

# CRISIS Y TRANSFORMACION DE LA BENEFICENCIA DEL ANTIGUO REGIMEN. APROXIMACION AL SISTEMA HOSPITALARIO DE LA RIOJA ENTRE 1750 y 1907

Pedro Carasa Soto\*

## INTRODUCCION

Frecuentemente se ha presentado, en la historiografía reciente que se ocupa de la pobreza<sup>1</sup>, a los pobres como los marginados de la sociedad del antiguo régimen, como una realidad desvinculada de las estructuras sociales y económicas. Pero entonces la pobreza no era un elemento extraño al sistema vigente, más bien, al contrario, cuando el pobre adquiere el carácter de solemnidad (formalidad y legitimidad), es sujeto de unos derechos económicos y sociales y está próximo a ser casi un privilegiado, contando con más derechos y recursos que el resto de las clases bajas.

Sólo con la crisis del antiguo régimen el pobre y la indigencia quedarán fuera de la articulación económica y social y caerán en una verdadera marginación. Analizar un conjunto de instituciones protagonistas de este proceso es nuestro objetivo.

\* Universidad de Valladolid.

1. J. Soubeyroux, "Pauperismo y relaciones sociales en el Madrid del siglo XVIII", en *Estudios de Historia Social*, 12-13 (1980) y 14-15 (1981). J. I. Carmona, *El sistema de la hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*. Sevilla, 1979. J. P. Gutton, *La société et les pauvres*, París, 1970. ID., *L'Etat et la mendicité dans la première moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle*. Centre d'Etudes Forenziennes, 1973. A. Rumeu, *Historia de la Previsión Social en España*. Madrid, 1944. M. Jiménez Salas, *Historia de la asistencia asocial en la España Moderna*, Madrid, 1958. D. García Guerra, "La asistencia social en la España Moderna. El Hospital Real de Santiago", en *Estudios de Historia Social*, 7 (1978) 290. J. Bravo Lozano, "La visita del Hospital Real de San Lázaro de Córdoba 1599-1603", en *Actas del I Congreso Historia Andalucía. Andalucía Moderna*, I (1978) 151.

## PEDRO CARASA SOTO

Aunque hay un sistema de beneficencia más complejo<sup>2</sup> que integra al pobre en el proceso económico, en la pirámide social y hasta en el esquema mental del antiguo régimen, sólo nos vamos a ocupar de una de sus instituciones: el hospital. Es una pieza más de un conjunto articulado de beneficencia que sirvió en la sociedad medieval y moderna para facilitar, sin estridencias, el proceso de concentración de la riqueza, de acaparamiento del prestigio social y del liderazgo ideológico en unos pocos privilegiados. El hospital así es una pieza jerarquizada dentro de este conjunto y, a la vez, está configurando una organización de instituciones articuladas según un orden de importancia, función y localización.

Incluso dentro de los hospitales, tampoco pretendemos vaciar el tema, sólo comprender cómo estaba engranado y cómo evolucionó en el ámbito riojano desde las postrimerías de la edad moderna hasta su descomposición en los inicios de la contemporaneidad. Y hay aspectos en que no incidimos exhaustivamente, como el de la desamortización<sup>3</sup>.

El momento escogido es el largo proceso de crisis del antiguo régimen, que en este campo es aun más prolijo, para encuadrar en este marco la estructura benéfica y demostrar que su evolución es paralela a otras muchas conocidas<sup>4</sup>, con la particularidad de que aquí el Estado burgués del s. XIX no supo darle una alternativa y se limitó a reglamentar<sup>5</sup> los restos dispersos del viejo sistema e imponer un protectorado sobre ellos. Los cuatro hitos que jalonan nuestro estudio persiguen seguir de cerca esta evolución: Al partir del *Catastro del Marqués de la Ensenada*<sup>6</sup>, queremos reconstruir el viejo sistema hospi-

2. Compuesto por hospitales, hospicios, refugios, casas de misericordia, de expósitos, asilos, dotes a huérfanas, socorros a pobres, arcas de misericordia, cofradías, fundaciones docentes, etc.
3. Es un tema que está sin estudiar en La Rioja, si exceptuamos el breve estudio de R. M. Lázaro Torres, *La desamortización de Espartero en la provincia de Logroño (1840-43)*. Logroño, 1977, que no afecta a nuestro tema. Esperemos que proyectos existentes se hagan pronto realidad.
4. Están estudiadas ampliamente las crisis de estructuras agrarias, demográficas, económicas, políticas, sociales, mentales, etc. del antiguo régimen, cuya inabarcable bibliografía no vamos a citar aquí, pero no se ha estudiado inserta en este marco la estructura asistencial.
5. Desde la legislación ilustrada sobre la asistencia a pobres, recogida en la *Novísima Recopilación*, Lib. VII, tit. XXXIX, las referencias legislativas del XIX al tema benéfico son constantes; citemos los momentos clave: La Constitución gaditana se ocupa del tema en sus arts. 321 ss.; Real Orden de 30 de julio de 1821, Ley de 6 de febrero de 1822 —primera Ley General de Beneficencia— y vuelta en vigor en 1836 tras el paréntesis político decenal; la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 y su Reglamento de 14 de mayo de 1852; la Instrucción de Beneficencia de 27 de Abril de 1875; y, por fin, la Instrucción de 14 de marzo de 1899.
6. *Respuestas Generales del Catastro del Marqués de la Ensenada*, en la Sección de la Dirección General de Rentas, 1.ª Remesa, libros 17, 34, 57, 58, 59, 60, 64, 65, 66, 67 y 146 de la provincia de Burgos, y libros 565, 566, 567, 568, 569, 570, 572, 573, 575, 579, 582, 583, 584, 585, 586, 588, 591, 592, 593, 595, 597, 598, 599, 605 y 607 de la provincia de Soria, en Archivo General de Simancas.

## CRISIS Y TRANSFORMACION DE LA BENEFICENCIA DEL ANTIGUO REGIMEN

talario tal y como funcionó en la época moderna, con plena vigencia social. Desde este momento se inicia el declive franco del mismo y para medir este deterioro, más cuantitativo aun que cualitativo, aprehendemos la realidad hospitalaria en el *Censo de Floridablanca*<sup>7</sup>. Nos habría sido muy útil acceder a la documentación de la desamortización de Godoy en La Rioja, pero no ha sido posible ahora. Otro corte histórico hemos situado a mediados del siglo XIX, esta vez con fuentes más heterogéneas<sup>8</sup>. Aquí pretendemos detectar ya un cambio más cualitativo y la culminación del proceso de desinstitucionalización hospitalaria. También ahora nos habría gustado disponer de la documentación de la desamortización de Madoz<sup>9</sup>. Una última cala nos confirma en nuestra hipótesis de trabajo, en los inicios del siglo XX, apreciándose ya claramente dividido el conjunto benéfico en un sector que sólo representa restos burocráticos y otro que emerge como nuevo intento de solución, aunque finalmente frustrada<sup>10</sup>.

La acotación espacial, que en un principio se fijó en La Rioja Alta como heredera principal del viejo conjunto hospitalario, la hemos ampliado a toda La Rioja para comprender mejor el nacimiento de nuevas soluciones esbozadas más claramente en su parte baja. Hacemos notar aquí las difíciles recomposiciones geográficas y administrativas que hemos debido realizar, ya que las fuentes anteriores a 1833 obedecen a otro reparto provincial. Optamos por esta solución convencidos de que una misma realidad latía bajo distintos corsets administrativos y por conveniencia metodológica comparativa<sup>11</sup>.

7. *Relaciones particulares del Censo de Floridablanca*, Sección de Manuscritos, Legajos 9/6192 y 9/6193 de la provincia de Burgos, y Legajos 9/6246 y 9/6247 de la provincia de Soria, de la Biblioteca de la Real Academia de la Historia.
8. A. C. Govantes, *Diccionario Geográfico-Histórico de España. Sección II: Comprende La Rioja, a toda la provincia de Logroño y algunos pueblos de la de Burgos*. Real Academia de la Historia. Madrid, 1846. P. Madoz, *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*. Madrid, 1845-50, I, II, V, VI, IX, XII, XV. *Datos Estadísticos de Beneficencia y Sanidad correspondientes al año 1859*. Madrid, 1860, en la Biblioteca Nacional, V. C<sup>a</sup> 547, n.º 9. Junta General de Beneficencia, *Estadística de Beneficencia y Sanidad de 1856*, en la Sec. de Beneficencia Particular, Caja 5113, del Archivo General de la Administración de Alcalá. Querríamos haber consultado el Archivo de la Junta Provincial de Beneficencia de Logroño, para seguir su actuación reordenadora de 1859 y 1874, pero no nos ha sido posible.
9. Prescindimos ahora de los datos cuantitativos exactos de la desamortización riojana; suponemos que aquí, como en el resto de las provincias, es la Ley desamortizadora de 1855 la que afecta de lleno a los bienes de beneficencia.
10. *Apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de beneficencia y previsión*. Madrid, 1909.
11. El esfuerzo ha consistido en recomponer, villa por villa y lugar por lugar, la configuración provincial de 1833 en las fuentes anteriores; además hemos preferido la división de los 9 partidos judiciales para pormenorizar más el análisis y poder comparar situaciones distantes en el tiempo y en el espacio.

Cuadro 1: Evolución del sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907

	Alfaro	Arnedo	Calahorra	Cervera	Haro	Logroño	Nájera	Sto. Domingo	Torrecilla	Provincia
1750										
Vecinos	1643	2944	2069	2020	2714	5210	4250	2141	3908	26899
Pobres %	12,7	11,9	9,1	10,8	12,9	9,9	11,9	14	11	11,4
Hospitales	3	9	6	5	13	19	21	13	12	101
Vecs/hptal	547	327	344	404	208	274	202	164	325	266
Pobrs/hptal	52	37	31	44	24	26	23	22	32	28
Kms <sup>2</sup> /hptal	82,9	49,9	49,4	86,7	32,9	41,5	56,4	40,6	64,3	49,8
1787										
Habitantes	5971	12638	9922	9322	15139	23885	17702	9609	13793	118026
Jornls %	16,1	12,5	8	12,4	12	11,6	9,6	9,8	5	10,5
Hospitales	3	2	3	3	5	8	3	4	4	35
Vecs/hptal	463	1474	769	722	704	694	1372	558	802	784
Jornls/hptal	320	783	265	386	355	329	534	230	166	345
Kms <sup>2</sup> /hptal	82,9	224,8	98,9	144,5	85,6	98,6	397,7	131,7	192,9	143,8
1850										
Habitantes	7248	16865	12578	10333	22333	29061	20776	13495	15026	147718
Hospitales	1	2	2	2	6	5	12	5	3	38
Vecs/hptal	1685	1961	1462	1201	865	1351	402	627	1164	904
Kms <sup>2</sup> /hptal	248,8	224,8	148,3	216,7	71,9	157,8	98,7	105,3	257,2	132,5
1907										
Habitantes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	189376
Pobres	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20,6
Hospitales	3	2	3	1	8	8	7	6	2	40
Vecs/hptal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1101
Pobs/hptal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	974,9
Kms <sup>2</sup> /hptal	82,9	49,9	98,9	433,5	53,5	98,6	169,1	87,8	385,8	125,8

**1.- LAS HERENCIAS MEDIEVALES Y LA BENEFICENCIA HOSPITALARIA MODERNA DE LA RIOJA, SEGUN EL CATASTRO DE ENSENADA**

A partir de las *Respuestas Generales*<sup>12</sup>, concretamente de las señaladas con los números 21, 30 y 36, que hacen referencia a población, hospitales y pobres respectivamente, hemos exhumado la cuantía y distribución de estas instituciones riojanas, según aparecen en el mapa y cuadro 1.

Destaca el caso riojano en el contexto castellano por un número superior de instituciones y una mayor proporción con pobres (en Castilla hay un hospital por cada 33 pobres, en La Rioja son 28) y con la población general (en Castilla se cuenta uno por cada 900 vecinos, en La Rioja por cada 266)<sup>13</sup>. Una razón para esta supremacía puede hallarse en la ruta jacobea que recorre el área NO de la provincia y lo jalona con una tupida red de hospederías y hospitales. También los monasterios y conventos pueden añadirse a esta causa, más numerosos en esta zona. El número de 28 es todo un privilegio para los pobres oficiales y una holgada misión para los hospitales riojanos.

Así es como una sociedad que practica la concentración de la riqueza y el poder en una minoría privilegiada soluciona el problema inherente a tal reparto desigual: la pobreza. La misma minoría se encarga de la indigencia que genera y hace del pobre una figura social y económica. El pordiosero es una profesión reconocida, tiene un lugar en las instituciones y un papel que cumplir en las superestructuras ideológicas que justifican religiosamente todo el sistema. La caridad así institucionalizada tiene múltiples efectos: aminora las posibles estridencias de un reparto desequilibrado, justifica la actitud personal del privilegiado y, además, le reporta un prestigio social. Los hospitales pueden interpretarse como un medio indirecto que permite al sistema proseguir y mantener su concentración de riqueza y poder.

Los pobres responden perfectamente a esta dialéctica y, de hecho, son más numerosos allí donde florecen más hospitales; se podría llegar a demostrar que el camino de Santiago ha concentrado la pobreza de la Castilla septentrional moderna y ha provocado una inflación de cédulas y certificados de pordioseros. También ocurre así en La Rioja, como muestra este cuadro:

12. Dirección General de Rentas, 1.ª Remesa, Libros citados, del A.G.S.

13. Cuando hacemos alusiones al total castellano, hemos extraído los datos de la Sec. Dirección General de Rentas, 1.ª Remesa, Legajo 1980, del A.G.S.

**Cuadro 2: La pobreza en La Rioja, en 1750<sup>14</sup>**

Partidos	Vecinos	Pobres	%	Pobres/hospital	Hospits.
Alfaro	1643	156	9,5	52	3
Arnedo	2944	341	11,5	37	9
Calahorra	2069	186	8,9	31	6
Cervera	2020	218	10,7	43	5
Haro	2714	318	11,7	24	13
Logroño	5210	494	9,5	26	19
Nájera	4250	487	11,5	23	21
Sto. Domingo	2141	282	13,1	21	13
Torrecilla	3908	384	9,8	32	12
Total	26899	2866	10,6	28	101

La distribución de los hospitales, como manifiesta el mapa, configura un sistema articulado internamente, con una ordenación según especialización, importancia y ubicación. Los pequeños hospitales rurales, meros albergues, sirven de apoyo y punto intermedio entre los de mayor entidad y con asistencia sanitaria. Se reflejan así los circuitos socioeconómicos tan reducidos y cerrados, autárquicos y elementalmente comunicados, característicos del antiguo régimen. Veremos cómo están llamados a una doble evolución: una desaparición selectiva y una concentración de estas células asistenciales.

El hilo conductor de este reparto hospitalario es la herencia jacobea medieval que ha permanecido físicamente, pero se ha transformado socialmente: el camino de los peregrinos se ha trocado en paso obligado de los pobres.

Tienen una entidad económica y asistencial muy reducida, como muestra el cuadro 3, que resume las medidas de los datos hallados en el Catastro.

14. Datos tomados también de las *Respuestas Generales* citadas. No obstante, la pobreza era más extensiva de lo que indican esas cifras y así lo declaran expresamente muchos de los pueblos en sus respuestas, como los de Herze, que afirman que “por la injuria de los tiempos ha llegado este pueblo y sus aldeas a la mayor pobreza, y es tanta que no fuera extraño graduar por pobre de solemnidad a más de la mitad de los individuos de estos pueblos, pues en salud lo pasan con la mayor estrechez y con cualquier quebranto se ven en la precisión de pedir limosna, pero como se dedican al trabajo y cuidado de algunos cortos bienes que posehen, no se los puede considerar pobres de solemnidad; bajo este supuesto tan sólo hay uno que se ejercita en pedir hostiatim limosna y lo es...”. Dirección General de Rentas, 1.<sup>a</sup> Remesa, Lib. 583, fol. 34 vto., del A.G.S.

CRISIS Y TRANSFORMACION DE LA BENEFICENCIA DEL ANTIGUO REGIMEN

**Cuadro 3: Capacidad asistencial y renta de los hospitales riojanos en 1750**

Partidos	Camas	Renta-rls	Renta-fs	Partidos	Camas	Renta-rls	Renta-fs
Alfaro	–	1880	–	Logroño	5,5	790	8,5
Arnedo	4	130	–	Nájera	3,7	96,5	11,7
Calahorra	–	2375	–	Sto.Domingo	5,5	1011	12,7
Cervera	–	570	–	Torrecilla	2	81,2	2,2
Haro	3,6	1205	23,3	Total	4	904	11,7

Nos referimos a los hospitales rurales<sup>15</sup>. La media anual de menos de 1000 rls (en los hospitales mayores esta cifra puede multiplicarse por 25 ó 30) es insuficiente para remediar la indigencia de las 28 personas asignadas. Pero ya sabemos que estos centros eran la mayoría simples refugios que por una o dos noches proporcionan luz, lumbre y pan al pobre transeúnte y lo conducen al más inmediato hospital sanitario si está enfermo.

La situación administrativa y la extracción de rentas nos completa el panorama hospitalario riojano de 1750:

**Cuadro 4: Destino, patronato, financiación y personal del sistema hospitalario riojano en 1750<sup>16</sup>**

Refugios	66	Patr. munic.	24	Renta propia	63
Hosp. sanit.	35	Patr. privado	12	Sólo limosna	17
Arruinados	3	Patr. eclesco.	8	Suple Munic.	17
A socorros	4	Patr. mixto	12	Renta y limos.	17
Hospitalero	38	Patr. cofrs.	11	Mayordomos	16

Destacan los 66 albergues, puntos de apoyo, recogida y transporte hacia los centros asilares o sanitarios. Cuando los medios de transporte y la organización provincial articulada racionalicen las comunicaciones, serán los primeros en desaparecer. Los concejos disponen casi todos de una persona, un animal y unas angarillas para conducir pobres<sup>17</sup>. Este es el tercer y mínimo esla-

15. Decimos que se trata sólo de hospitales rurales, porque son estos los únicos que declaran en estas respuestas el número de camas y la renta anual; los hospitales mayores suelen remitirse a los memoriales entregados en las *Respuestas Particulares del Catastro*. Hay que advertir que estas medias del cuadro 3 están elaboradas a partir de un 30% de hospitales que declaran estos extremos.

16. También este cuadro 4 está extraído del Catastro y elaborado por el autor.

17. Casi todos los concejos declaran que el común dispone de conducción de pobres, pagando unos rls. por cada servicio a un vecino determinado; incluso algunos municipios disponen de

bón de la cadena asistencial: hospitales sanitarios o asilos, albergues intermedios, servicio de conducción. En el ámbito riojano, la participación concejil es superior a la media castellana.

Los 35 hospitales sanitarios o asilos son los más dotados y los que más posibilidades tienen de subsistir, esta cifra va a ser próxima a una constante. Algunos van arruinándose y otros, generalmente después de la casi total decadencia material, reparten sus rentas en socorros domiciliarios, no sólo por la mayor comodidad del asistente, sino por la mayor demanda de los asistidos, los pobres vergonzantes cada vez más numerosos al perder dignidad e institucionalización de la pobreza.

También en torno a los patronos de estas instituciones hay que matizar más. Se dice que la Iglesia es el soporte fundamental de la beneficencia y que con ella ha colaborado en segundo lugar la nobleza<sup>18</sup>. Pero no han sido los únicos, ni siempre los más importantes. Aunque la razón profunda de la beneficencia es la concentración improductiva de riqueza en manos de estos privilegiados, las iniciativas de solución provienen de varios orígenes que conviene valorar separadamente.

Uno es la Iglesia, que redistribuye así los bienes acumulados por vías parafiscales o voluntarias, pero en este espacio y en este momento es menos importante de lo que se ha dicho. En La Rioja sólo patrocina el 8% de los hospitales en solitario y el 12% junto con la autoridad civil (aunque estos últimos debieron ser antes eclesiásticos o particulares). Tampoco destaca la iniciativa particular (que representaría en su mayoría a la nobleza), ya que su patronato representa otro 12%. Sobresale más la autoridad municipal, que abarca en exclusiva al 24% de los hospitales y comparte otro 12% con la Iglesia. Hay que resaltar, en cambio, otra manera de hacer beneficencia que no se ha reconocido como tal: la solidaridad popular de los necesitados agrupados en hermandades y cofradías que cuentan con sus propios hospitales<sup>19</sup>. Son resortes comunitarios de autodefensa, en concejos o asociaciones populares, que buscan llenar lagunas asistenciales.

Las rentas son de origen propio en el 65% de los hospitales, consistentes en fincas rústicas (más abundantes en los rurales), urbanas (más frecuentes en las ciudades) y censos. Sólo los mayores cuentan con rentas enajenadas de la Corona, juros, etc. Todos practican la vinculación y la amortización de bienes

un pequeño local de apoyo momentáneo; la mayoría dotan al pobre transeúnte con “baga-ge”, que puede ser en dinero o especie.

18. J. M. Palomares, “La Iglesia Española y la asistencia social en el siglo XIX”, en *Estudios históricos sobre la Iglesia Española Contemporánea*. El Escorial, 1979. 122.

19. T. Egido, “Religiosidad popular y asistencia social en Valladolid. Las cofradías marianas del siglo XVI”, en *Estudios marianos*, XLV (1980) 197-217. ID., “La Cofradía de San José y los niños expósitos de Valladolid (1540-1757)”, en *Estudios josefinos*, 53 (1973) 98-109.

y esto ha sido valorado como un freno económico en el antiguo régimen<sup>20</sup>. En un 17% hay intervención financiera municipal<sup>21</sup>, bien por incapacidad de las instituciones o bien por intervencionismo civil premeditado. Hay otra fuente paralela a las iniciativas populares anteriores: es el recurso a la limosna vecinal, que en muchos pueblos está institucionalizada<sup>22</sup>, y se dedica a la eventual asistencia de pobres. Un 17% de los establecimientos vive sólo de la cuota popular y otro 17% combina estos recursos con los fijos.

El personal asistente es un simple hospitalero en el 84% de las casas. Generalmente es un pobre del lugar y recibe habitación, alguna finca para labrar, exención de cargas concejiles y exiguas cantidades de dinero o grano. Debíó ser una figura popular y atractiva para los otros pobres, quienes le veían como “el que manejaba el cotarro”. En el 16% el personal está más especializado, contando con administrador o mayordomo y otros dependientes que solían consumir más del 50% del presupuesto en sueldos y raciones.

## 2.- DECADENCIA Y DESCOMPOSICION HOSPITALARIA RIOJANA, REFLEJADA EN EL CENSO DE FLORIDABLANCA (1787)

En esta fuente<sup>23</sup> sólo aparecen establecimientos activos (el censo de Godoy habría sido más exhaustivo en este campo<sup>24</sup> y apenas señala más que el personal y patrono).

Cuantitativamente, como consta en el cuadro 1, presenta una drástica reducción del 65%. Se inicia una cifra de hospitales que volverá a repetirse en todo el siglo XIX y es que se ha casi consumado el desmantelamiento del sis-

20. J. Fontana, *La quiebra de la Monarquía Absoluta, 1814-1820. La crisis del Antiguo Régimen en España*. Barcelona, 1971, 52-53.

21. Las *Respuestas Generales* lo designan con la frase “suple el común”. Hay que matizar que muchos de los intervenidos o financiados por los municipios no fueron fundados por ellos, sino por eclesiásticos o particulares que luego los abandonaron.

22. Las *Respuestas* de Simancas nos hablan de “cédulas” de limosna, o repartimientos ordenados entre los vecinos cuando surge alguna necesidad; incluso en algunos lugares los vecinos se turnan como hospitaleros, o sus casas como hospitales, subrayando más así la solidaridad popular.

23. *Las Relaciones particulares del Censo de Floridablanca*, Legs. ya citados de la Biblioteca de la R.A.H. nos ofrecen sólo datos demográficos y socioprofesionales y los hospitales aparecen únicamente cuando tienen personal.

24. *El Censo de Godoy* (1897) es más expresivo en este campo de la beneficencia, pues incluye todos los hospitales existentes, pero tiene el inconveniente de que no contamos con sus relaciones particulares, sólo disponemos de sus noticias globales: Si Ensenada atribuye a la vieja provincia de Burgos 331 hospitales, Floridablanca le asigna 55 y Godoy 217. Extrapolando, podríamos decir que a fines del siglo XVIII sólo perviven el 65% de los hospitales que conocíamos a mediados de siglo, y de estos están activos nada más que el 25%.

tema hospitalario de La Rioja. Se ha hecho selectivamente, comenzando por las zonas mejor dotadas tradicionalmente: Nájera y Sto. Domingo han perdido el 85 y el 70% de sus unidades hospitalarias. Se dibuja una distribución más equilibrada del mapa hospitalario riojano, fruto, tal vez, de la política ilustrada de agregaciones y reducciones, tendente a establecimientos mayores y más "útiles" (Casas de Misericordia, Hospicios, Casas de Expósitos son muy propios de este momento<sup>25</sup>).

Aunque la relación hospitales/vecinos se ha multiplicado por 3, la asistencia no desciende en esa misma proporción, pues las unidades son más eficaces. Aun así, existe un descenso en la asistencia que presta el sistema. De una parte, el número de desposeídos<sup>26</sup> por cada hospital se multiplica por 12, de otra la demanda de la indigencia es mayor al crecer la población y las dificultades de la coyuntura económica desfavorable. Tal vez sea éste el momento en que, coincidiendo con profundas crisis económicas y sociales, el sistema hospitalario funcione peor, esté más deteriorado y menos organizado. Varios establecimientos debieron ser afectados pronto por la desamortización de Godoy<sup>27</sup> y desprovistos de liquidez económica, otros muchos se verían arruinados con la guerra de la Independencia. La beneficencia y la pobreza, al nacer de la misma fuente económica, hacen que ésta sea difícilmente solucionable por aquella. Veremos cómo esta contradicción subsistirá después.

### 3.- DEFINITIVA DESINSTITUCIONALIZACION DEL SISTEMA HOSPITALARIO RIOJANO DESDE MEDIADOS DEL SIGLO XIX.

Las fuentes ahora son más dispersas e intentaremos complementarlas. El *Diccionario* de Govantes<sup>28</sup> nos permite repartir geográficamente los datos que el de Madoz<sup>29</sup> nos aporta globalmente. La coincidencia en las cifras es aproxi-

25. Calahorra (1735), Logroño (1778), Sto. Domingo (1778), Haro (1803), Torrecilla de Cameros, Soto de Cameros, etc., ven nacer ahora instituciones de este estilo.
26. *El Censo de Floridablanca* reserva un apartado para los demandantes, pero no se rellena por ningún pueblo; donde reúne los desposeídos, que muchas veces identifica o asocia con los pobres, es en la casilla de los jornaleros. Nosotros utilizamos este dato como expresivo de la indigencia de este momento.
27. Conocemos el dato de que en la vieja provincia de Burgos fueron desamortizados aproximadamente el 17% de las instituciones benéficas: R. Herr, "Hacia el derrumbe del Antiguo Régimen. Crisis fiscal y desamortización bajo Carlos IV", en *Moneda y Crédito*, 116 (1971) 75. En el Archivo Histórico Provincial de Burgos, Sec. Desamortización, Leg. 308, fol. 69-70, hemos hallado expedientes de la venta de bienes de los hospitales de S. Lázaro, de Nuestra Señora del Refugio, del de la Abadía de Nájera; existen de otros de Logroño, Haro, en 1806.
28. A. Govantes, *Diccionario...*, 2-220.
29. P. Madoz, *Diccionario...*, X, 329-330. Utiliza noticias recogidas particularmente de los curas y personas ilustradas de los pueblos.

## CRISIS Y TRANSFORMACION DE LA BENEFICENCIA DEL ANTIGUO REGIMEN

mada: aquel habla de 38 hospitales, este menciona 39 hospitales, 8 hospicios y 3 establecimientos mixtos, rechazando los datos oficiales de la Junta de 1842 que los sitúa en 16 establecimientos.

Se mantiene la fuerte reducción anunciada en 1787. Parte de ella se debe a ocultaciones por el temor ante medidas desamortizadoras. También las Juntas Provinciales de Beneficencia están practicando ahora actividades investigadoras para reordenar el sector<sup>30</sup>. Se confirma la regresión de los hospitales rurales en las zonas tradicionales, aunque aquí la ocultación sería mayor. Bajo este proceso late el movimiento de fondo de la marginación de la pobreza, desatendida ya por los viejos privilegiados y no atendida por la naciente burguesía, más atenta al proletariado y a sus crecientes solidaridades de clase. El pobre tiene ya una consideración personal, no institucional; la pobreza se considera ahora como la resultante, no de un sistema, sino de una incapacidad individual. Caerá en la marginación, al tiempo que se institucionaliza dentro del sistema productivo el proletariado.

La desaparición no afectará tanto a los centros que practican la hospitalidad sanitaria y asilar. La enfermedad no será una realidad tan desechable como la pobreza en el siglo XIX, más bien será objeto de preferentes atenciones. A riesgo de simplificar excesivamente, se puede dibujar una evolución general del sistema hospitalario que contempla estos centros dedicados a peregrinos hasta el siglo XVI, a pobres hasta el XVIII y a enfermos preferentemente en el XIX. En este siglo, la beneficencia se orientará hacia la instrucción pública, la enfermedad y, en general, a miembros de la sociedad impedidos por razones ajenas a la pobreza (viudas, imposibilitados, ancianos).

Se confirma la nueva distribución geográfica sugerida ya en 1787 y una nueva articulación jerárquica de la red hospitalaria riojana. Aquellos circuitos reducidos del antiguo régimen, sólo comunicados por una mula o unas angarillas, ahora se convierten en unidades mayores y racionalmente distribuidas en función de la nueva administración local y de mejores posibilidades de transporte<sup>31</sup>. No obstante, estos esfuerzos de adaptación son más fruto de una legislación<sup>32</sup> artificial que de una espontánea situación real; la vieja estructura

30. Es de presumir que en los años 1855-60 la Junta Provincial de Beneficencia de Logroño girara una visita a los hospitales de la provincia y practicara investigaciones con vistas a cumplir la normativa que exige reorganizar el sector, según el Real Decreto de 6 de julio de 1853, para aplicar el Reglamento de Beneficencia de 14 de mayo de 1852. No hemos hallado esta documentación.

31. Es la reordenación y reclasificación de los establecimientos se tenía en cuenta su ubicación en una cabeza de partido o villa importante, estratégicamente situada en distancias y comunicaciones, siendo absorbidos por estos los pequeños hospitales intermedios.

32. Cfr. Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849, su Reglamento de 14 de mayo de 1853 y el decreto que lo aplica en 6 de julio de 1853. Arreglos de este tipo se intentaron en 1838, 1846, 1874 y 1882.

benéfica no logrará adecuarse a la nueva demanda social y acabará desapareciendo.

El reparto por habitantes no es muy demostrativo, pues los hospitales supervivientes tienen mayor capacidad asistencial. Sería deseable contar con el dato de pobres y camas en este momento, pero no nos ha sido accesible.

Además de la cantidad, destino y distribución de los hospitales, se ha transformado su administración, estructura económica, asistencia y papel social. En cuanto a la administración, el Estado ha ido extendiendo su protectorado sobre la beneficencia particular, ha dado relevancia a los ayuntamientos en su gestión y orillando el control de la Iglesia<sup>33</sup>. Clasifica los establecimientos como generales, provinciales, municipales y particulares, atendiendo al ámbito geográfico, patronato y financiación.

La estadística de 1859<sup>34</sup> los clasifica así, pero reconociendo que la mayoría de los hospitales particulares han caído en la órbita de las Juntas Municipales. La composición de estas, lo mismo que la de las Provinciales, nos habla de ese reparto de papeles dirigido por el Estado, presidido por los Municipios o Diputaciones y donde tienen un papel vocal el cura, o el obispo, el médico y algunos vecinos influyentes. El rol de la Iglesia ha visto sustituir la capacidad visitadora del Ordinario por la inspección estatal o provincial; el cura es un miembro más de las Juntas y no el más significativo (aunque en las municipales rurales solía ser el miembro más capaz). El papel municipal es creciente, confirmando en el caso riojano una tradición.

Es evidente que el Estado ha reorganizado la beneficencia, con un esfuerzo especial en el centro del siglo, pero también son claros los límites de esta actuación: No ha pensado la asistencia social como una función propia del Estado contemporáneo y sus presupuestos, que redistribuye en justicia (no en caridad) las rentas desiguales de la sociedad industrial, sólo ha reorganizado más racionalmente los débitos restos del sistema anterior. En definitiva, a la revolución agrícola, demográfica, industrial, burguesa, no le sigue una transformación adecuada de las estructuras asistenciales.

También la entidad y estructura económica hospitalaria han experimentado un cambio. El factor transformador principal ha sido la desamortización. Los dos procesos que afectaron a la beneficencia fueron los de Godoy<sup>35</sup> y Madoz<sup>36</sup>. No vamos a precisar aquí en qué medida cuantitativa, pero sí sus

33. En este sentido hubo fuertes polémicas de competencias, tanto a nivel provincial como local, entre autoridades eclesiásticas y civiles, sobre fundaciones y patronatos mixtos, Juntas, etc. Fue especialmente agudo el conflicto en 1860. Cfr. Real Orden de 10 de agosto de 1860.

34. *Datos estadísticos de Beneficencia y Sanidad en 1859*, 76-79.

35. Real Decreto de 19 de septiembre de 1798 que dispone la venta de bienes de hospitales, hospicios, casas de misericordia, cofradías, memorias, obras pías y patronatos de legos.

36. Ley de 1 de mayo de 1855 que pone en venta los bienes de la beneficencia.

## CRISIS Y TRANSFORMACION DE LA BENEFICENCIA DEL ANTIGUO REGIMEN

repercusiones cualitativas. Ha transformado su estructura económica, que pasa de estar constituida por propiedades y censos a consistir en deuda pública en sus diversas modalidades<sup>37</sup>. Esto podría haber resuelto aquella contradicción señalada entre beneficencia y pobreza con una misma fuente económica, pero el patrimonio benéfico ahora independiente de la tierra y los campesinos no otorga a los hospitales mayor autonomía ni seguridad económica. Más bien los somete a un régimen más inestable y aleatorio, ya que la Hacienda Pública era menos segura que la tierra misma. Retrasos, lagunas en los cobros, incluso impagos, sucesivas reconversiones que aminoran el capital, exposiciones a fluctuaciones políticas eran las constantes. Tampoco los rendimientos mejoran (generalmente no sobrepasó el 3%), además, la infravaloración de las propiedades en un mercado ya saturado y la constante devaluación del capital en las reconversiones no mejora la situación económica de la beneficencia. En definitiva, es el paso decisivo, tan negativo como necesario, en la crisis de la hospitalidad de antiguo régimen. Fue, en cambio, positivo su efecto sobre investigación y recuperación de capitales perdidos, así como el control y exigencia más rigurosa en la gestión e inversión económica<sup>38</sup> y la reducción de costos en el mantenimiento del aparato productivo.

Administrativamente la desamortización reforzó el protectorado del Estado y le facilitó el control. El Gobierno Civil y las Juntas Provinciales vehicularon y condicionan el pago trimestral de los intereses contra un certificado de cumplimiento de cargas por parte del hospital. Supuso, además, una poda en el aparato burocrático de cada institución.

Asistencialmente imposibilitó modalidades indirectas de ayuda con que contaban algunos hospitales ó trabajos eventuales de mantenimiento, oferta de tierras en renta, de préstamo de granos, de créditos, etc. Potenció el desvío hacia los socorros domiciliarios<sup>39</sup>. Aunque en algunos casos es motivo de la creación de nuevos establecimientos<sup>40</sup>, en general consagra el proceso de desinstitucionalización que venimos analizando.

37. Los hospitales fueron obligados a invertir el producto de ventas de bienes, de las desvinculaciones y los excedentes en vales reales, renta del tabaco, caja de amortización, papel de la deuda sin interés, inscripciones nominales...
38. Además de la presentación del certificado de cumplimiento de cargas, estaban sujetos a otros controles: las Juntas Provinciales podían hacerse cargo de la administración de instituciones con irregularidades destituyendo a los patronos.
39. La asistencia estaba bastante desarrollada, concretamente en La Rioja, en 1858, estaba establecida en 13 pueblos de la provincia, socorrió en ese año a 1198 pobres con 2315 rls en dinero y 5105 rls en especie, y a otros 1421 necesitados en 1859, con 5947 rls en dinero y 16703 en especie; procedía el 39% de fondos públicos, el 35% de suscripciones y el 26% de limosnas. *Estadística de 1859*, 84-85.
40. En Sto. Domingo se cede el desamortizado convento de San Francisco para levantar en él "un lujoso y cómodo hospital, hospicio" y escuelas de niños y niñas. Madoz, *Diccionario...*, V, 304.

PEDRO CARASA SOTO

Socialmente subraya la pérdida de valoración y significado de la beneficencia: Los hospitales estaban enraizados en su medio rural o urbano, participaban del mismo ciclo agrícola y de sus crisis, con un calor y una proximidad que los convertía en la “casa de los pobres”; ahora son una oficina de limosnas o un frío hospital sanitario.

Además de la desamortización otro factor ha contribuido al desmantelamiento institucional: la política de agregaciones que tuvo su influencia en el caso riojano desde la segunda mitad del siglo XVIII<sup>41</sup>.

Por fin, la adversa coyuntura de la primera mitad del XIX se encargó de completar esta labor destructiva: crisis de subsistencia inicial, guerra de la Independencia y las propias guerras civiles contribuyeron a arruinar algunos hospitales. El abandono de los patronos particulares apoyó este proceso, quizás como consecuencia de que sus fundaciones no tenían ya una función.

Para confirmar estos efectos sobre el sistema hospitalario riojano hemos utilizado la *Estadística de Beneficencia y Sanidad de 1859* que nos permite recomponer la situación económica y asistencial.

**Cuadro 5. Estructura económica de los hospitales de La Rioja en 1859**

	Hosp. Prov.	Hosps. Munics.	Asilos	Total
Número	1	19	3	23
Gasto total	71949 rls	181425 rls	56741 rls	310115 rls
– personal	24935 rls	107421 rls	19067 rls	151423 rls
– material	47014 rls	74004 rls	37674 rls	158692 rls
Gasto/enfermo	92,7 rls	184 rls	388,6 rls	221,7 rls

Adivinamos ya una nueva organización lograda por la Junta Provincial. Un solo hospital, el provincial de Logroño, acapara más del 23% de los gastos (aunque con retraso respecto del país, donde ya concentran el 50%). La composición del gasto es aun algo arcaica por el peso excesivo del gasto personal (34,6%) logroñés comparado con el nivel nacional (21%). El importe por enfermo tampoco está muy evolucionado, a mitad de camino del nacional (165,4 rls).

Los hospitales municipales-particulares son aun el 82,6%, pero sólo gastan el 58,5% (a escala nacional son el 76% y económicamente el 34,5%). Así como los municipales están en ascenso, estos se hallan en decadencia, sus rasgos arcaicos son más acusados. Un concepto patrimonial de los mismos hiper-

41. Cfr. nota 25. En general, puede decirse que en las villas importantes, los viejos hospitales-albergues del sistema tradicional son integrados en las casas de misericordia y hospicios.

## CRISIS Y TRANSFORMACION DE LA BENEFICENCIA DEL ANTIGUO REGIMEN

trofia su gasto personal hasta un 60% (la media nacional es 33%), dedicando el minoritario resto a administración, asistencia, reparación, inversión, etc. El elevado gasto por enfermo habla más de una mala distribución que de una buena calidad de asistencia. Son, pues, resistentes al cambio y deudores de otra época.

Los asilos son 3 y representan el 18% del gasto. Adolecen de los mismos defectos y se distancian de la tónica nacional.

**Cuadro 6: Actividad hospitalaria y asilar riojana en 1859**

	Hosp. Prov.	Hosps. Munics.	Asilos
Establecimientos	1	19	3
Ingresados 1859	776	986	146
-hombres	529	515	83
-mujeres	247	471	63
Curados	630 = 81,2%	674 = 68,4%	36 = 24,7%
-hombres	440	332	20
-mujeres	190	342	16
Muertos	107 = 13,8%	221 = 22,4%	4 = 2,7%
-hombres	58	155	3
-mujeres	49	66	1
Permanecen	39 = 5,0%	91 = 9,2%	106 = 72,6%
-hombres	31	34	63
-mujeres	8	57	43

Una primera valoración nos confirma en la poca eficacia social del sistema riojano comparándolo con el nacional: En la relación ingresados/población los provinciales acogen en Logroño al 0,45% de la población y en todo el país al 0,51%, así como también están por debajo los asilos (0,08% y 0,11% respectivamente). Es decir, los centros teóricamente en auge se descuelgan de la tendencia general y, en cambio, los tradicionales la superan, pues los hospitales particulares riojanos dieron cama al 0,57% de la población y los del ámbito nacional al 0,48%.

Los asistidos tienen un reparto más coherente con el nacional: La predominancia masculina —aunque menos acusada en La Rioja— nos habla de la mayor resistencia biológica y social de la mujer frente a la necesidad, a pesar de que el número de viudas era siempre mayor. Pero persigamos mejor los índices de mortalidad y curación para medir su eficacia<sup>42</sup>.

42. Los datos del cuadro 7 están tomados de la *Estadística de 1859*, 38-41 y 70-83, y elaborados por nosotros.

**Cuadro 7: Índices demográficos y sanitarios riojanos y nacionales en 1859**

	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento	Mort. enferm.	Curación
Nacional	32,0 %	25,3 %	0,67 %	104 %	83 %
La Rioja	34,5 %	32,9 %	0,16 %	186 %	75 %

Debe notarse primero el retraso riojano en la revolución demográfica, estancado en un régimen de tipo antiguo, sin haber logrado frenar la mortalidad. Esta misma distancia se repite en el caso de la mortalidad hospitalaria, incluso acentuada. Además, esta diferencia es mayor en los establecimientos particulares (22,4%) que en el provincial (13,8%), a pesar de que el gasto por enfermo es mayor en aquellos. Vuelve a reproducirse la diferencia en la capacidad curativa, bien distanciada de la nacional y también diferenciada entre provincial (81,2%) y particulares (68,4%).

Recogemos aquí las mismas valoraciones que dedujimos de la economía: El sistema hospitalario riojano es poco capaz y efectivo asistencialmente. Tal vez la razón estribe en la fuerte y rica herencia hospitalaria que actúa como lastre ante las adaptaciones exigidas y en el entorno riojano que tampoco encamina al ritmo general en la evolución demográfica, económica y social.

#### 4.- LA CONSOLIDACION DE LAS NUEVAS INSTITUCIONES Y LA DECADENCIA DE LAS VIEJAS FUNDACIONES BENEFICAS EN LA RIOJA DE 1907.

Para una apreciación cuantitativa de esta evolución hay que volver al cuadro 1 y ver cómo se consolida un proceso iniciado en 1787. En realidad, la cifra de hospitales se ha fijado a fines del XVIII, por efecto del control y organización decimonona que actúa de freno del deterioro. Lo comprobamos ahora en la Estadística de 1907<sup>43</sup>. Incluso las cifras totales que nos entrega deben matizarse añadiendo que son hospitales inactivos el 44% y sin capital el 39%.

43. *Apuntes para el estudio y la organización...*, 230-235 y 505-506. El marco general de la beneficencia riojana en este momento está compuesto por las siguientes instituciones:

	Religión	Pobres	Enfermos	Instrucción	Pensión	Total
Activas	8	23	20	24	12	87
No activas	9	12	16	6	11	54
Total	17	35	36	30	23	141

Y el reparto económico de estas ascendía a 4.289.825,57 ptas. repartidas así:

	Sin capit.	0 a 10.000	10.000 a 100.000	100.000 a 500.000
Activas	11	13	36	9
No activas	33	11	2	0
Total	44	24	38	9

## CRISIS Y TRANSFORMACION DE LA BENEFICENCIA DEL ANTIGUO REGIMEN

La distribución avanza en equilibrio y racionalidad, como también se observa en el mapa evolutivo, y la clasificación consolida la figura de los 4 hospitales provinciales que protagonizan la mayoría de los ingresos y la casi totalidad de la asistencia. Los 38 particulares dependen en un tercio de ayuntamientos, otro tercio son mixtos con la Iglesia, 8 son privados y 4 exclusivamente eclesiásticos. La beneficencia particular se ha hundido, la que resta está en manos municipales en un 68%, el papel de la Iglesia es ya insignificante.

Su economía también ha seguido una distinta evolución. Los 4 hospitales provinciales cuentan con un capital medio de 437.226,8 ptas. cada uno, los 38 particulares no alcanzan las 10.000 ptas. cada uno. Aunque en los primeros no se expresa, su capital está compuesto casi totalmente por deuda pública y ofrecen un rendimiento del 4,9%, algo superior a la media nacional en estos centros (3,5%). La estructura de su ingreso consiste en un 79% de rentas propias, un 20,5% de subvención oficial y el resto de limosnas (aquí se separa de la tónica nacional, 18,2%; 78,3% y 3,5% respectivamente). Es de notar la escasa participación pública que nos habla del fuerte lastre tradicional, en contraste con la notable financiación oficial que ya se ha impuesto a nivel nacional.

La composición del capital de los hospitales particulares de La Rioja en 1907 aun guarda restos de su vieja estructura: 0,21% en fincas rústicas, 1,96% en fincas urbanas, 3,93% en censos, 24,25% en títulos financieros y 69,65% en deuda pública. De ellos, más del 44% están inactivos. Más aun, el 40% no tiene capital al perderse las inscripciones. Esto confirma la inseguridad del sistema económico nacido de la desamortización.

La actividad asistencial de los provinciales nos viene dada en el número de camas y las estancias en ellas causadas. Las 915 camas eran superiores en varias veces al total de los particulares y rebasa también la media nacional (116 camas por hospital provincial). También la utilización y rendimiento social de las mismas es superior: las logroñesas están ocupadas 345 días al año y las nacionales sólo 264. El coste de cada estancia es de 1,13 pts., parecido al nacional. Calculando 50 estancias por enfermo (según media de otros hospitales<sup>44</sup>) resultan 6.300 enfermos (más del triple de los asistidos en todo el conjunto hospitalario riojano de 1859) que suponen el 16% de los pobres de la provincia, que en este momento son casi 39.000.

44. La media, aunque puede resultar variable, está tomada de los Libros registros de enfermos del Hospital Real de Villafranca Montes de Oca, en su Archivo Particular.

## CONCLUSIONES

Se da un proceso de desinstitucionalización del sistema hospitalario riojano desde 1750 hasta 1907, que se manifiesta en unas determinadas fases y dimensiones cuantitativas y se explica por unas transformaciones estructurales inscritas en la crisis del antiguo régimen.

Las fases son: En 1750 lo hallamos en pleno funcionamiento, algo deteriorado físicamente. En 1787 se ha iniciado el desmantelamiento de un viejo sistema inadecuado y de corta efectividad social. En 1850 se consolida el proceso destructivo de la institución tradicional, a pesar de los esfuerzos organizativos del Estado, y se apuntan instituciones nuevas que reproducen el viejo sistema en buena medida. En 1907 certificamos la defunción del conjunto hospitalario tradicional y aparece crecido el nuevo conjunto de hospitales provinciales como alternativa válida parcialmente para la nueva demanda social.

Las transformaciones de fondo que lo explican son: la marginación de la pobreza como fruto de unas estructuras económicas, funciones sociales, conceptos ideológicos y manifestaciones institucionales propios del antiguo régimen que desaparecen o se transforman en otras fuerzas económicas, protagonistas y necesidades sociales, esquemas mentales e instituciones que no asimilan la vieja pobreza ni ofrecen una nueva solución al problema de la asistencia social en la nueva sociedad industrial. Los factores que laten bajo estas mutaciones son: la ampliación de los circuitos socioeconómicos, la aparición de otras fuerzas productivas que generan otro tipo de indigencia, el ascenso de clases sociales con un nuevo concepto de la relación riqueza/individuo, la revolución de los transportes y la ciencia médica, las desvinculaciones y desamortizaciones, la secularización mental, la sustitución del papel de la Iglesia en la nueva concepción administrativa del Estado liberal.

CRISIS Y TRANSFORMACION DE LA BENEFICENCIA DEL ANTIGUO REGIMEN



