la separación de ellas quedaría restablecida una verdadera paz que no ecsiste entre dichas Hermanas».

De esta anécdota se deduce que el papel de las enfermeras ya era fundamental en la gestión de la institución y que la Superiora acumulaba un poder considerable, hasta el punto de desafiar a los administradores. Pensamos que esta preeminencia es ya un indicativo de la progresiva hegemonía de la congregación que es, precisamente, uno de los rasgos del modelo doméstico.

Nuestro conocimiento de la actividad del hospital en las décadas posteriores a la reforma tiene como fuentes más significativas dos inventarios de 1833 y 1841 (44). El primero permite conocer la distribución del edificio, de las habitaciones y del mobiliario, pero no hay referencias al instrumental médico o quirúrgico ni a los remedios disponibles. La descripción, más que de un hospital, parece la de una casa, si se exceptúan las referencias a los

(43) Archivo Municipal de Valls (a partir de ahora AMV), *Actas Municipales*, 2-6-1830.

(44) Se trata de un inventario de 1833 (AMV, *Actas Municipales*, 28-3-1833) y de tres relaciones de 1841 (AHCV, Sección Beneficencia y Asistencia Social, Serie «Documentos Diversos, 1800-1860»).

enfermos. Se trata de una institución cuya organización quiere acercarse a la de una familia y en la que las hermanas offician de madres o de hijas mayores.

La ausencia de instrumental médico o de medicamentos en el inventario se explica porque, en este período, los médicos tenían todavía una posición subalterna y llevaban al hospital su instrumental, mientras que el suministro de medicamentos lo hacían farmacéuticos de la ciudad. La práctica médica se centraba todavía en la relación entre el enfermo, el médico y la red social fuera de la institución hospitalaria, y ésta era un último recurso para los casos más graves, desesperados o sin recursos. En las ciudades grandes, los enfermos donaban sus cuerpos a la ciencia a cambio de asistencia; en los hospitales pequeños, obtenían una prolongación de la vida familiar en la institución, pero no necesariamente una atención médica sistemática y organizada, que en Valls no encontramos bien regulada hasta el Reglamento de 1884.

Los inventarios de 1833 y 1841 muestran una capacidad de atención bastante limitada, de unos catorce enfermos, que se mantuvo prácticamente hasta fin de siglo, y que se vio desbordada a lo largo del siglo por diferentes contingencias que obligaron a habilitar otros establecimientos para hacer frente a la demanda de ingresos de militares, enfermos de cólera, y viruela (45), y a ofrecer niveles de intervención médica superiores al anterior.

La mayor parte de los enfermos ingresados lo hacía en la sala de medicina, más o menos en proporción de dos a uno. Pensamos, a falta de datos más precisos, que esto se debe al predominio de enfermedades infecciosas graves, pero sobre todo a que hasta finales de siglo el desarrollo de la cirugía curativa era muy limitado al no disponer el hospital de quirófano. Del equipo descrito en el *Reglamento* de 1884 se deduce que la única cirugía posible debía limitarse a intervenciones muy puntuales y a amputaciones o estrangulamientos de tumores externos. En la lista de medicamentos disponibles en el botiquín figuran el cloroformo y el ácido fénico, pero no constan el óxido nitroso y el éter, y en cambio sí se incluye la panoplia completa de los opiáceos, como signo de que la medicina que se practicaba era más paliativa que curativa.

El cambio principal en la organización del hospital durante la segunda

(45) Archivo Histórico Municipal de Valls, *Actas Municipales*, 28-4-1874.

mitad del siglo XIX fue el nuevo estatuto de las hermanas de la comunidad (46), que habían decidido integrarse, en 1881, en el *Instituto de Religiosas de la Sagrada Familia*, con el que mantenían vínculos (47). Para regular la nueva situación, se formalizó un contrato el 27 de junio de 1881 entre el Instituto y el hospital:

«(...)1.^a Las seis Hermanas, que sirven actualmente en el hospital de la Villa de Valls se agregan al Instituto de la Sagrada Familia, aceptando total e incondicionalmente las Reglas, Constituciones y disposiciones vigentes del Instituto, lo mismo que todas cuantas disposiciones emanen en lo sucesivo de sus legítimos Superiores. (...).

3.^a Habrá Siete religiosas para el servicio del hospital y dirección del Colegio de niñas anexo al establecimiento, que en virtud de este contrato y durante el mismo correrá a cargo del Instituto. Cinco de las Religiosas serán destinadas al servicio de los enfermos y las otras dos exclusivamente al de la enseñanza. El Instituto, salva la excepción hecha en el artículo 2.^o, podrá hacer los cambios que crea necesarios y poner al frente de la Casa la Superiora que estime conveniente. (...).

8.^a La enseñanza que darán las Religiosas cuyo producto quedará íntegro a favor del hospital, comprenderá las siguientes labores: calceta, punto de crochet, coser, bordar, lectura, escritura, gramática, las cuatro reglas simples de aritmética, catecismo, Historia Sagrada, urbanidad y economía doméstica. Las horas de enseñanza serán cinco diarias, a excepción de un mes que comprenderá desde el 21 de julio hasta el 21 de agosto en que tan sólo habrá dos horas diarias. (...).

11.^a Si aumentase el número de enfermos de tal suerte que no fueren suficientes para atender a su cuidado las cinco religiosas destinadas al hospital, correrá a cuenta de la Junta aumentar el número de religiosas hasta el punto que se crea necesario. (...).

13.^a Habrá un enfermero de cristiana conducta y dependiente de la M. Superiora para auxiliar y cuidar a los enfermos en todos aquellos

(46) Tenemos una solicitud de ingreso en la comunidad de las hermanas del hospital del año 1878. Las tres postulantes eran Teresa Callull Vives, de 16 años, natural de Vila-seca y vecina de Valls; Filomena Solé Sanjuan, de Valls, huérfana de 22 años; y Dolores Bové Blasi, huérfana de Vila-rodona y de 23 años (AHCV, *Fondo Mercadé, Serie Beneficencia*). Obviamente, el hospital representaba una salida para un determinado tipo de mujeres del que éstas son un ejemplo significativo.

(47) Véase AZORÍN (1935), *op. cit.* en nota 36, pp. 54-55. En 1906, Pío X aprobó el Instituto y, en 1908, las Constituciones y las Reglas. Las hermanas garantizaron la prestación de los servicios del hospital hasta que la crisis de vocaciones obligó a rescindir su contrato hace unos tres años.

casos en que no puedan hacerlo las Religiosas, lo propio que una compradora o mandadera que reúna las mismas circunstancias que el enfermero» (48).

4.3. *El Reglamento de 1884*

La incorporación al Instituto de las hermanas y, sobre todo, el poder atribuido a la Superiora, fueron las causas de la redacción de un nuevo *Reglamento*, en 1884, que consagra la organización «doméstica» del hospital y limita la tradicional hegemonía de la Junta. Establece que el *Pío Hospital*

«(...)es un establecimiento benéfico municipal para la asistencia y curación de los enfermos pobres vecinos de la misma ciudad. En casos urgentes serán también atendidos los forasteros y transeúntes por sólo el tiempo absolutamente preciso (...). Los enfermos no pobres serán atendidos y cuidados en el hospital mediante el pago de las estancias que se establecen en este Reglamento (...)». (Artículo 1.º).

Establece una distribución en dos salas principales —una para hombres y otra para mujeres—, un departamento de aislamiento para enfermedades infecciosas y venéreas, y otros para los delirantes y dementes y para los enfermos que paguen sus estancias, así como para las parturientas, sobre las que se explicita la necesidad de secreto cuando sea preciso, una *morgue* (artículo 4.º) y una ropería en la que se pueda guardar la ropa en condiciones de «seguridad, orden y aseo» (artículo 5.º).

Los cambios en relación a las *Ordenanzas* de 1800 son muy evidentes. En aquéllas no se especificaba la distribución ni se hacía mención de las habitaciones y salas, que únicamente se describían en los inventarios. La nueva organización introduce una clasificación espacial semejante a la de las grandes instituciones hospitalarias o manicomiales, basada en criterios clínicos (enfermos, infecciosos, locos), mixtos (las parturientas) o sociales (el sexo, la pobreza). La referencia al aseo destaca la importancia que se atribuye a la higiene y la limpieza. Refleja también la composición del personal: un médico, un cirujano, un practicante, una comadrona, el enfermero u hospitalero (de hecho, un criado), y:

«(...)una Madre Superiora de la orden religiosa de la Sagrada Familia

(48) *Ibidem*, pp. 132-133.

que será la Directora General del Establecimiento y estará encargada del gobierno interior del mismo, con arreglo a las disposiciones de la Junta, y de cuanto se refiera al cuidado de los enfermos y del colegio de niñas anexo del hospital. Cinco hermanas para el servicios de los enfermos y de la casa, tres de enseñanza para el colegio; y otra mandadera y criada; todas de la misma orden y bajo la dirección de la madre superiora (...)» (artículo 9.^o).

Como novedad se establece el pago de la estancia por los enfermos que no sean pobres (49), y el de la mitad de las cuotas por los que pertenezcan a hermandades o asociaciones de ayuda mutua. El Ayuntamiento dispone de la posibilidad de hacerse cargo del control directo sobre la institución en situaciones de crisis importantes, epidemias o casos similares.

El Reglamento de 1884 consagra la hegemonía de las hermanas en la gestión del hospital. Su incorporación al *Instituto de la Sagrada Familia* rompía la dependencia del Ayuntamiento e introducía un elemento de ambigüedad porque, en el *Instituto*, dependían en mayor medida de las autoridades religiosas. Desde 1884, el Ayuntamiento les cedió la gestión integral de la institución, pues asumieron las funciones asignadas hasta entonces a los administradores. Las razones para esta subrogación no están demasiado claras pero probablemente tuvieron relación con la necesidad de limitar los costes crecientes de la atención. Las monjas suponían cierta economía, tanto en lo que se refiere a «costes salariales», como sobre todo al prestigio que habían adquirido, en éste y otros hospitales, de una gestión barata. Por otra parte, el depender de un instituto implantado a escala regional tenía probablemente la ventaja de que la formación de las nuevas vocaciones resultase más económica que la formación en la propia institución. La contrapartida fue la pérdida de protagonismo del municipio, hasta tal punto que al pasar los años casi se llegó a olvidar el carácter municipal de la institución. La confusión respecto a su titularidad se denunció durante la II República; durante el tardofranquismo y la transición el Ayuntamiento llegó a tener que demostrar judicialmente que el hospital era suyo.

La hegemonía de las monjas en la gestión hospitalaria representaba revisar los papeles de médicos, religiosas y administradores. Desde 1884,

(49) En 1886, consta que un 3,1% de los ingresos del hospital procedían de las cuotas de enfermos privados.

hermanas y médicos obtuvieron cierta primacía sobre los administradores. Esto puede significar que los médicos de Valls comenzaban a ver el hospital como algo más que un hospicio, o que el propio Ayuntamiento, con la experiencia que le había dado el uso del hospital en las epidemias, consideró que la institución debía ir perdiendo esa condición. La fundación en 1860 de una Casa de Caridad al margen del hospital permitió disociar al enfermo del hospiciano y abrir las puertas del hospital al enfermo privado, una operación indispensable para el futuro del hospital una vez agotados sus medios tradicionales de financiación, vinculados todavía al Antiguo Régimen (50), y que abría las puertas a la aceleración del proceso de medicalización.

5. DEL HOSPITAL DOMÉSTICO AL HOSPITAL JERARQUIZADO (1884-1992)

5.1. El cambio en el modelo de financiación

Los atisbos de progresiva medicalización del hospital a fines del XIX pueden parecer contradictorios con la subsistencia de la «estructura doméstica» del *Pío Hospital* hasta 1991. La institución tuvo funciones sanitarias hasta 1973, y durante los doce años siguientes funcionó como residencia de ancianos, hasta que en 1985 se iniciaron las obras de remodelación para transformarlo en un hospital comarcal. En 1991, terminadas las obras, se ha integrado en la estructura jerárquica de la *Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública* de Cataluña.

En líneas generales, la estructura doméstica de Valls, definida entre 1884 y el *Reglamento* de 1904, debe ser entendida como un estadio de transición necesario para sentar las bases de una asistencia tecnificada y centrada sobre el cuidado y el tratamiento de enfermos. La Ley de Acci-

(50) En COMELLES, *op. cit.* (1991), *op. cit.* en nota 1, pp. 194-233, se describe la estructura financiera del hospital, que estuvo basada en censales y rentas de la tierra, y su crisis. El modelo de financiación estructurado en el Antiguo Régimen subsistió hasta la desamortización de Madoz en 1855. Se descompone a causa de los cambios socioeconómicos y políticos de la segunda mitad del XVIII y de la primera del XIX: incremento de la demanda de servicios, disminución de las rentas —de carácter esencialmente feudal como los censos y censales—, por la inflación y por las sucesivas medidas desamortizadoras de finales del XVIII.

dentes de Trabajo de 1900 presagiaba la implantación a medio plazo de la Seguridad Social e introducía con el pago por día de estancia un nuevo modelo de financiación del hospital. El interés del caso de Valls, y el de la mayor parte de hospitales locales catalanes está en la subsistencia de este modelo prácticamente hasta finales de la década de los setenta. En casi todos ellos, incluso en el *Hospital de Sant Pau* de Barcelona, pueden distinguirse tres etapas: una que abarca hasta la Guerra Civil española, en la que se observa un incipiente proceso de jerarquización que la contiene cercana; una segunda etapa de hegemonía del modelo doméstico hasta finales de los setenta y, finalmente, la crisis definitiva del sistema en un contexto hartamente complejo desde el punto de vista de la política local y estatal (51).

5.2. *Del Reglamento de 1901 a la Guerra Civil*

El pago por día de estancia, presente ya en el *Reglamento* de 1884, se institucionalizó en la *Ley de Accidentes de Trabajo* de 1900. Este sistema revolucionó los criterios de financiación de los hospitales españoles, y fue el inicio de una transición entre el *hospital doméstico* y el de *agudos*, al definir una clientela a la que había que restituir la salud —y no únicamente cuidar—, con medios proporcionados por una financiación mediante socorros mutuos y no por aportaciones caritativas a fondo perdido. En Valls, el desarrollo de este nuevo sistema exigió un nuevo *Reglamento* (1901) que define la clientela potencial:

(51) No existe ningún estudio de conjunto sobre las transformaciones del sistema hospitalario español, si sistema puede llamársele en el siglo XX. La obra de CARASA (1985), *op. cit.* en nota 8, únicamente alcanza la primera década del siglo. El estudio de DE MIGUEL, J. (1979). *La Sociedad Enferma*, Madrid, Akal, 258 pp., salvo en su primer capítulo en que estudia la ideología que presidió la fundación de la Seguridad Social en España, se refiere al período posterior a la Ley de Seguridad Social de 1963. Por todo ello, los análisis que siguen se fundamentan en los datos de una serie de estudios de casos sobre hospitales generales: ANGUERA (1990), *op. cit.* en nota 21; SALMÓN; ARRIZABALAGA; GARCÍA BALLESTER (1990), *op. cit.* en nota 11; COMELLES, *et al.* (1991), *op. cit.* en nota 1; ADSERA, J. (1992). *El Doctor Rafael Ballestini i Galup i el seu entorn*, Tarragona, Estarraco, 373 pp. Y sobre hospitales psiquiátricos, COMELLES, J. (1980). Ideología Asistencial y Práctica Económica. En: *Actas del I Congreso Español de Antropología*, vol. 1, pp. 337-400; y COMELLES, J. (1988). *La Razón y la Sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España*, Barcelona, PPU, 290 pp.

«(...)los dependientes de ambos sexos que vivan en familia, dentro del radio de este término municipal, podran ingresar a este Pío Hospital para curar sus enfermedades, aunque nos sean dichos dependientes vecinos del mismo, mediante que los principales abonen personalmente al establecimiento una peseta diaria durante el tiempo que dure la permanencia de su dependiente en este benéfico asilo». (Artículo 1.º).

El *Reglamento* clasifica a los «enfermos no pobres» en primera, segunda y tercera clase: las dos primeras disponen de habitación individual, y la tercera, de salas generales. El hospital se abre a pacientes de médicos privados y modifica su organización. El personal se incrementa a cinco hermanas para el hospital y cinco para la escuela. El régimen de los médicos, del practicante, de la comadrona y del hospitalero no varía, pero se establece de nuevo la rotación de los farmacéuticos para suministrar medicamentos al hospital (artículo 13.º). Aunque se establece que «no será necesario justificar la necesidad del enfermo cuando no haya de ser asistido como pobre», los enfermos no pueden abandonar el hospital más que por orden médica porque «ésta no es casa de inválidos y sí sólo de curación». (Artículo 18.º).

Las necesidades de atención sanitaria implicaban reformas en el equipamiento del hospital, como sucedía en otros hospitales parecidos en esa misma época (52). Estas reformas incluían la instalación de quirófanos, la habilitación de salas de infecciosos y de convalecientes y una mayor presencia de los médicos en la institución. Su principal efecto sobre la población fue aproximar a la misma determinadas formas de atención y terapéutica específicamente hospitalaria y al mismo tiempo delimitar patologías que debían ser atendidas exclusivamente en la institución (53). El hospital se abrió a todas las clases sociales, con lo que podía disponer de financiación privada o de mutualidades y aseguradoras. En los grandes hospitales, estos cambios, escalonados entre 1890 y 1930, modificaron las estructuras de poder en su seno: monjas o enfermeras perdieron su hegemonía y emergió la de los médicos y administradores. Los primeros porque

(52) Véase ANGUERA (1990), *op.cit.* en nota 21, pp. 75-91; ADSERA (1992), *op. cit.* en nota anterior.

(53) Con todo, hay que destacar que el cambio principal en relación a la percepción popular del hospital no se produjo hasta los años cuarenta y cincuenta con la progresiva hospitalización de los partos, que supuso que por el hospital pasase una parte importante de la población.

atraían a los enfermos privados al hospital, los otros porque eran indispensables en economías cada vez más complejas. Pero la medicalización no sólo representó cambios en la terapéutica o en la organización, sino también un desplazamiento de la asistencia hacia el diagnóstico y la curación, que adquirieron un valor añadido importante.

La medicalización hospitalaria es también la última fase de la secularización del curar, que se hace no sin incorporar rituales o símbolos que tienden a sacralizar algunas de sus dimensiones, que son las que permiten que el hospital, lentamente, vaya perdiendo su imagen de espacio donde el pobre va a morir, para adquirir la de espacio para vivir, lo que supone reubicar la institución en los procesos asistenciales.

En Valls este lento proceso tiene perfiles idiosincráticos por tratarse de un hospital pequeño. En 1928 se iniciaron reformas que pretendían separar las salas de hombres y de mujeres, instalar un quirófano en condiciones con sus servicios anexos, construir habitaciones de «preferencia», una sección de convalecencia, otra de infecciosos, instalar servicios sanitarios adecuados y calefacción. El hospital pasó de unas veinticuatro camas, algunas individuales y en buenas condiciones higiénicas, a sesenta al acabar las obras en 1935, que fue su dotación hasta 1991. Realizadas estas obras, relativamente modestas, el Ayuntamiento de Valls decidió proponer a la *Generalitat* la incorporación del hospital a la red comarcal que diseñaba entonces la *Conselleria de Sanitat*, acogiéndose a la *Llei de Bases de la Sanidad Catalana* (54). El 15 de mayo de 1936, la *Conselleria d'Obres Públiques, Sanitat y Assistència Social* convirtió al hospital en comarcal.

La comarcalización representó la integración del hospital en un proyecto de política general que se proponía incidir en la planificación territorial a través del despliegue de un mapa sanitario de acuerdo con las estructuras locales existentes. La actitud del Ayuntamiento republicano de Valls sintonizó con esta política, puesto que aceptó unas condiciones que le suponían

(54) AMV. La comarcalización sanitaria de *Catalunya* no ha sido aún estudiada. Una bibliografía básica y un primer análisis sobre la misma, en el que se hace referencia a la asistencia psiquiátrica, en COMELLES (1988), *op. cit.* en nota 51, pp. 103-152. Los primeros proyectos fueron diseñados por la *Mancomunitat de Catalunya*. MANCOMUNITAT DE CATALUNYA (1923). *L'Obra realitzada (1915-1923)*, Barcelona, Casa de Caritat. Su abrogación por Primo de Rivera impidió su puesta en pie. Las bases jurídicas se fijaron con la *Llei de Bases per a l'organització sanitària y d'assistència social a Catalunya* (1934).

perder el control absoluto y tener que compartirlo con la *Generalitat*, a cambio de mejoras en el equipamiento a medio plazo que hubiesen conducido inevitablemente a su ulterior jerarquización.

El modelo comarcalista que se diseñó trataba de integrar instituciones que habían sobrevivido como consecuencia de la falta de inversiones del Estado en el sector salud y de la necesidad de los municipios de mantener sus dispositivos de atención. Este intento de integración ya era perceptible en los planes de la *Mancomunitat* (55) y se basaba en criterios técnicos pero también políticos, puesto que su objetivo era proceder a la creación en Cataluña de una estructura administrativa y asistencial moderna, y aun de vanguardia, que compensara los déficits en infraestructuras debidos a la falta de inversiones del Estado. La evolución hacia la comarcalización de los hospitales locales catalanes que se inició durante la *Generalitat* republicana, paralelamente a la sectorización de la asistencia psiquiátrica, establecía una red de instituciones de titularidad mixta, en la que se conservaba el papel de los antiguos administradores municipales asociándolos a la *Generalitat*, y que permitía disponer de una estructura sobre la cual sustentar en el futuro un sistema público de Seguridad Social. Esta articulación entre los patronatos municipales y la *Generalitat* era la consecuencia inevitable de los problemas económicos de ambas instituciones: ni los ayuntamientos ni la *Generalitat* disponían por separado de recursos suficientes para invertir en ello, puesto que el Estatuto del 32 era cicatero con la asignación de recursos del Estado. La solución escogida, pragmática, consistía en una cesión mutua de poder a cambio de armonizar los esfuerzos y las inversiones, lo cual era posible por la hegemonía de *Esquerra Republicana* tanto en el Gobierno de la *Generalitat* como en los Ayuntamientos.

(55) La *Mancomunitat*, que lo era de las cuatro Diputaciones catalanas, sólo pudo intervenir en asistencia psiquiátrica y social atribuidas a las Diputaciones desde 1884, pero no en sanidad o beneficencia hospitalaria puesto que estas competencias correspondían al Estado. Por ello los diseños iniciales de reforma se refieren a aquellos campos. Véase MANCOMUNITAT DE CATALUNYA (1920). *L'Obra a fer: l'emprèstit de cinquanta milions*, Barcelona, Imp. Casa de Caritat. Para los fundamentos teóricos del proyecto véase la memoria de VIVES I CASAJUANA, S. (1979). *L'Organització de l'assistència pública als Psicòpates de Catalunya*, Barcelona, Fundació Salvador Vives Casajuana [presentada en 1919], 158 pp.

5.3. *De hospital de agudos a asilo de ancianos*

El franquismo acabó con la primavera de 1936. El *Nuevo Estado* quiso dismantelar la acción de gobierno de la *Generalitat* retrotrayendo el sector de la asistencia y protección social a la situación anterior a 1912 (56). La alternativa franquista se centró en el viejo modelo de beneficencia estatal y en un modelo de seguridad social concebido como una mutua privada y férreamente centralizado pero que carecía prácticamente de instituciones asistenciales propias en Cataluña, pese a que en ella se daba la mayor concentración del país de trabajadores industriales por cuenta ajena, los únicos cubiertos entonces por el S. O. E.

El modelo franquista, al carecer de hospitales propios, necesitaba de las instituciones locales, las cuales tenían así una triple funcionalidad. Por un lado, a través de conciertos (57), aseguraban la asistencia y la supervivencia de las mismas, por el otro, en la medida en que seguían siendo un punto de referencia de las políticas asistenciales locales, podían contribuir a legitimar también a los municipios franquistas y a los médicos locales. La cobertura financiera del concierto permitía a los patronatos pensar en ampliar la oferta asistencial, en especial en campos como el diagnóstico radiológico o a la atención a los partos que no exigían demasiadas inversiones, y que permitían abrir el centro a la clientela privada. En Valls, la atención a los partos producidos en la ciudad y en su entorno rural fueron durante casi treinta años la principal función asistencial.

El problema del sistema de conciertos con las administraciones locales (Diputación, Ayuntamientos), o con la Seguridad Social, era que nunca se firmaban sobre costos reales, en parte porque la administración de estas instituciones era muy rudimentaria y obsoleta e impedía una evaluación correcta de los costos de explotación. Como los conciertos no se revisaban anualmente, la inflación se encargaba de erosionarlos. Una economía

(56) La crisis sanitaria durante el franquismo puede seguirse en DE MIGUEL (1979), *op. cit.* en nota 51. Falta un estudio de conjunto sobre la política sanitaria durante los años de la autarquía, pero ha sido estudiada desde la perspectiva de la asistencia psiquiátrica. Una bibliografía bastante completa se encuentra en COMELLES (1988), *op. cit.* en nota 51. Una aproximación a la sanidad catalana durante el franquismo se encuentra en RAVENTOS, J.; GARCÍA, A.; PIQUE, C. (1990). *Historia de la Medicina Catalana durant el Franquisme*, Barcelona, Hacer, 268 pp.

(57) El concierto del *Pío Hospital* con el S. O. E. se limitaba a las urgencias traumatológicas, a la cirugía general aguda, a la obstetricia y a consultas ambulatorias de oftalmología y ORL.

doméstica, de monjas, podía ir orillando los déficits cotidianos o compensarlos con prestaciones voluntarias o vocacionales de servicio. Pero resultaba imposible con ellos dirigir el hospital hacia la jerarquización que hubiese exigido inversiones cuantiosas en personal y en infraestructura que sólo los poderes públicos podían realizar.

Es por eso que la ruptura que significó el franquismo para las instituciones de asistencia catalanas fue tan grave. No sólo no resolvió el problema financiero crónico de las instituciones y su descapitalización, sino que no permitió que a través de inversiones progresivas a lo largo de los años (que era de hecho la idea de la *Generalitat*), las infraestructuras se fuesen acercando a unos niveles de homologación modernos. Éstos hubiesen permitido (como sucede ahora con cincuenta años de retraso) desarrollar una densa red de hospitales comarcales de nivel I y II, sin que éstos perdiesen su enraizamiento local. En cambio, el modelo franquista partió de una premisa contraria, basada en una histórica devolución a las órdenes religiosas de hospitales nacionalizados ya en 1939, y a la vez en la depuración del personal civil y su sustitución por monjas en los hospitales públicos.

El S. O. E., cuya financiación se basaba en cuotas de empresarios, representaba una carga fiscal suplementaria para las zonas industriales del país, las derrotadas en 1939. En cambio, las inversiones en instituciones hospitalarias no se hicieron en Cataluña sino que se desviaron a otras áreas del Estado o se invirtieron en obligaciones a bajo rédito del I. N. I. En parte, la densa red de hospitales locales catalanes permitió, prácticamente hasta los setenta, disimular el déficit de camas públicas, hasta que la Seguridad Social, tras la Ley de 1963, decidió construir varias residencias provinciales de nivel II, sin prever ningún hospital de primer nivel. Este conjunto de paradojas se hace difícilmente comprensible puesto que representa ir contra corriente en términos de racionalidad económica y sanitaria, puesto que a medio plazo tendía a degradar profundamente y a descapitalizar más el sector público local catalán.

Lo que quedaba al margen del S. O. E. se componía en realidad de dos subsectores, la beneficencia en general, formada por hospitales locales o provinciales, y los hospitales de la Iglesia. La «devolución» de 1939 representó no sólo que la Iglesia recuperase su patrimonio, sino que siguiera controlando el que no era suyo, los hospitales locales, y con mayor fuerza si cabe. La polémica que se había producido en Valls, durante la República, para tratar de marginar de la institución al arcipreste se explica ahora fácilmente: era un intento por romper con la injerencia de la Iglesia en el

hospital y devolver la hegemonía al poder civil. Desde 1939, esto no era posible. La hegemonía de las monjas en la institución, y por tanto su control sobre la escuela de niñas permitía a la Iglesia una tarea de inculcación ideológica que no estaba dispuesta a perder, un buen escaparate para su vocación asistencial y un buen reclamo para la captación de vocaciones. Pero además, en el contexto en que estamos hablando, los intereses de las monjas eran parejos a los de los médicos, si éstos querían asegurar su presencia en el hospital e ir recuperándolo como un instrumento fundamental de su tarea profesional. Las monjas permitían con su modelo de economía doméstica la continuidad de una institución que sin ellas se hubiese visto abocada al cierre, y los médicos podían continuar disponiendo del hospital para sus fines profesionales.

El modelo doméstico y la política de la Seguridad Social permitieron subsistir treinta años a una serie de hospitales probablemente inviables en otras circunstancias e imposibles de homologar. Corresponden a un periodo de crisis económica, de políticas de autarquía y de déficits profundos en las infraestructuras. Sin embargo, el experimento franquista de *welfare state* que se llevó a cabo entre 1960 y 1970 significó el inicio de su reconversión o de su cierre. En el sector salud el Estado pretendía la jerarquización hospitalaria, pero no a través de la reforma de la red existente, que el Estado no percibía como suya, sino de la edificación de *residencias provinciales* jerarquizadas que asumiesen la labor asistencial de los antiguos hospitales concertados. El Estado competía con el poder local y con el provincial quizás por el reflejo jacobino de la uniformación en un periodo en que el franquismo buscaba su legitimación a través de la idea del «Estado de obras».

El hospital jerarquizado, visto inicialmente con reticencias por amplios sectores de la medicina española, fue en cambio muy bien aceptado por los médicos jóvenes que se integraron rápidamente en el mismo. Estas instituciones absorbieron la asistencia prestada por los hospitales locales y les obligaron a cerrar, a convertirse en asilos de ancianos y excepcionalmente a jerarquizarse. Esto último únicamente sucedió, al principio, con algunos hospitales grandes de ciudades importantes, en las cuales la Seguridad Social seguía siendo deficitaria. Pero no fue el caso de los hospitales comarcales, locales, o de los pequeños hospitales de barrio. Para la Iglesia, esta situación coincidió con una fuerte crisis de vocaciones, que la condujo a abandonar progresivamente la prestación de servicios en hospitales ajenos, y a concentrarse y priorizar sus clínicas, a las que convirtió en hospitales para clientela privada.

En este contexto, el *Pío Hospital* estaba condenado a desaparecer por su obsolescencia. Su única opción fue subsistir como clínica de partos —en situación desfavorable para competir con una *residencia provincial* y con un sector privado menos obsoleto—, o como quirófano para intervenciones menores. Pero muy pronto sus posibilidades quedaron reducidas a la de convertirse en un asilo de ancianos.

La crisis de este modelo en Valls se precipitó con la construcción en Tarragona de la *Residencia Juan XXIII* que absorbió prácticamente toda la clientela de los hospitales locales de la provincia y los situó ante el dilema de jerarquizarse o desaparecer, cercenando así la posibilidad de desarrollar progresivamente una red de hospitales comarcales de nivel I. La *Residencia Juan XXIII* de Tarragona centralizó desde 1967 los servicios de urgencias, maternidad, atención quirúrgica, y todo tipo de disponibilidades diagnósticas y terapéuticas, reduciendo a los hospitales locales a funciones subsidiarias: el *Pío Hospital* se transformó casi por completo en un asilo de ancianos, limitando el resto de sus actividades a algunos partos privados y a las atenciones propias de un concierto con la mutualidad de *La Aliança*. La estructura asistencial de esta ciudad de 18.000 habitantes quedó reducida a un ambulatorio de la Seguridad Social y a los despachos privados de los médicos.

La situación de Valls a mediados de los setenta representó un caso extremo de las deficiencias del sistema sanitario franquista. En el contexto del tardofranquismo, jerarquizar un hospital como el de Valls era una utopía. El Estado no estaba dispuesto a invertir en el sector y las finanzas locales eran insuficientes para abordar las inversiones necesarias. Sin embargo, ya en 1978, el Ayuntamiento y las fuerzas vivas locales empezaron a plantearse la posibilidad de recuperar el hospital, aprovechando el contexto favorable de la constitución de la *Generalitat* provisional. La reforma del *Pío Hospital* se inscribiría en el sistema de comarcalización y jerarquización adoptado por aquélla en el Mapa Sanitario de 1980, que recogía los rasgos fundamentales de la filosofía seguida por el Gobierno autónomo catalán durante la II República (58). El nuevo hospital, inaugurado en 1990 cons-

(58) Véase GENERALITAT DE CATALUNYA (1980). *La Sanitat a Catalunya. Anàlisi i Propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*, Barcelona, Generalitat. El mapa sanitario establece un modelo jerarquizado en tres niveles: el *hospital comarcal* de nivel I (Valls, por ejemplo) con cinco especialidades ...medicina, obstetricia, cirugía y pediatría en internamiento, y psiquiatría en consulta externa..., y los niveles II

tituye la pieza fundamental del dispositivo asistencial de las comarcas del *Alt Camp* y la *Conca de Barberà*.

6. CONCLUSIONES

La peripecia histórica del hospital de Valls que hemos esbozado aquí creemos que ilustra suficientemente algunos de los rasgos característicos de la evolución del sector salud en Cataluña. La transición entre la incumbencia municipal y la del Estado es un rasgo suplementario que contribuye a evidenciar el carácter coyuntural de la institucionalización hospitalaria en las sociedades contemporáneas. Creemos que esto ilustra también otra dimensión del problema: de la misma forma que la vida política comunitaria parece querer asumir las incumbencias del grupo doméstico, da la impresión de que el estado busque vaciar de contenido las incumbencias de la comunidad como única posibilidad de culminar su proyecto político, lo que habitualmente denominamos el estado-nación. Estaríamos delante de un fenómeno hasta cierto punto paradójico, y del que sabemos que los diferentes Estados lo han asumido de formas diversas, con énfasis variables: desde la tendencia probablemente más fuerte en los Estados centralistas donde los hospitales se constituyen en redes estatales y se funcionaliza a sus profesionales, hasta la mucho más diluida de los confederales o federales, donde los promotores son las autoridades locales, cantonales o de los Estados asociados. En cualquiera de los dos casos, sin embargo, el proceso de institucionalización de la atención aparece como una incumbencia central del Estado, del poder político, y es central porque, precisamente, es la que lo legitima y da sentido.

Son las peculiaridades del caso catalán las que hacen sugerente este caso. Los hospitales de Cataluña, en general, y el de Valls en particular son adaptaciones locales a un proceso de institucionalización común a toda Europa pero presentan algunos hechos sustantivos: la rapidísima municipalización de los hospitales, la exclusión de los religiosos de la gestión y de la administración —salvo en el período del hospital doméstico y precisamente cuando se inicia la modernización técnica—, la subsistencia del modelo de financiación del Antiguo Régimen en un contexto desamortizador

(Tarragona), y III (Barcelona), como hospitales de referencia con mayores grados de especialización.

que condujo a toda España, excepto a Cataluña, al cierre masivo de establecimientos.

Sólo desde la consideración de estas peculiaridades podemos explicarnos que durante el siglo XIX, los hospitales catalanes efectúen una transición económica sin excesivas dificultades en un contexto en el que el Estado es incapaz de dar una respuesta institucional que acabaría prácticamente con ellos. Sólo así es posible que en el siglo XX estas instituciones evolucionen de hospitales domésticos a hospitales de agudos, asuman las inversiones necesarias y lleguen a formar parte, aunque las circunstancias las ahoguen antes de nacer, de la experiencia de Estado del bienestar que fue la *Generalitat* republicana.