

**LA ADAPTACIÓN DE LOS HOSPITALES CATALANES A LA LEGISLACIÓN BENÉFICA DEL
ESTADO LIBERAL (1798-1914)**

Josep Barceló¹, Josep M. Comelles²

Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili,
Tarragona

¹josep.barcelo@urv.cat, ²josepmaria.comelles@urv.cat

Los procesos desamortizadores tuvieron una especial incidencia en la financiación autónoma del dispositivo asistencial en España. El primero, instado por Godoy (1797-98) (1), afectó a los establecimientos de la Iglesia y a los municipios en Castilla (2) pero no a las instituciones catalanas (3). De las desamortizaciones del siglo XIX, solo la de Madoz (1855-56), tras la Ley de Beneficencia (1849) y su posterior *Reglamento* (1852) (4), afectaron al patrimonio de los hospitales catalanes (5). Hasta entonces, éstos habían mantenido una estructura económica y patrimonial estable, fruto de su autonomía financiera y jurídica derivada de los procesos de “reducción” (siglos XV y XVI). La Corona contribuyó mediante subsidios y arbitrios ocasionales a su sostenimiento, como ocurrió en la *Santa Creu* de Barcelona, pero no creó Hospitales Reales en el Principado. A pesar de los esfuerzos centralizadores del

Estado, desde 1716, el dispositivo catalán permaneció vinculado estrechamente a la política e intereses locales (6).

La legislación de la Beneficencia del Estado –de 1822 y 1849– era centralizadora. Preveía establecimientos generales del Estado y otros a cargo de las administraciones local y provincial (7). Como la legislación de 1822 no se llegó a aplicar, el dispositivo catalán pudo sobrevivir económicamente con limitaciones (8) e incluso abordar reformas ya inevitables en la década de 1830-40, derivadas de los cambios sociales, económicos y urbanísticos, y a las que el Estado no respondió jamás.

La incapacidad inversora del gobierno central le llevó, posteriormente, a externalizar sus responsabilidades asistenciales sobre las Diputaciones. En Cataluña, esto originó una fuerte resistencia municipal. Los ayuntamientos se negaban a aceptar la pérdida de autonomía financiera y de decisión sobre sus instituciones que implicaba la reglamentación benéfica. Como resultado, en Cataluña, hubo una mínima presencia de instituciones de titularidad provincial y una nula presencia de establecimientos generales del Estado. De ahí, el mantenimiento, hasta hoy, de modo casi integral, del dispositivo de titularidad local amparado -con las necesarias adaptaciones- bajo la figura de la “fundación” regulada por el Derecho civil propio. En esta ponencia examinamos estas estrategias a partir de los casos de la Santa Creu de Barcelona (9), Sant Pau y Santa Tecla de Tarragona y Sant Feliu de Guíxols (10).

Tras la constitución de las Diputaciones (1835) y la legislación de Beneficencia (1849-52), los hospitales locales pasaron, en teoría, a depender de las Juntas de Beneficencia provinciales a las que debían rendir sus presupuestos anuales. Esta dependencia no conllevaba financiación específica alguna de carácter provincial, por lo cual la nueva situación no resolvía los problemas económicos de la mayoría de instituciones, cuyos déficits venían siendo -y seguirían siendo- cubiertos con cargo a los presupuestos municipales.

La serie documental de presupuestos de hospitales preservados en el *Arxiu Històric de la Diputació de Barcelona (AHDB)*, muestra que en el siglo XIX y hasta 1931, las instituciones continuaron financiándose, a pesar de la transición a la economía capitalista del Principado, con productos propios del Antiguo Régimen: censales, censos y alquileres producto de inversiones de legados, limosnas, arbitrios y donaciones. Sin embargo, la adaptación al capitalismo permitió, a los administradores de los establecimientos, añadir paulatinamente formas de pago por estancia vinculadas, entre otras razones, al desarrollo del mutualismo (11). En cambio, no constan aportaciones de la Diputación, pese a que un hospital como la *Santa Creu* debía hacer constar su condición de público y provincial en sus membretes. En los fondos del *Arxiu Històric (AHAB)* y del *Contemporani (ACAB)* del Ayuntamiento de Barcelona, puede confirmarse que el debate sobre las reformas e inversiones de los hospitales no tenía lugar en la Junta de Beneficencia provincial, sino en los Plenos Municipales.

La preeminencia municipal en el dispositivo asistencial fue sistemática. El mejor ejemplo, son las vicisitudes para llevar a cabo el proyecto de construcción de un nuevo manicomio modelo para trasladar los locos de la Sala de dementes de la *Santa Creu*. La iniciativa, municipal, se inició en 1834-35, antes de la constitución de las Diputaciones. Aunque la Ley de 1822 establecía que su construcción y gestión correspondía al Estado, éste nunca construyó ninguno. Cedida la competencia a las diputaciones, hubo que esperar hasta 1904 para que se abriera el primer manicomio provincial, en Girona, y hasta 1930 el de Barcelona (la Clínica Mental de Santa Coloma) (12). La ciudadanía exigía un nuevo manicomio, fruto de la enorme demanda asistencial, asociado a una reforma profunda de la atención a los dementes. Su traslado, al disminuir el hacinamiento, permitiría mejorar la asistencia a los demás enfermos de la *Santa Creu*. Por eso la administración (MIA) hizo suyo el proyecto (13) y decidió financiarlo, realizando patrimonio y solicitando del Estado la autorización para vender parte de los bonos con que éste había compensado los bienes

desamortizados del establecimiento. Aunque esto no suponía un solo real para el presupuesto del Estado, éste se negó aludiendo a la competencia exclusiva que la legislación le otorgaba en el ramo de dementes. Para desbloquear esta situación, la MIA inició una acción jurídica exigiendo que el Hospital pasase de público y provincial a centro de beneficencia “particular”, lo cual consiguió en 1873 (14). Esta “privatización” resolvió el problema creado por el conflicto de competencias y por la inoperancia del Estado. Coincide con la creación de varios manicomios privados (15), la asunción en las colonias industriales de competencias asistenciales no prestadas por el Estado (16), la fundación de clínicas privadas y con los intentos de otros hospitales locales de acreditarse, también, como “particulares” para asegurar su autonomía. Sus administradores invocaron idénticos argumentos jurídicos. Los de Vic (17) escribieron a la Junta de Beneficencia para explicar que aunque la administración la presidiese el alcalde y estuviese compuesta por dos canónigos y dos concejales, el Hospital era “particular” y el Ayuntamiento, legalmente, no tenía derecho alguno sobre él. Este perfil de administradores, común en Cataluña, se justificaba por la confianza de los fundadores –y de la población– en personas que representaban cuerpos permanentes de la *res publica* y garantizaban el uso adecuado de los legados que las instituciones siguieron recibiendo durante siglos. Esto puede documentarse en la *Santa Creu* (18), Santa Tecla (19) y en la mayoría de hospitales municipales. La opción, en Sant Feliu de Guixols, una ciudad industrializada, fue más radical. Los ciudadanos crearon una nueva institución, paralela al Hospital, para desviar los legados y transferirlos posteriormente al establecimiento, bajo la etiqueta de limosnas y donaciones.

Mediante estas estrategias, el dispositivo catalán se garantizó, hasta la segunda mitad del siglo XX, un flujo regular de legados que aseguró su capitalización especialmente en los hospitales de mayor tamaño. En estos y en los demás hubo una progresiva adaptación al pago por estancia y día y a su incipiente conversión en empresas de servicios.

La debilidad económica manifiesta del estado jacobino, podía haber conducido, como en casi toda Europa, a ceder las competencias asistenciales a las entidades locales ya existentes. El temor del Estado ante el municipio explica que no siguiese ese camino. La solución final no deja de ser paradójica, el Estado retuvo las competencias, pero hizo la vista gorda ante las estrategias de los intereses locales. Una interpretación esquemática hablaría de un pacto entre oligarquías. La documentación que analizamos de los hospitales locales del XIX, muestra que tras el mantenimiento de las instituciones locales más modestas no operan tanto intereses de clase, como la necesidad de mantener dispositivos de proximidad que aseguren la atención al conjunto de los ciudadanos con independencia de su extracción social. Por eso un miembro prominente de la sociedad santfeliuense, afirmaba que el hospital municipal ofrecía unas salas y unos servicios mejores que los privados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herr, Richard (1971), *España y la Revolución del s.XVIII*, Madrid, Aguilar.
2. Carasa Soto, Pedro (1981), *Crisis del Antiguo Regimen y Acción Social en Castilla*, Valladolid, Junta de Castilla y Leon- Departamento de Cultura y Bienestar Social.
3. Comelles, Josep 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.
4. Maza, Elena (1991), *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1939)*, Barcelona, Ariel.
5. Barceló, Josep; Comelles, Josep M. (2016), *La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna*, *Asclepio*, 68 (1), 1-16.
6. Comelles, Josep M. (2013), *Hospitals, Political Economy and Catalan Cultural Identity*. En: Bonfield Christopher; Reinartz, Jonathan; Huguet-Termes, Teresa, eds. *Hospitals and Communities 1100-1960*, Oxford, Peter Lang, pp. 183-207.
7. Riquer, Borja de (2007), *Història de la Diputació de Barcelona. Volum I: 1812-1898*, Barcelona, Diputació de Barcelona.
8. Barceló, Josep (2017), *Poder local, govern i assistència pública: l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*, Tarragona, Arola Editors.
9. Comelles, Josep M. (2006), *Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad*, Lleida, Editorial Milenio.

10. Borrell, Miquel (2005), *Caritat, beneficència, solidaritat: l'Hospital de Sant Feliu de Guixols (Del s. XIV al s.XX)*, Sant Feliu de Guíxols, Gràfiques Bigues.
11. Vilar Rodríguez, Margarita; Pons Pons, Jeronia (2011), *El papel de las sociedades de socorro mutuo en la cobertura del riesgo de enfermedad en España (1870-1942)*. En: X Congreso Internacional de la AEHE 8-10 de Septiembre 2011, Carmona, Universidad Pablo de Olavide, pp. 1–31.
12. Vives i Casajuana, Salvador (1979), *L'organització de l'assistència pública dels psicòpates a Catalunya*, Barcelona, R. Dalmau-Fundació Salvador Vives i Casajuana.
13. Pi i Molist, Emilio (1860), *Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de Santa Cruz de Barcelona*, Barcelona, Imp. y Lib. Politécnica de Tomás Gorch.
14. Comelles, Josep M. (1988), *La razón y la sinrazón: asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España*, Barcelona, PPU.
15. Comelles, Josep M. (1983), *Els manicomis i el fracàs de la psiquiatria catalana del XIX*, *Ciència. Revista Catalana de Ciència i Tecnologia*, 2(22), 26–31.
16. Terradas Saborit, Ignasi (1994), *La qüestió de les colònies industrials: l'exemple de l'Ametlla de Merola*, Manresa, Centre d'Estudis de Bages.
17. AHDB. lligall 760, exp 5. 1853.
18. AHDB. Capsa 1179, lligall 262, no 7391. 1873.
19. Arxiu Històric Capitular de Tarragona. Exp 62/ La administración del Hospital pide copia certificada de la R. O. de 1851 declarando aquel establecimiento de beneficencia particular. 1899.