Curso 2011/12
HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES/15
I.S.B.N.: 978-84-15910-45-9

FRANCISCO JAVIER CASTRO MOLINA

Arquitectura y medicina en Canarias. Dispositivos asistencialesy recursos sanitarios en Tenerife (s. XVI-XX)

Directores
MARÍA ISABEL NAVARRO SEGURA
JESÚS PÉREZ MORERA

SERVICIO DE PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS
Serie Tesis Doctorales

A mis tres tesoros,

Carla, Abián y Vanessa.

.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a Mª Isabel Navarro Segura, por haber aceptado tanto la dirección como la tutoría del presente trabajo de investigación, en el que he procurado aunar tanto mis conocimientos de arquitectura adquiridos a lo largo de la Licenciatura de Historia del Arte como de los propios de mi profesión enfermera, por su constante interés y entusiasmo, pero sobre todo por haberme apoyado en los momentos más difíciles y haberme hecho recuperar la confianza a la hora de recoger los frutos de estos años de esfuerzo. No debo olvidar, pese a haberse incorporado posteriormente, la dedicación y paciencia con la que Jesús Pérez Morera ha tratado la empresa que teníamos entre mano. Resalta igualmente, el consejo y ayuda prestado por el profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna, Justo Hernández Rodríguez, experto y *compañero de camino* en el campo del Conocimiento y la Ciencia que se aborda en este trabajo.

A las autoridades y personal encargados de los distintos archivos y bibliotecas, que han sido fundamentales y han propiciado las condiciones idóneas para el desarrollo de esta investigación, por poner a mi disposición los medios necesarios y la documentación que celosamente custodian en sus dependencias, lo que ha originado, junto a un esfuerzo titánico, la realización de esta tesis doctoral.

A mi familia y amigos, por haberme apoyado constantemente, pero sobre todo por respetar mi independencia y el tiempo que he dedicado a la realización de este trabajo, robado a ellos en muchas ocasiones y a los momentos que debiera haber dedicado al mundo de lo onírico.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 15

METODOLOGÍA..... 20

1. CAPITULO I - SALUD Y ENFERMEDAD 28
1.1. CONCEPTO DE SALUD. 30
1.2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD. 34
1.3. POBREZA, PAUPERISMO Y ACCIÓN SOCIAL..... 38
1.3.1. ORÍGENES Y CONCEPTO DE LA SOLIDARIDAD, CARIDAD Y FILANTROPÍA.. **40**
1.3.2. IMPULSORES Y CAUSAS DE UNA CONCEPCIÓN DIFERENTE EN ESPAÑA Y EUROPA……. **..... 53**
1.4. CONSIDERACIONES SANITARIAS, MÉDICAS Y SOCIALES. LOS AVANCES CIENTIFICOS DESDE EL MEDIEVO HASTA LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.... 61

2. CAPITULO II. LA ORGANIZACIÓN SOCIAL EN NÚCLEOS URBANOS (SIGLOS XIX-XX). ……..88
2.1. EL PODER. 89
2.1.1. EL PODER CENTRAL. **..... 91**
2.1.2. EL PODER PROVINCIAL, INSULAR Y MUNICIPAL. **..... 98**
2.2. ESPACIO. 104
2.2.1. EL SISTEMA DEFENSIVO: FORTIFICACIONES, CASTILLOS Y MURALLA. **.... 107**
2.2.2. ABASTECIMIENTO DE AGUAS Y LA LIMPIEZA URBANA. **..... 108**
2.2.3. MERCADOS Y PLAZAS DE ABASTOS. **..... 114**
2.2.4. EL CEMENTERIO. **..... 116**
2.2.5. EL PUERTO. **..... 118**
2.3. LA SOCIEDAD. 120
2.3.1. ESTADÍSTICA Y EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN. **..... 123**
2.3.2. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS: INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN. **..... 125**

3. CAPITULO III. EL TRÁNSITO DESDE LAS EPIDEMIAS A LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA. 132
3.1. MALES, INFECCIONES Y EPIDEMIAS. 132
3.1.1. EPIDEMIAS DURANTE EL SIGLO XIX: FIEBRE AMARILLA, CÓLERA-MORBO Y FIEBRES PALÚDICAS. **..... 134**
3.1.2. EPIDEMIAS DURANTE EL SIGLO XX: GRIPE. **..... 140**
3.2. PREVENCIÓN E HIGIENE 142
3.2.1. LA IDEOLOGÍA CIENTÍFICA Y SOCIAL DE LA HIGIENE. 143
3.2.2. LA INTRODUCCIÓN DEL HIGIENISMO EN ESPAÑA. 153
3.2.3. LA HIGIENE EN EL CONTEXTO DE LA URBE.....162
3.2.4. INICIOS DE LA HIGIENE PÚBLICA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE. 168
3.3. LEGISLACIÓN Y POLÍTICA EN MATERIA DE SANIDAD (SIGLOS XIX-XX)..... 182
3.3.1. SITUACIÓN POLÍTICA EN ESPAÑA DURANTE LOS SIGLOS XIX Y XX. **..... 186**

3.3.2. LEGISLACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA (SIGLOS XIX Y XX). **..... 206**
3.3.3. LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE TENERIFE. **..... 233**

4. CAPÍTULO IV. ARQUITECTURA, MEDICINA Y ASISTENCIA…. 242
4.1. APROXIMACIÓN A LAS TIPOLOGÍAS ARQUITECTÓNICAS HOSPITALARIAS. 242
4.2. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES Y RECURSOS SANITARIOS EN SANTA CRUZ DE TENERIFE (SIGLO XVI AL XX). 260
4.2.0. EVOLUCIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS ARQUITECTÓNICAS HOSPITALARIAS EN CANARIAS. 260
4.2.0.1. LAS FORMAS PRÍSTINAS DE LOS HOSPITALES EN CANARIAS. 260
4.2.0.2. LA FUSIÓN DE ARQUITECTURA E HIGIENISMO EN EL «EDIFICIO GENERADOR DE SALUD»: IDEAS Y PROPUESTAS ARQUITECTÓNICAS. 296
4.2.0.3. LA ADAPTACIÓN DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL A UNA ETIOLOGÍA Y A LOS DESCUBRIMIENTOS DE LA CIENCIA. 305
4.2.1. HOSPITALES DEPENDIENTES DEL ANTIGUO CONCEJO INSULAR (ÉPOCA DE LA CONQUISTA: SIGLOS XVI Y XVII). 321
4.2.1.1. REAL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES Y SAN MARTÍN OBISPO (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA). 321
4.2.1.2. HOSPITAL DE SAN SEBASTIÁN (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA). 357
4.2.1.3. HOSPITAL DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD (LA OROTAVA). 373
4.2.1.4. HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL PATROCINIO Y SAN JUAN EVANGELISTA (ICOD DE LOS VINOS)…. 373
4.2.1.5. DEL LAZARETO DE GRAN CANARIA A LA LEPROSERÍA DE ABADES. 410
4.2.2. BENEFICENCIA Y ASISTENCIA EN EL SIGLO XVIII……. 435
4.2.2.1. HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DESAMPARADOS (SANTA CRUZ DE TENERIFE). 435
4.2.2.2. REAL HOSPICIO DE SAN CARLOS (SANTA CRUZ DE TENERIFE). 495
4.2.2.3. LAZARETO DE OBSERVACIÓN DE CABO LLANO (SANTA CRUZ DE TENERIFE). 495
4.2.3. LOS AVANCES DE LA CIENCIA Y LAS CORRIENTES HIGIENISTAS: HOSPITALES, HOSPICIOS Y CASAS DE ACOGIDA FUNDADOS EN EL SIGLO XIX…….. 504
4.2.3.1. HOSPITAL MILITAR (SANTA CRUZ DE TENERIFE). 504
4.2.3.2. HOSPITAL DE LA COMANDANCIA DE MARINA (SANTA CRUZ DE TENERIFE). 530
4.2.3.3. CASA PROVINCIAL DE MATERNIDAD Y CASA PROVINCIAL DE HUÉRFANOS Y DESAMPARADOS (SANTA CRUZ DE TENERIFE). 531
4.2.3.4. CASA PROVINCIAL DE MISERICORDIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE). 533

4.2.4. LOS MICROBIOS Y EL CAMBIO ETIOLÓGICO: DISPOSITIVOS Y RECURSOS ASISTENCIALES DISEÑADOS EN EL SIGLO XX (PRIMERA MITAD). 534
4.2.4.1. HOSPITAL DE NIÑOS.....534
4.2.4.2. MANICOMIO DE TENERIFE.....550
4.2.4.3. INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE. 571
4.2.4.4. SANATORIO ANTITUBERCULOSO DE OFRA Y PREVENTORIO ANTITUBERCULOSO INFANTIL.....578
4.2.4.5. JARDIN INFANTIL DE LA SAGRADA FAMILIA. 602
4.2.4.6. DISPENSARIO ANTIVENÉREO. SIFILICOMIO. INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDAD.....602

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES. 630

FUENTES DOCUMENTALES 655

BIBLIOGRAFÍA..... 666

CRÉDITOS DE LAS ILUSTRACIONES 683

ANEXOS DOCUMENTALES 700

INTRODUCCIÓN

Conceptos como salud-enfermedad, pobreza-caridad y vida-muerte, unidos a otros de igual trascendencia, como asistencia, arquitectura y la hospitalidad, han sido objeto de numerosos análisis y estudio desde diferentes disciplinas a lo largo de los tiempos. Todos ellos han sido considerados como asuntos de gran interés histórico, cuyo estudio se deja sentir desde los años sesenta del siglo pasado, debido al triunfo de la *Historia Social*.

Casi en su totalidad, la evolución de la arquitectura hospitalaria ha estado estrechamente ligada a un concepto asistencial controlado por el binomio pobreza-enfermedad. Esta situación conllevó a una búsqueda perpetua de una tipología arquitectónica funcional que se adaptara a los cometidos que debía realizar desde un punto de vista asistencial y de aislamiento. La labor desempeñada por las reales academias y los trataditas facilitaron la proximidad a los conocimientos de nuevas formas constructivas adaptadas a los descubrimientos y avances de la Ciencia.

La palabra latina *hospes* será la precursora de vocablos tales como hospicio, hospital, hospedería u hotel, todos ellos con diversidad de competencias apoyadas por un amplio abanico de benefactores que los sustentaban, promovidos por la caridad y la religión, situación que dio inicio desde los primeros albores de la Edad Media. Dos términos son los que se instauran para definir este tipo de establecimientos, cuyo objetivo se centró en la atención al menesteroso, primando las funciones de alojamiento y aislamiento sobre la asistencia médica. Una de las locuciones más comunes es la de *hospital*, expresión que ha perdurado a lo largo de los tiempos hasta llegar a nuestros días, y en el que se ha mantenido perenne su connotación místico-religioso: *Maison-Dieu* u *Hôtel-Dieu* en Francia, *Gogshuis* en los Países Bajos, o *God's House* en Inglaterra; y en segundo lugar, la expresión latina *infirmitorium*, denominación propia del ámbito monacal que en el mundo anglosajón se convirtió en *Infirmary* y en el galo *Infirmerie*.[1]

[1] Así como en el ámbito europeo persiste la utilización del término *hospital*, en los Países Bajos es común el empleo del vocablo *gasthuis* para referirse al hospital en el sentido de albergue, aunque en algún momento se aplicó para designar a las *casas donde se asisten a enfermos*.

Los primeros modelos arquitectónicos hospitalarios[2] nos remiten al esquema benedictino de *Saint Gall,* articulados a partir de sistemas claustrales que centralizaban el lugar destinado culto, convirtiéndolo en el referente de todos los asilados del establecimiento. Esta conexión *cama-altar* fue un modelo que estuvo presente a lo largo de toda la Edad Media, perdurando hasta el siglo XIX, y primando por encima de otros aspectos relevantes como las obligaciones higiénicas y médicas[3]. Durante el Renacimiento, la tipología arquitectónica se vio modificada considerablemente, dando paso a monumentales edificios palaciegos, articulados a partir de una planta cruciforme en la que se insertaban patios y logias, ubicando a los dolientes en salas de considerable tamaño[4]. Con el Barroco se produjeron nuevamente una modificación de las características arquitectónicas, como fue el uso de la planta radial, perdurando el protagonismo del «recinto sagrado», situación que no mutó hasta la segunda mitad de XVIII, momento en el que se priorizó el espacio destinado a la atención de los aquejados y enfermos[5]. Esta «novedosa concepción higiénica» será trasladada al siglo XIX, momento en el que se implantó, materializándose en una organización de los edificios a partir de pabellones que procuraban seguir las directrices establecidas por las corrientes higienistas que se encontraban en su apogeo y dentro de las reformas borbónicas que buscaban una clarificación y racionalización de los recurso arquitectónicos efectivos. Este acúmulo de características adquiridas a lo largo de los siglos, en ocasiones se aglutinaban en una misma forma constructiva. Pese a ello, desaparecieron en el momento en el que el hospital adquirió un carácter exclusivamente sanitario y asistencial, estableciendo una coherencia entre su formato y la finalidad para la que había sido diseñado. Los avances científicos de la disciplina médica generaron la necesidad de efectuar modificaciones estructurales en los antiguos edificios hospitalarios europeos.

[2] Debe destacarse que existen antecedentes en el mundo antiguo de arquitectura hospitalaria que se abordarán a lo largo del presente documento.
[3] JETTER, D. Los hospitales en la Edad Media. In, LAIN ENTRALGO, P. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Editorial Salvat, 1972, Tomo 3, p. 263-295.
[4] Son referentes de esta tipología los hospitales italianos como el *Ospedale Maggiore* de Milán (c. 1456) y los hospitales reales, insignia de la Corona Española.
[5] CARASA SOTO, P. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1985, p. 31.

A partir del siglo XIII los europeos comenzaron a extender su poder e influencia sobre los continentes asiático y africano para terminar a fines del siglo XV incorporando a América a unos mercados que procuraban adaptarse a las crecientes necesidades de consumo. Este desarrollo, tanto del comercio como de la economía europeas, aumentó su necesidad de disponer de metales preciosos que permitieran acuñar monedas. A ello se unió la necesidad de eliminar a costosos intermediarios, llegando directamente a las fuentes de producción de los valiosos productos orientales. La fase expansiva de las monarquías del sur de Europa, y sobre todo la de Portugal y España, suponía un reforzamiento de poder real, imbuido todo por un espíritu de cruzada en defensa del Cristianismo. A finales del siglo XV, con la culminación de la conquista de las Islas Canarias y el Descubrimiento de América, se le otorgó al territorio insular el privilegio de convertirse en un «pequeño laboratorio experimental» cuyos resultados serían posteriormente trasladado al continente americano como herramienta de colonización. Tras la ocupación de las Islas, surgió la necesidad de dotar de los recursos asistenciales propios para pequeñas urbes que comenzaban a nacer y crecían con rapidez. Los modelos empleados aunaban los recursos arquitectónicos monacales y una arquitectura doméstica que surgía como resultado de una amalgama de culturas. Los siglos siguientes, XVI, XVII y XVIII, carecieron de cambios en los referente a los planteamientos desde el punto de vista asistencial, no produciéndose una ruptura con el ideario científico previo hasta finales del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX. A estas innovaciones científico-médicas se le unieron las políticas sanitarias que mediatizaron considerablemente y marcaron las directrices a seguir en la adopción de una determinada tipología arquitectónica. De igual manera, estas instrucciones y normas no fueron asumidas por igual, lo que originó una falta de previsión y de intervención en los edificios ya existentes. Pese a que el siglo XX desde su inicio aportó considerables modificaciones en el campo de la asistencia, es el breve momento republicano el que se caracteriza por una política sociosanitaria cargada de reformas y cambios que giraban en torno a una nueva concepción igualitaria y científica del individuo.

Conjugar el arte, la arquitectura y la asistencia sanitaria prestada en el Archipiélago de las Canarias, y en concreto en la isla de Tenerife durante la primera

mitad del siglo XX, es el objetivo del tema que se aborda en el presente trabajo de investigación, situación que le da un carácter inédito ya que hasta la fecha no se ha aglutinado tantos conocimientos sobre esta materia[6]. Para procurarlo, se han revisado las fuentes documentales existentes en las diferentes instituciones locales y centrales, a lo que se ha unido el examen exhaustivo de las fuentes bibliográficas de disciplinas como la Historia Moderna, la Historia Contemporánea, la Historia del Arte y la Historia de la Medicina[7]. Además, a todas esta operación, se le une la de efectuar un examen de los diferentes trabajos de historiadores que han tratado este tema, hallándose, en algunas de las investigaciones dedicadas al estudio de la pobreza y a aspectos sanitarios de las instituciones hospitalarias, una considerable relación entre la Historia de la Sanidad y la Historia Social.

[6] En la presente obra, se abordan la arquitectura y asistencia hospitalaria desde el momento en que se produce la incorporación de las Islas Canarias a la Corona de Castilla tras la Conquista.

[7] Entre ellos destaca Pedro Laín Entralgo. Creó varios centros de investigación, uno de los más importantes es el Instituto Arnaldo Vilanova, dependiente del C.S.I.C. Fue el editor de la primera revista especializada sobre este tema: los *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina* (1949), publicación que en la actualidad se conoce con el título de *Asclepio.* También fue tarea suya la constitución de la *Sociedad Española de Historia de la Medicina,* que ha celebrado periódicos congresos desde 1963, y la aparición de cátedras universitarias de Historia de la Medicina más allá de aquella única existente en 1942 en la Universidad Central de Madrid. Entre los discípulos más destacados están: Sánchez Grajel, López Piñeiro, García Ballester, Carrera Pachón, Amasuno, Tolivar Faes, Contreras Dueñas, y Suárez Inclán, entre otros.
Como apunta Fabián Alejandro Campagne, la renovación llevada a cabo por Laín Entralgo en España será comparable a la realizada por Sigerist en la historia general de la medicina o, por Febvre y Bloch en la historiografía general.
CAMPAGNE, F.A. Historia social e historia de la medicina. In, GONZÁLEZ DE FAUVE, M.E. (Coord.) *Medicina y sociedad: curar y sanar en la España de los siglos XIII al XVI.* Madrid: Instituto de Historia de España Claudio Sánchez Albornoz; Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 1996, p. 37.

METODOLOGÍA

Retomar, analizar y estudiar las representaciones de un pasado histórico determinado, precisa de construir un discurso interpretativo desde nuestro presente, sin perder de vista que cada vez que nos vamos alejando más de éste, se desmorona la profundidad de la alocución a la par que nuestras informaciones históricas, para finalmente, lograr rescatar del olvido tan solo una parte de ese pasado.[8]

El estudio que presento, es una visión global de los «ejemplos arquitectónicos destinados a la sanación y el cuidado» en la isla de Tenerife desde el siglo XVI, momento en el que se finaliza la Conquista de las Islas Canarias, hasta la primera mitad del siglo XX. Este trabajo, puede ser realizado desde diferentes puntos de vista y con resultados muy variados, donde ha influido considerablemente la disponibilidad de la documentación con la que he trabajado, situación que me hace considerar que unos temas u otros no han tenido la misma atención.

A la hora de abordar el tratamiento metodológico del tema, desde la arquitectura hospitalaria canaria, se me presentaron al menos dos posibilidades claramente definidas. Por un lado se podía haber realizado simplemente un análisis lineal y diacrónico, edificio por edificio, y por otro, el estudio de los principales hitos y sus repercusiones en el ámbito sanitario, no solo a escala insular sino provincial. En mi labor investigadora he tratado de combinar ambos puntos de vista para favorecer un mayor conocimiento de la cuestión abordada y tratada. Los pilares básicos en los que se fundamenta esta tesis son dos, por una parte una base bibliográfica sólida y extensa, y por otra el aporte de fuentes documentales tanto inéditas como publicadas, que vienen a complementar este catálogo de publicaciones en el que me baso. Toda la información recogida de estas fuentes que aparecen en este apartado y la bibliografía consultada, parte de la cual aparece citada a pie de página, son datos que me permitieron dar forma al contenido de este trabajo.

Tomando como propuesta el marco cronológico, geográfico y temático, la primera fase de este trabajo, toma rumbo hacia las fuentes. Es por ello, que me decanto

[8] DUBY, Georges. *Diálogo sobre la historia*. Madrid: Alianza Editorial, 1988, p. 78.

por un método de investigación dirigido a descubrir algo que no se conoce, después de una elaboración meticulosa de tareas como interpretar, reconstruir y descubrir todos aquellos conocimientos existentes, pero desconocidos sobre los actos asistenciales y su entorno en los hospitales de Tenerife. Llevándome a través del tratamiento heurístico he trabajado en diferentes archivos que incorporo a este documento en una tabla al final de este punto.

La segunda fase, viene precedida por la conclusión de la labor de archivo para dar paso al tratamiento de fuentes, elaborando tablas, a partir de la documentación consultada que se ha sometido a un proceso de digitalización para facilitar su estudio en este trabajo u otros que se efectuarán *a posteriori*. Una reproducción de la documentación consultada está depositada en el volumen II, organizada a partir de cada una de las instituciones estudiadas, y será la base de una importante parte de este trabajo.

En la tercera fase se realizó una valoración de la documentación y el material gráfico, tratando de analizar la realidad asistencial desde el mayor número de ángulos posibles: la tipología arquitectónica de los centros asistenciales en Santa Cruz de Tenerife, San Cristóbal de La Laguna y La Orotava; los orígenes, dotaciones y estructura de los dispositivos asistenciales existentes; la forma en que se ejercía la medicina en los territorios insulares; y también el comportamiento del hombre contemporáneo ante la salud, la enfermedad y la muerte.

Sobre todo lo anteriormente expuesto, desarrollé un plan de trabajo articulando, el documento que a continuación se presenta, en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo analizaremos los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, los planteamientos de la medicina moderna y contemporánea, y sus relaciones con la medicina griega y árabe.

La organización social de los núcleos urbanos, será analizada en el segundo capítulo, a través de tres puntos principales: la sociedad, el poder y el espacio, analizando cuestiones como el concepto de enfermo para la sociedad del momento, las actuaciones de las instituciones en la asistencia a los enfermos, poniendo en funcionamiento tanto los estatutos como las ordenanzas.

En el capítulo tercero, se analizan las principales enfermedades que se manifestaron durante el siglo XIX y mitad del XX, haciendo especial interés en las infecciosas que asolaron a la población de Santa Cruz de Tenerife. Seguidamente se hace una valoración de la higiene en el contexto de la urbe, así como los *primeros pasos* de la Higiene Pública en Santa Cruz de Tenerife.

En el último capítulo, el cuarto, se analizan los dispositivos asistenciales y hospitalarios de Santa Cruz de Tenerife estableciendo una división entre los existentes hasta finales del siglo XIX y los que continúan o son de nueva creación en la primera mitad del XX, pese a que algunos de ellos se realiza un estudio retrospectivo desde su fundación, en algunos casos muy cercana al momento de la Conquista: Hospital de Nuestra Señora de los Dolores y el Hospital de San Sebastián en San Cristóbal de La Laguna; y el Hospital de la Santísima Trinidad en La Orotava; Lazareto de Gran Canaria-Leprosería de Abades; Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados; el Hospicio de San Carlos; el Lazareto de Observación; Hospital Militar; Casa Provincial de Maternidad, Casa Provincial de Huérfanos y Desamparados, Casa Provincial de Misericordia, Hospital de Niños; Hospital de Niños; Manicomio Provincial; Sanatorio Antituberculoso de Ofra; el Jardín Infantil de la Sagrada Familia; Dispensario Antivenéreo-Sifilicomio; Instituto Provincial de Higiene e Instituto Provincial de Sanidad.

FUENTES DOCUMENTALES	
ARCHIVO/BIBLIOTECA/ FONDO	**DOCUMENTACIÓN CONSULTADA**
ARCHIVO DEL CABILDO INSULAR DE TENERIFE, EN SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA (A.C.I.T.).	Actas del Cabildo Insular de Tenerife comprendido entre 1850-1950 (clave de esta investigación). Expedientes y legajos relacionados con Beneficencia y Fomento.
ARCHIVO HISTÓRICO PROVINCIAL DE SANTA CRUZ DE TENERIFE (A.H.P.S.C.T).	Expedientes y documentos de la Mancomunidad Provincial Interinsular de Santa Cruz de Tenerife (Manicomio Provincial de Tenerife), de la Mancomunidad Sanitaria, Acción Social, Diputación Provincial, Gobierno Civil y Asociación Caritativa de la Infancia.
ARCHIVO DIOCESANO DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA. (A.D.S.C.L.L.).	Documentos relacionados con la asistencia prestada y sus características (instalaciones, sus posesiones, tipo de enfermos acogidos, personas que los cuidaban así como el tipo de tratamientos que les eran aplicados) en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados (Memorial de Agustín de Miranda), Hospital de Nuestra Señora de los Dolores y Hospital de la Santísima Trinidad.
ARCHIVO DE LA REAL SOCIEDAD ECONÓMICA DE AMIGOS DEL PAÍS DE TENERIFE. (A.R.S.E.A.P.T.).	Documentos del desaparecido Hospital de San Sebastián en San Cristóbal de La Laguna.
ARCHIVO PARROQUIAL DE LA IGLESIA DE LA CONCEPCIÓN, DE SANTA CRUZ DE TENERIFE (A.P.I.C).	Documentación ordenada en legajos del Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados (fábrica y planos).
ARCHIVO HISTÓRICO DEL COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE CANARIAS (A.H.C.A.C.).	Documentos del edificio del Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados. Bibliográfica y hemeroteca (biblioteca).
ARCHIVO MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DE TENERIFE (A.M.S.C.T.).	Documentación del Manicomio Provincial de Tenerife (planos).
ARCHIVO MUNICIPAL DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA (A.M.L.L.).	Documentos: Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, Hospital de San Sebastián, Jardín Infantil de la Sagrada Familia y del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso.
ARCHIVO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FEBLES CAMPOS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE (A.H.P.F.C.).	Planos del proyecto original para el Manicomio de Tenerife y documentos fotográficos.
ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE LA OROTAVA (A.H.S.T.L.O.).	Libros de cuentas, documentos sueltos y legajos pendientes de ordenar y clasificar sobre el Hospital de la Santísima Trinidad.

ARCHIVO PRIVADO DEL DR. TOMÁS CERVIÁ CABRERA (A.P.T.C.C.).	Documentación, fotografías y bibliografía del archivo personal del médico Dr. Tomás Cerviá.[9]
BIBLIOTECA NACIONAL DE ESPAÑA (B.N.E.).	Bibliografía relacionada con Salud Pública, Sanidad y Beneficencia de diferentes autores entre 1800 y 1950 aproximadamente.
BIBLIOTECA Y FONDO ANTIGUO DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (B.U.L.L.).	Bibliografía relacionada con Salud Pública, Sanidad y Beneficencia de diferentes autores entre 1900 y 1950 aproximadamente, centrándome en aquellas con carácter local.
BIBLIOTECA HISTÓRICA MILITAR DE SANTA CRUZ DE TENERIFE (B.H.M.S.C.T).	Documentación del Fondo del Mando Económico de Canarias (1930-1950) y del Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife.
BIBLIOTECA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DE TENERIFE (B.M.S.C.T.).	Documentación del Fondo Pedro García Cabrera.
BIBLIOTECA MUNICIPAL DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA (B.M.S.C.L.L.).	Documentación sobre el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores.
FUNDACIÓN PEDRO GARCÍA CABRERA (F.P.G.C.).	Documentación existente, en soporte papel e informático, sobre la figura del polifacético Pedro García Cabrera.
LEGADO MIGUEL TARQUIS EN EL DEPARTAMENTO DE ARTE DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (L.T.U.L.L.).	Documentos y fotografías relacionados con el ámbito artístico y cultural canario (arte religioso y civil).

[9] Entre las que se cuentas fotografías, cartas y su tesis doctoral, esta última dedicada al Dr. Juan Negrín López durante su estancia en la Universidad Central de Madrid como profesor.

CAPÍTULO I

SALUD Y ENFERMEDAD

1. CAPITULO I - SALUD Y ENFERMEDAD.

A lo largo de la Historia de la Humanidad ha existido una marcada preocupación por la idea de vida y muerte, así como por las de salud y enfermedad. Estos constructos se han ido modificando en función al momento histórico, de la cultura, del sistema de conocimientos y del sistema social, para poderse adaptar a los descubrimientos que han ido surgiendo con un intento de dar explicación al mundo y todos y cada uno de los «hechos incontrolables» que acaecen en él. En un largo y primer momento primaba una concepción mágico-religiosa, pensamiento primitivo, que se centrará en la creencia de la enfermedad como un castigo divino.

Tanto la civilización egipcia como la mesopotámica establecerán una concepción innovadora y diferente transformándola en un desarrollo de la higiene personal y pública. Igualmente, esta preocupación y cambio, surge en la civilización hebrea que estableció uno de los primeros códigos sanitarios de la Humanidad, la Ley Mosaica, en la que se describían ordenamientos estrictos sobre la higiene personal, la alimentación, la profilaxis de enfermedades transmisibles o el comportamiento sexual.

La cultura grecorromana marcará un verdadero inicio de la palabra higiene, destacando la inspiración del mundo helénico en la mitología, con dioses como Higea, «Diosa de la Salud», o Asclepio, «Dios de la Medicina». El Imperio Romano, Hipócrates, padre de la Medicina, aplicará conocimientos de carácter urbanístico a la Sanidad Pública, edificando dispositivos que doten a las urbes de aguas limpias, como los acueductos, o eliminen las inmundicias fétidas de las aguas negras ayudados de las cloacas.

Tras la caída del Imperio Romano y el inicio de la Edad Media, las escuelas monásticas, y en concreto la *Scuola Medica Salernitana* (Salerno), realizarán la enseñanza del arte de la medicina hipocrática con un sentido higienista de la salud, que recogieron en un volumen con numerosos consejos[10]. A este momento siguió el

[10] Fue la primera escuela medieval ubicada en Salerno (región de la Campania, Italia), considerándosela la mayor fuente de conocimientos médicos de la Europa de ese momento. Se fundó en el siglo IX, llegando a su máximo esplendor entre los siglo X al XIII. Existían en ella documentos médicos árabes traducidos al griego que posteriormente fueron transcritos al latín

esplendor presente durante el Renacimiento en el que se producen importantes avances en materia de salud.

Pero verdaderamente es el siglo XIX el momento en el que se pone un mayor énfasis a la Salud Pública en Europa y Estados Unidos. Las medidas instauradas en el mundo anglosajón, las leyes de salud pública, promovidas por Edwin Chadwick, supondrán una reducción importante en la mortandad ocasionada por algunas enfermedades infecciosas, diezmadoras de la recién creada población proletaria. A ello se le unió el trabajo efectuado por Koch que sostenía que la enfermedad pasaba de una persona enferma a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Todo esto llevó a focalizar la acción hacia microorganismos específicos, centrándose la Salud Pública en combatir la suciedad de las urbes mediante infraestructuras y reglamentos que articulaban normativas severas. El siglo XX se caracterizará en un resurgimiento maduro de la Microbiología y la forma de combatir los microorganismos.

Como se ha expuesto, de manera muy somera, a lo largo de los tiempos y en las diferentes sociedades, las prácticas que se llevaban a cabo para curar las enfermedades o para proporcionar salud, siempre tuvieron algún tipo de relación con la religión o la magia, superándose esta concepción a medida que se ha ido avanzando en la conquista del intelecto, con la consiguiente adaptación de los individuos a los cambios sufridos y para adaptarse a los nuevos descubrimientos, apareciendo los diferentes patrones o paradigmas que en cada momento han conformado las convicciones sociales y culturales.

Teóricamente, la salud y la enfermedad han estado vinculadas manteniendo concordancia y sin establecer una disimilitud, secundaria a una concepción de la enfermedad como una carencia de salud, incapaz de ser resuelta por medio de la Ciencia, situación presente hasta la llegada de un progreso del saber de las disciplinas médicas. Esta situación, anteriormente comentada, da respuesta al cambiante significado de salud-enfermedad a lo largo de los siglos.[11]

---

en la Biblioteca de Montecassino. Tal era la calidad formativa de esta Escuela, que sus alumnos y alumnas eran muy apreciados en el entorno mediterráneo occidental.

[11] GARCIA BALLESTER, L. *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España Medieval*. Barcelona: Editorial Península, 2001, p. 82. *Historia, Ciencia, Sociedad, 321*.

1.1. CONCEPTO DE SALUD.

Los conceptos, y en concreto el de salud, no han sido perennes e independientes de los seres humanos y de la avatares de la Historia, sino que ha estado siempre vinculado a una teoría concreta y articulada a partir de unas ideas o forma de percibir el mundo que nos rodea, a una sociedad siempre compleja en su configuración y a un periodo histórico concreto[12]. Es aquí donde radica el interés de valorar, brevemente, los distintas criterios y pareceres que las diferentes civilizaciones han presentado en el caminar de la Humanidad.

1. Michiel Jansz van Mierevelt: *Lección de anatomía del Dr. Willem van der Meer* (1617).

La cultura china, durante el siglo V a.C., presentaba una concepción de la salud, ceñida a la energía presente en el ser humano, como *un equilibrio entre el Yang*, fuerza

---

Sufrirá una conmoción, en el contexto intelectual latino europeo, al descubrir (en el texto *Almagesto* de Ptolomeo, que Gerardo Cremona tradujo del árabe al latín, en Toledo), que la clave, para distinguir la frontera entre la salud y la enfermedad, desde un punto de vista intelectual , la vida y la muerte, el mundo físico y el mundo de la mente, no era otra que la teoría de los elementos y de las cualidades, un juego de relaciones entre el macro y el microcosmos cognoscible a través de la astrología.

[12] *Ibidem*, p. 28.

activa masculina, *y el Ying*, fuerza pasiva femenina, que se contraponía a la enfermedad. Su fundamentación teórico-filosófica se encontraba en los principios cósmicos de orden natural contenidos en las enseñanzas del Tao, de cuyo equilibrio entre estos dos principios cósmicos, surgía y se generaba el orden de los elementos que conformaban la vida: agua, tierra, fuego, madera y metal.[13]

La civilización griega, a la que se unió su fundamentación en la corriente filosófica aristotélica, será de notable influencia durante numerosos siglos en Occidente, conformando un discurso articulado de saberes seguidos de numerosas actuaciones, que estratégicamente estaban orientados hacia la consecución de la salud y la belleza, elementos considerados de trascendental importancia. Éste se centraba, a diferencia del chino, en el *equilibrio entre los humores que conforman el cuerpo humano*[14]. El pueblo latino, que toma estos conocimientos y los interioriza, otorgan una destacada relevancia a este concepto de salud, materializándolo en la diosa Hygeia, a la que rendían culto con ofrendas y rituales, buscando su protección para la administración de justicia por los gobernantes de sus ciudades, y el cuidado y amparo de la salud de sus militares para ser portadores de la victoria a su regreso a la patria.[15]

---

[13] ACKERNECHT, E. H. *Medicina y Antropología social*. Madrid: Editorial Akal, 1971, p. 125-132.

[14] FRENCH, R. Astrology in Medical Practice. In, ARRIZABALAGA, J. y CUNNINGHAM, A. (ed.):, *Practical Medicine from Salerno to the Black Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, p. 30-59.

[15] GARCÍA BALLESTER, L. *Galeno en la sociedad y en la ciencia de su tiempo*. Madrid: Ediciones Guadarrama, 1972. También se puede encontrar en GARCÍA BALLESTER, L. Introducción general. In, GALENO, *Sobre la localización de las enfermedades (De locis affectis)*. Trad. y notas por Salud Andrés. Madrid: Editorial Gredos, 1997, vol. I, p. 7-120.

Apolo, era una divinidad sanadora. Considerado el dios de las plagas y de la enfermedad, dominaba también la profecía. Apolo y la ninfa Coronis fueron padres de Esculapio, el llamado Dios de la Medicina. La historia cuenta que la ninfa le fue infiel y Apolo la mató, entregando su hijo al centauro Quirón para que lo criara. Este le enseñó todo sobre las hierbas, las plantas y la composición de los medicamentos. Fue padre de Hygeia, diosa de la salud, (de donde proviene la palabra higiene), de Podaliro, Macaonte y Panacea. Se le representa como un hombre barbudo con una vara y una serpiente enroscada, acompañado de un gallo a sus pies como un símbolo de vigilancia. La Diosa de la salud en la antigua Creta, Hygeia era identificada con una serpiente y era portadora de la renovación, la sanidad y la prevención. La serpiente es un símbolo tradicional de renovación, representando el ciclo de enfermedad y sanidad. Hygeia fue primeramente ocupada con la limpieza y la prevención de la enfermedad. La palabra «higiene» tiene su raíz en el nombre de Hygeia.

Estas consideraciones e ideas sufren un importante giro durante la Edad Media y en el inicio de la época Moderna, donde la salud del cuerpo estaba íntimamente relacionada con la salud del alma. Esta mediatización, que el individuo del medievo sufre, estaba en posición muy cercana a los dogmas de fe, pensamientos y nociones religiosas que controlaban férreamente a la Ciencia, cuyo margen de actuación era mínimo, validando lo que se podía pensar, medir, tocar o desarrollar en laboratorio y reconociendo como verdadero lo procedente de los sentidos.[16]

Dos hechos históricos marcaron el modo de concebir la salud a partir del Renacimiento. Por un lado, las grandes epidemias de peste negra que asolaron y protagonizaron el final de la Edad Media, diezmando considerablemente la población europea[17]. Por otro, durante el *Quattrocento* y el *Cinquecento* (siglos XV y XVI) surge en Italia una corriente filosófica basada en la tradición romana del humanismo, al que se le unieron el florecimiento de universidades en Italia bajo el mecenazgo de las nuevas clases mercantiles. Esta situación supuso el motor intelectual del que se derivó el progreso científico que caracterizó a este periodo, calando considerablemente en las Ciencias Naturales y la Medicina, bajo el principio general del «revisionismo crítico» y la óptica mecanicista.

La filosofía del siglo XVII, encabezada por René Descartes, estableció una división de la Naturaleza contrapuestas e irreconciliables, que ya Platón había descrito: el mundo sensible y el mundo inteligible, diferenciados por la posesión o no de entidad física. Esta novedosa concepción formaba parte del mundo material y estaba sometido a las leyes de la Mecánica presentes desde el siglo XVI en la disciplina médica, que aportaban una visión de máquina al cuerpo humano que encerraba una parte inmaterial e imperecedera denominada alma, creyendo que la salud era el perfecto funcionamiento del cuerpo, a semejanza del mecanismo de un reloj, cuyas piezas podían desajustarse ocasionando *la enfermedad*.

[16] LE GOFF, J. *Una historia del cuerpo en la Edad Media*. Barcelona: Editorial Paidós, 2005, p. 35-47.
[17] Se calcula que la población europea presentó un número de fallecidos que oscilan entre los 20 y 25 millones de personas durante los siglos XIV y XV.

Paralelamente, otros científicos como Kepler, Newton y Bacon, establecieron una subdivisión en partes más pequeñas del dominio de la Naturaleza, además de estar dividido en dos partes contrapuestas e irreconocibles, el mundo material y el espiritual, lo que llevó a la división del cuerpo en sistemas, órganos y células, para proseguir fracturando estas últimas en moléculas y partículas. Esta nueva idea provocó una visión particularizada de cada una de las partes del ser humano, observándose independientemente de las demás, sin hallar una interrelación e interacción con el resto.[18]

Tres son los momentos de cambio que contribuyeron a fortalecer, en mayor o menor grado, el pensamiento científico en general y el avance de la Medicina durante el último tercio del siglo XVIII en el mundo occidental: la revolución americana en 1776; la revolución francesa en 1789; y por último, el proceso de revolución industrial inglesa. Por su parte, esta última, no solo se debió a los progresos en las disciplinas científicas tales como las matemáticas, la física, la química y la técnica, sino también a hondas y acentuadas modificaciones sociales y culturales, entre las que destacó el desarrollo de un comercio que transmutó a un artesano gremial medieval en un asalariado perteneciente a la nueva clase social del proletariado. Esta situación, a la que se une el paso a una producción industrial, será el germen del capitalismo, momento en el que se intensificaran las investigaciones científicas, así como el surgimiento de la especialización profesional y social[19]. Es de esta forma como la Medicina, merced de los grandes avances de la física (electricidad, magnetismo, óptica, radiaciones, teoría gaseosa,…) y de la química, con sus tesis atómicas y orgánicas, se embarca en un desarrollo independiente, terminando por establecer una estrecha relación entre la fisiología y la patología.

[18] HASKINS, C. H. *Studies in the History of Mediaeval Science*. Cambridge-Mass. Harvard University Press, 1924; LEMAY, R. De la scolastique à l'histoire par le truchement de la philology: Itinéraire d´un médiéviste entre Europe et Islam. In, SCARCIA AMORETTI, B. (ed.). *La diffusione delle scienze islamiche nel medio evo europeo*. Convegno internazionale, Roma, 2-4 ott. 1984. Roma: Accademia Nazionale dei Lincei, 1987, p. 399-538; JACQUART, D. y MICHEAU, F. *La Médecine arabe et l´occident médiéval*. París: Maisonneuve & Larose, 1990, p. 83-91.

[19] SAN MARTÍN, H. La noción de salud y la noción de enfermedad. In, *Salud y enfermedad, ecología humana, epidemiología, salud pública, medicina preventiva, sociología y economía de la salud*. México D.F. La Prensa Médica Mexicana, 1981, p. 7-10.

A caballo entre los siglos XIX y XX se produce el desarrollo de tres paradigmas de la Medicina de ese momento: el anatomoclínico (el origen de la enfermedad está en la «lesión»), el fisiopatológico (se busca el origen en los «procesos» alterados) y el etiológico (o de las causas externas), todos ellos herederos del modelo científico, principalmente biologicista y su fundamentación filosófica en el positivismo. A ello, se le unirá en el último cuarto del siglo XIX, el desarrollo de una nueva disciplina, la Microbiología, surgiendo una serie de nuevos descubrimientos sobre agentes microscópicos a quienes se les responsabilizará de las enfermedades. Este pensamiento, sustentado también en la ya nombrada filosofía positivista, hace caer en el olvido todo ese cúmulo de conocimientos que había venido desarrollándose para explicar, integralmente, el proceso de producción de bienestar o malestar en una población.[20]

1.2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD.

Las formas de interactuar con el entorno más próximo, ya sea el laboral o personal, están interrelacionados con el concepto de entender la Naturaleza y la Sociedad, este último tornadizo e inestable. Este principio domina la constitución y evolución de las ideas, el cual es aplicable a la forma de asimilar y entender el concepto de enfermedad a lo largo de la historia de la Humanidad.[21]

En las sociedades primitivas, aunque no se tenga constancia fehaciente de tal situación, todos aquellos individuos heridos, que presentaban dolor, malestar e incapacidad, acudían a miembros del grupo en el que estaban inmersos, responsables de facilitar una recuperación pronta de su estado originario. El cuidado y curación se acercaba a una experiencia mágico-religiosa, constituyéndose la figura en esta forma de comunidad como la aleación de sacerdote-mago-médico.

Una concepción dinámica, naturalista e individualista de este pensamiento fue la aportación efectuada por los griegos al concepto de enfermedad[22]. En la Grecia clásica,

[20] LAÍN ENTRALGO, P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Editorial Salvat, 1978, p. 77-125.
[21] CARDONA, J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. [En línea]. *Revista Centroamericana de Administración Pública* nº 12, Julio-Diciembre 1987, URL: <http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/RCAP/12/art8_12.pdf>. p. 103-136.
[22] GARCÍA BALLESTER, L. *Los orígenes del saber anatómico occidental: del Corpus Hippocraticum a la anatomía alejandrina*. Revista *Medicina e Historia*, nº 25. Barcelona: Editorial Rocas, Publicaciones Médicas Biohorm, 1964-1971, p. 7-26.

la medicina era entendida como el arte de curar, eliminando el concepto mágico-religioso presente anteriormente. Esta revolucionaria consideración acerca del término enfermedad, eliminaba esa relación existente con los fenómenos sobrenaturales, ayudándose en su explicación de las situaciones ocurridas en el cuerpo físico, que eran observables y estaban sujetas a argumentos susceptibles de comprensión, pudiendo responder a tratamientos basados en razonamientos.

2. Hans Holbein el Joven: *Le médecin* —El médico— (1538).

Hipócrates de Cos y su concepción de la enfermedad establecieron un punto de inflexión en el mundo griego y romano, remarcándose sobre todo en el entorno latino, que vio en su persona, una figura cercana a las divinidades moradoras del Monte Olimpo. Define tres fundamentos básicos: un énfasis en la enfermedad como un trastorno del cuerpo, regido por las leyes del mundo físico y susceptible de comprensión a través del razonamiento; la creencia del carácter dinámico de la enfermedad, donde ésta no es una fatalidad, pues puede aparecer y desaparecer; y, por último, la convicción de que la enfermedad existe como una categoría concreta de los individuos, es decir, «no existen enfermedades sino enfermos».[23]

[23] PIEDROLA GIL, G., DEL REY CALERO, J., DOMÍNGUEZ CARMONA, M. Y Cols. *Medicina Preventiva y salud pública*. Barcelona: Editorial Masson, 1991, 9ª edición, p. 44-56.
Hipócrates nació en 460 a.C. en la isla de Cos (mar Egeo), y murió en el año 377 a.C. en Larisa (Tesalia). Fue un médico griego llamado desde la Edad Media *el Padre de la Medicina*. Su figura fue de gran relieve histórico que ya en época griega adquirió carácter mítico. Pertenecía a una familia de médicos-sacerdotes de Asclepio. Viajó por toda Grecia y probablemente por el Próximo Oriente, siendo considerado durante su vida como un gran clínico. Su figura ha sido venerada durante siglos como personificación del médico ideal y como el fundador de la medicina. Su concepción de la medicina, basada en la experiencia y en la observación, nos es conocida por los *Aforismos* y los tratados que se le atribuyen del célebre *Cuerpo hipocrático,* conjunto de teorías médicas de la época compiladas por la escuela médica de Cos. Se basan en la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y en la fuerza curativa de la Naturaleza y contiene unas cuarenta descripciones clínicas que permiten el diagnóstico de

Estas bases fundadas por el pensamiento hipocrático se establecieron en la cultura alejandrina y romana, apareciendo una nueva concepción de enfermedad y la práctica higiénica. Los novedosos fundamentos eran asumidos con un carácter nominativo que se imponía en las urbes que podían verse invadidas por la calamidad y la muerte traídas con las epidemias, pese a que se carecía de una preparación teórico-práctica[24]. Su trascendencia fue tal, que la concepción naturalista, dinámica e individualista de la enfermedad, propuesta por esta corriente médica, estuvo presente en la Europa medieval, en contraposición a las concepciones mágico-religiosas anteriores, que mantenían dentro de su repertorio explicativo de la etiología de la enfermedad el castigo divino, reforzándose con el menosprecio al cuerpo. La enfermedad dejó de entenderse como un fenómeno sujeto a las leyes de la naturaleza, para pasar a ser entendida como expresión de la justicia divina.[25]

Con el Renacimiento, a mediados del siglo XV, aparece una concepción filosófica de la explotación de la naturaleza y de los cuerpos como fuente de enriquecimiento del individuo. Se produce un retorno a la noción de enfermedad presente en el mundo clásico grecorromana, pero con la variante de un sometimiento a los criterios de la investigación científica que, sutilmente, comenzaba a aparecer en escena. En este momento, se define a la enfermedad como *un trastorno de un fenómeno sujeto a las leyes de la naturaleza, que ocurre en el cuerpo del sujeto y puede ser comprendida mediante la observación científica*. Estas nuevas nociones, llegaron, en algún momento, a producir enfrentamientos entre la ciencia médica y la todopoderosa Iglesia Católica.[26]

---

enfermedades (el paludismo, las paperas, la pulmonía y la tisis, por ejemplo). Establece en sus escritos dedicados a las epidemias se establecen relaciones entre la predominancia de ciertas enfermedades y determinados factores climáticos, dietéticos, raciales y ambientales. Conserva vigor como código de la moral médica su famoso juramento.

[24] CRISLIP, A. T. *From Monastery to Hospital: Christian Monasticism and the Transformation of Health Care in Late Antiquity*. s.l.: University of Michigan Press, 2005, p. 103-110.

[25] AGUIRRE Y RESPALDIZA, A. *La ciencia positiva en el siglo XIII, Rogerio Bacon*. Barcelona: Editorial Labor, 1935, p. 27-268.
Durante esta época y buena parte de la moderna la base de los tratamientos médicos de las enfermedades será la astrología. Un claro ejemplo es Rogerio Bacon (sobre 1210-1292), conocido por ser el primero en desarrollar el conocimiento matemático experimental. Filósofo y teólogo en Oxford y París. Sus obras más conocidas son: *Opus maius, Opus minus y Opus tertium*. Fue perseguido y encarcelado por sus ideas tan avanzadas y sinceras. Llegó a decir de la medicina que ... *es una cosa fortuita que se convierte en racional con la ayuda de la astrología*.

[26] SAN MARTÍN, H. (1981). *Opus cit,* p. 7-13.

Durante los siglos XVII y XVIII esta idea se mantuvo, estableciéndose, a partir del XIX, un concepto de enfermedad que será valorada, desde una perspectiva holística, adquiriendo relevancia en él disciplinas como la física, la química y la microbiología; a ello se une una explicación desde la perspectiva de la fisiopatología y de los agentes microbianos. La curación y tratamientos aplicados a finales del siglo XVIII, se conformaba de una serie de tratamientos y prácticas que procuraban la rápida recuperación de los dolientes. Lope Antonio de la Guerra y Peña, Regidor Perpetuo de la Isla de Tenerife, retrata claramente esta situación en sus *Memorias*:

> *Por testimonio de don Lope, los médicos curan todas las enfermedades con ayudas, sangrías, y purgas, En su juventud, don Diego de Torres presentóse como químico en la celebérrima Universidad de Coimbra. Sembraba unturas, plantaba jarabes, injertaba cerotes y rociaba con toda el agua y los aceites de su recetario a los crónicos, hipocondríacos y otros enfermos impertinentes, raros y cuasi incurable. No tuvo el atrevimiento de administrar purgantes, ni abonar ni maldecir las sangrías. Y con ello, como empírico, tuvo mejor ventura que los que estudiaron por Hipócrates.*[27]

Debe destacarse el gran avance de la medicina en el siglo XVIII, con el descubrimiento de la vacuna de la viruela afectado por Edwars Jenner al inocular linfa de vacas enfermas con este mal, siendo aplicado en España por los médicos catalanes Francisco Piguillem y Francisco de Salvá. La viruela era arduamente temida dejando señales cutáneas de su presencia a todos aquellos que lograban superarla y vencerla. Tales fueron los beneficios de este descubrimiento, que en España, Carlos IV organiza una expedición, en noviembre de 1803, para llevarla a las colonias españolas de los diferentes continentes.

Hasta bien entrado el siglo XX, seguirá siendo sometido a modificaciones relevantes, hasta ser considerada como una dolencia científicamente vencible, planteándose su curación desde el enfoque profesional y técnico, potenciado y respaldado por el conocimiento de la Ciencia.

[27] GUERRA Y PEÑA, L. A. de la. *Memorias*. Cuaderno I (1760-70). Las Palmas de Gran Canaria: El Museo Canario, 1951, p. 7.

1.3. POBREZA, PAUPERISMO Y ACCIÓN SOCIAL.

Dos eran los conceptos inseparables en las instituciones hospitalarias y benéficas durante la Edad Media: pobreza y enfermedad. La pobreza era entendida como un concepto fundamentalmente económico, aunque presentaba un impacto social y político[28], presentando connotaciones negativas en la mayoría de los contextos solo tomándose como virtud cuando existía una renuncia voluntaria a los bienes materiales. A lo largo de los años, el concepto de pobreza se ha elaborado midiéndose en función de las necesidades básicas insatisfechas o carencias, que viene definidos por cuestiones tales como la vivienda, la alimentación, la capacidad de acceso a la educación y la salud o los ingresos económicos que se perciben.[29]

Michel Mollat establece que el elemento fundamental de la pobreza es la persona que la padece. Define al «individuo pobre» como *aquel que de manera permanente o temporal se encuentra en una situación de debilidad, de dependencia, de humillación, caracterizada por la privación de medios, variables según las épocas y las sociedades, de poder y consideración social: dinero, relaciones, influencias, poder, ciencia, cualificación, técnica, linaje, vigor físico, capacidad intelectual, libertad y dignidades personales. Vive al día, sin poder variar su situación si no es con ayuda de los demás.*[30]

La extensión de la miseria a grandes masas de individuos y a clases enteras o colectividades muy numerosas de la sociedad que carecen de los bienes económicos y aun de la posibilidad de adquirirlos es lo que podemos definir como pauperismo[31]. La

---

[28] ANTA FÉLEZ, J. Revisitando el concepto de pobreza. *Espiral*, enero-abril 1998, Tomo IV, nº 11. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, p. 47-71.
Pobreza, marginación y marginalidad son conceptos complejos, que no sólo tienen que ver con la estructura social o que están enraizados en las formas sincréticas de determinada forma cultural; son además planteamientos sutiles de cómo vemos y analizamos el medio en el que nos movemos y cuál es la particular forma del poder: qué es y cómo se ejerce.

[29] ARRAIGADA, I. Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL), 2006, número 85.

[30] MOLLAT, M. *Les pauvres au Moyen Âge. Étude sociale*. Paris: Hachette, 1978, p. 14.

[31] PIERNAS HURTADO, J. Vocabulario de la Economía. Manuales Soler, IX: Economía política. Barcelona: Sucesores de Manuel Soler, 1910, Cuarta edición. [Edición digital]. *Torre de Babel Ediciones*. Portal de Filosofía, Psicología y Humanidades en Internet. URL: <http://www.e-torredebabel.com/Economia/diccionario-economia/vocabulario-economia.htm>.
El pauperismo no es un hecho peculiar de nuestra época, ni una consecuencia del desarrollo de la industria. Si así fuese, habría que renegar del progreso económico y declararle contradictorio. La riqueza es hoy mayor que en ningún tiempo de la historia, y es imposible que haya crecido con

periodista, escritora, ideóloga de la derecha liberal católica y activista social española, Concepción Arenal, afirma que: *entendemos por pauperismo a la miseria permanente y generalizada en un país culto, de modo que haya una gran masa de miserables, y otra que disfruta riquezas y goza de todos los refinamientos del lujo. Entendemos por miseria la falta de lo necesario fisiológico en un país y en una época dada. No puede prescindirse del país y de la época en que se estudia la miseria al determinar si realmente existe, porque lo necesario fisiológico varía con el clima, la raza y el estado de civilización*[32]. Establece tres posibles soluciones a este problema social: la resignación del que sufre y la caridad del que posee, que predica el Catolicismo; la libertad, que proclaman los individualistas; y por último, la intervención del Estado, que defiende y propone el Socialismo.

Igualmente, Arenal en su obra, establece una diferenciación breve, pero clara, sobre tres conceptos que pueden llegar a prestarse cierta confusión: *miserable*, *rico* y *pobre*. El primero lo define como aquel individuo que carece de lo necesario desde un punto de vista fisiológico, en contraposición con el segundo, cuyo significado es

---

ella la miseria. Cuando todos eran pobres, la inteligencia tenía un carácter normal y permanente. En la Edad Media hambres espantosas diezmaban con frecuencia las poblaciones, y no se hablaba, sin embargo, del pauperismo, porque hubiera sido inútil, no habiendo elementos para apreciarlo, ni recursos que aplicar a su remedio. La civilización moderna ha dado nuevas formas al pauperismo, le ha hecho transitorio y menos intenso; pero se preocupa con él y busca con empeño en la ciencia y en la vida los medios de combatirle (…) La esclavitud, la servidumbre y el feudalismo establecían entre los individuos de las antiguas sociedades cierta comunidad por virtud de la que, aun siendo muy precaria la condición de todos, se extremaban menos las diferencias y los contrastes. La desigualdad era entonces más jurídica que económica, porque el amo cuidaba de la manutención del esclavo, y el señor compartía con siervos y vasallos lo mismo las privaciones que la abundancia. Pero la emancipación de los obreros ha venido a colocarlos más bien enfrente que al lado de aquéllos bajo quienes antes vivían, y rotos todos los lazos, abandonado a su suerte cada cual, los unos han subido hasta la opulencia, y los otros han encontrado más dura su miseria. La igualdad ante la ley ha hecho más sensibles las desigualdades ante la riqueza, y por eso la cuestión social, que era en los pasados tiempos una cuestión de derecho, es hoy, en primer término una cuestión económica. Agréguese a esto la rapidez con que se han multiplicado las clases trabajadoras, su aglomeración en centros determinados por el establecimiento de las grandes industrias, las crisis a que éstas se hallan expuestas con la invención de las máquinas y nuevos procedimientos, y la inseguridad en que viven, por efecto de la continua lucha que sostienen unas con otras en el mercado, y se tendrán las causas del pauperismo moderno, caracterizado, como ya hemos dicho, no por el aumento de la miseria, sino por cierta agravación relativa, por la existencia de dolores y sufrimientos que afectan o amargan siempre a grandes masas de la población, en medio del lujo y la disipación en que vive el menor número.

[32] ARENAL PONTE, C. *El pauperismo*. Madrid: Librería de Victoriano Suárez, 1897, p. 15-16.

antagónico. Por último el tercero, que queda a caballo entre ambas definiciones: el que tiene estrictamente lo necesario fisiológicamente[33]. A su vez, formula una *clasificación de los miserables respecto a las causas de su miseria que articula a partir de cuatro posibilidades*: porque no pueden trabajar por falta de salud o de aptitud; porque no quieren trabajar; porque malgastan la retribución suficiente del trabajo; y, porque la retribución del trabajo es insuficiente. A estas cuatro categorías corresponden responsabilidades y moralidades muy diferentes, que van desde el holgazán que se propone vivir con la hacienda ajena, y el laborioso que en vano procura acrecentar la propia, pasando por el que se labra su ruina y el que es víctima de inevitable desventura y que merece pena, o el que merecería una estatua, si el mármol se cincelara para los que, después de una lucha heroica en que faltó la vida antes que la virtud, descansan por primera vez en la fosa común.[34]

1.3.1. ORÍGENES Y CONCEPTO DE LA SOLIDARIDAD, CARIDAD Y FILANTROPÍA.

Los problemas sociales existentes en las diferentes comunidades o poblaciones han sido afrontados e intervenidos de muchas maneras diferentes. Estas acciones han venido mediatizadas por el momento histórico en el que se han desarrollado y por aquellas personas que las han ejecutado. Por ello, en la actualidad, frente a intervenciones innovadoras, conviven organizaciones que desarrollan tareas en el más puro estilo caritativo o benéfico como si el tiempo no hubiera pasado por ellas, perpetuando de esta manera, acciones de otras épocas. Sin embargo, estas acciones cuentan todavía con una admiración social a la que se unen la ayuda prestada por Administraciones Locales que aportan maniobras publicitarias ayudados de los medios

[33] *Ibidem,* p. 30-46.
[34] *Ibidem,* p. 50-75.
Los que padecen miseria, según la causa de ella y el modo de soportarla, varían mucho; pero hay circunstancias que les son comunes a cualquiera clase a que pertenezcan. Tales son: 1.ª Las consecuencias físicas de la falta de lo necesario fisiológico; 2.ª Tendencia a aumentar la desgracia a medida que se prolonga; y 3.ª Presión social; es decir, aquel modo de pesar las cargas, la parte onerosa de la sociedad; los inconvenientes de los defectos, de las ligerezas, de los vicios, de las faltas, las severidades de la justicia, los anatemas del descrédito, todo, en fin, lo que abruma al caído: a esto llamamos *presión social*.

de comunicación o interlocutores sobresalientes insertos en la sociedad donde se desarrolla este hecho.

3. Bartolomé Esteban Murillo: *Joven mendigo* (ca. 1650).

Pobres y enfermos, eran dos conceptos inseparables de las instituciones hospitalarias de la época, situación que encontramos en numerosos documentos y textos literarios contemporáneos[35], para referirse a las personas que necesitaban atención y cuidados en los hospitales, convirtiéndose las enfermerías en «combatientes férreos» contra la miseria y las enfermedades venéreas, momento en el que la pobreza estaba al alcance de todos y el bienestar de unos pocos privilegiados. Muchos textos así lo recogen, y utilizan indistintamente para referirse a los asistidos. Esta situación ha generado errores y

[35] MUÑIZ FERNÁNDEZ, C. Hospitales españoles. In, MUÑOZ GARRIDO, R. Y MUÑIZ FERNÁNDEZ, C. *Fuentes legales de la medicina española, siglos XIII-XIX*. Cuadernos de la Historia de la Medicina Española, Monografías XI. Salamanca: 1969, p. 110.
Destaca la afirmación emitida por las Cortes de Burgos de 1315 en relación a los hospitales, donde se expone que, … *fueron fechos para los pobres e para los enfermos,* por lo cual se prohibía la *instalación en ellos de caballeros, ca quando y uinian posar echan los pobres fuera e mueren en las calles, porque non han do entrar.*
También, en el *Libro del caballero Zifar*, edición de J. GONZÁLEZ MUELA, Madrid, 1982, p. 176-178 (obra literaria de comienzos del siglo XIV), donde hace una cita interesante con respecto al hospital para hidalgos: *E quiérome ir para aquella çibdat do es el rey e faré ý un hospital do posen todos los fijosdalgo que ý acaesesçieren… E falló un monasterio desamparado que dexaron unos monges por se mudar a otro lugar; e comprólo de ellos e fizo ý su hospital muy bueno e puso ý mucha ropa e fizo ý muchos lechos onrados para los omes buenos quando ý acaeçiesen; e compró muchos heredamientos para adobar aquel hospital. E quando acaeçiesen los fijosdalgos, resçebíandolos muy bien e dávanles que era mester*.
Encontramos autores medievales que siempre que hacen referencia a los enfermos que eran atendidos en los hospitales, les ponían la condición de pobre: MANUEL Don Juan: *El Conde Lucanor* o Libro de los enxiemplos del Conde Lucanor et de Patronio. Madrid: Ed. J. M. Blecua, 1971, p. 257; es una obra en la que uno de sus personajes es atendido en un hospital, porque se encontraba … *muy mal ferido et muy quebrantado*, y había sido abandonado por todos.

algunas confusiones, al no considerarla como una sola realidad, buscando una cierta dualidad inexistente y no teniendo en cuenta su carácter equivalente.[36]

La Edad Media se caracteriza por la ayuda que nace de los grupos familiares y de aquellos miembros de la comunidad más próximos al individuo inserto en la vecindad. Estas acciones de socorro puntual se relegan a situaciones presentes en la vida cotidiana bañada de tragedia como la reconstrucción de una casa tras una catástrofe o las ayudas otorgadas a viudas y huérfanos tras el fallecimiento del cabeza de familia[37]. En este momento, apenas se puede diferenciar entre sanatorio o dispensario para enfermos, y asilo para indigentes e inválidos, asignándole a las palabras *malalts*, *pobres* y *pobres malalts,* un significado semejante. No debemos olvidar que la enfermedad para la sociedad medieval era una de las formas en que se declaraba la pobreza, situación que se asociaba a la transmisora de la enfermedad, ya que su padecimiento obligaba al doliente a la inactividad laboral, situación que impedía la entrada de ingresos que permitieran el sostenimiento del núcleo familiar.[38]

Esta coyuntura, da explicación al marcado aprecio que aquellas clases sociales menos favorecidas proyectaban hacia los establecimientos benéficos, ya que los estamentos pudientes tenían la posibilidad de ser atendidos en sus propios domicilios por los médicos, pudiendo adquirir los medicamentos, fármaco y remedios prescritos, así como la compra de todos aquellos alimentos que ayudaran a su pronta recuperación física[39]. Gran número de escritos y documentos de la época reflejan la necesidad que existe del cuidado de los pobre y dolientes en los hospitales, pero hay que tener en cuenta, como dice Burns, *que estos pobres eran verdaderos enfermos, y no simples*

[36] RUBIO VELA, A. *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*. Valencia: Diputación Provincial, Institución Alfonso el Magnánimo, 1984, p. 16.
[37] CASADO*,* D*.,* GUILLÉN*,* E*. Los* servicios sociales en perspectiva histórica*.* In, *Documentación Social***,** Tomo 64**,** 1986**,** p. 9-21.
[38] VALDEÓN BARUQUE, J. Problemática para un estudio de los pobres y de la pobreza en Castilla a fines de la Edad Media, en *A pobreza e a asistencia dos pobres na Península Iberica durante Idade Media. Actas das Primeras Jornadas luso-espanholas de História Medieval*. Lisboa, 25-30 setembro de 1972. Lisboa: 1973, Tomo II, p. 891-892.
[39] GARCÍA BALLESTER, L. Aproximación a la historia social de la medicina bajomedieval en Valencia. In, *Cuadernos de la Historia de la Medicina Española*, VIII, 1969, p. 45-68.

huéspedes[40]. Una característica propia de la Edad Media, será la continua presencia de pobres en las calles de las ciudades y pueblos sin censar, situación que a partir de la época moderna si existe.[41]

Tres son los términos diferentes que son empleados en este momento para denominar el concepto de pobreza: *pauper,* «conjunto de desdichados para los cuales la ayuda material se identificaba con una exigencia de justicia»; *egeni*, grupo de necesitados, huérfanos, viudas, o peregrinos; por último, *indigentes,* situación a la que llegaban por una deficiencia de carácter accidental. A veces una situación podía llevar a otra, pasando de *indigentes* y *egenis* a la de *pauper*[42]. Existe una clasificación establecida por Carmen López Alonso, para señalar los tipos de pobreza que acota a dos: la voluntaria (*pauperas spontanea*), por motivos religiosos, y la involuntaria (*coacta*), que surge por tres causas diferentes: *biológicas*, enfermedad, viudedad o vejez, aceptadas por la sociedad; *coyunturales*, ocasionadas por situaciones desastrosas como epidemias, hambrunas y acontecimientos bélicos; y, *sociales*, lo que habitualmente provocaba la aparición de grupos menores marginales.[43]

A estas formas de amparo y protección se le unen las prestadas por los gremios, muy característicos en este momento de la Historia. Dentro de las normativas que los reglaban, estaban presentes mecanismos de tutela para cada uno de sus miembros, a modo de previsión, que se ponían en funcionamiento en el mismo momento en el que pudieran existir situaciones de penuria, calamidad o urgencia. A ella, se unían

[40] BURNS, R. Los hospitales del reino de Valencia en el siglo XIII. In *Anuario de Estudios Medievales*, II, Valencia, 1965, p. 136-138.

[41] PRADA VILLALOBOS, M. *Asistencia y hospitalidad en León durante la Edad Media*. León: Universidad de León, 2003, p. 119.
El pobre y la pobreza están caracterizadas por la enfermedad en general (*infirmus*), lepra (*leprosus)*, herida (*vulneratus*), la debilidad de la salud o de la edad (*aegrotans, debilis, senex, valetudinarius*), el deterioro mental (*idiotus, imbecillis, simples*), insolvencia y la carencia en general (*egens, egenus, inops, insufficiens, mendicus, miser*), la deficiencia alimentaria (*esuriens, famelicus*) y de vestimenta (*nudus, pannosus*), la imperfección física: ceguera (*caecus*), cojera (*claudus*), reumatismos deformantes (*contractus*), los periodos de debilidad para las mujeres encintas y en parto (*mulier ante et post Jartum*), las situaciones de adversidad como la privación de su padre y de su madre (*orphanus)*, o de su marido (*viuda*), de la libertad (*captivus*), y la proscripción y el destierro (*bannus, exiliatus*).

[42] MOLLAT, M. *Pobres, humildes y miserables en la Edad Media*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 10-12.

[43] LÓPEZ ALONSO, C. *La pobreza en la España medieval*. Estudio histórico-social. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1986, p. 23-44.

actividades desarrolladas por los señores feudales, parte del «contrato sistemático» que mantenían con sus sumisos vasallos.[44]

Es en este momento cuando dan inicio las *acciones caritativas* encauzadas a favorecer y garantizar a todos aquellos miembros de la sociedad carentes de esta sombra y calor. Básicamente tres eran las modalidades de ayuda que vamos a poder observar: albergues y casa de misericordia sustentadas por las administraciones municipales; hospitales gestionados por miembros del clero y dirigidos por la Diócesis del lugar; y, fundamentalmente, la limosna, aportada por los miembros de la sociedad del lugar, en busca de expiación divina[45]. Estas peculiaridades estaban regidas por un articulado legal[46] que procuraba impedir la mendicidad a individuos válidos para desempeñar actividades laborales. Las sanciones podían oscilar desde las penas de cárcel hasta el propio ajusticiamiento.[47]

---

[44] CASTRO GONZÁLEZ, M. P. *Los cuidados asistenciales ante la enfermedad y la pobreza en la provincia de León, (S. XV-XVI)*. Tesis Doctoral dirigida por Prisciliano Cordero del Castillo. León: Universidad de León, 2009, p. 38-59.

[45] *Ibidem,* p. 55.

El hospital es una institución que orienta sus acciones hacia la acogida de personas incluidas en el grupo marginal, desamparados y necesitados. Estas formas caritativas estaban ligadas a sentimientos religiosos y piadosos, siendo fundamentalmente desarrolladas por la Iglesia.

[46] SANTO TOMÁS PÉREZ, M. *La asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media*. Tesis Doctoral dirigida por Mª Isabel del Val Valdivieso. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2002, p. 423-424.

En un primer momento, la actividad de los hospitales prácticamente era la acogida de pobres, salvo excepciones muy concretas, como la acaecida en la ciudad de Valladolid: el clero le formuló una queja al rey Alfonso XI en las Cortes de Valladolid de 1326 por esta situación; este les respondió: *…Otrosí, a lo que me pidieron por merçet que non posen los cavalleros en los hospitales que fueron fechos para los pobres e para los enfermos que cuando vienen posar echan los pobres fuera e mueren en las calles, porque non au do entrar, tengo por bien e defiendo que esto non sea daqui adelante*.

[47] PERROTTA, C. La disputa sobre los pobres en los siglos XVI y XVII: España entre desarrollo y regresión. In, *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, nº 37, 2000, p. 97-98.

Las Cortes de Burgos informan a Juan I, en 1379, de que muchos hombres y mujeres capacitados para el trabajo pedían, y de que esto favorecía el hurto. Estas situaciones condujeron a que se redactara una ley de 1387, promulgada por este mismo monarca durante las Cortes de Briviesca, que sirvió de modelo y de referencia para las disposiciones sucesivas. En ella se pone de relieve, entre otras cosas, el daño ocasionado por la inactividad laboral de los vagabundos y mendigos, refiriéndose a ellos como holgazanes que viven del sudor ajeno dando un mal ejemplo. Sucesivamente surgieron diferentes normas, como la de 1400 que disponía penas severas a los vagabundos reincidentes: cortarles las orejas e incluso la muerte. En el siglo XV, las leyes insisten en disposiciones semejantes, para surgir, en la segunda década del siglo XVI de la mano de Carlos V, las solicitudes de preceptos sobre la mendicidad, reiterándose lo establecido con anterioridad bajo el reinado de Juan I en 1387.

Para el control de esta situación, la Corona castellana, al igual que en otras cortes europeas, estableció mecanismos de regulación recogidos en normas para el adecuado desempeño de las labores de válidos, logrando una población poco ociosa y en la que no estuviera presente el peligro de levantamientos y revueltas.[48]

Esta situación era una constante en todas las regiones de España. Canarias, una región distanciada considerablemente de la metrópolis, sufría una carencia de condiciones higiénica óptimas y de recursos asistenciales que se materializaban en el estado de una población en su mayoría analfabeta y campesina, sumida en la pobreza y la necesidad. José Luis Arzola retrata esta situación de manera precisa y clara cuando aborda las costumbres y usanzas propias del momento:

> *Pero además de este entrañable apego al curanderismo, existía otro mal gravísimo y era la poca higiene con que entonces se vivía. La primera muestra se encontraba en los zaguanes de las casas: a cada lado de la puerta de la calle existían dos meaderos de mampostería para uso franco y corriente de los transeúntes que lo precisaran. El horror al agua era general y desconocidas las bañeras y tinas. En los dormitorios aparecía colgada una media o calceta que suplía a las palanganas y lebrillos. Cuando cualquier parte del cuerpo necesitaba limpieza, se entraba la mano en la media y mojándola se refregaba con ella la cara o el cuello, sin necesidad de acudir al lavado. Este desaseo explica los padecimientos generales de la piel, que ocasionó a las islas la mala fama de leprosas. En aquellos tiempos era rara la casa donde no hubiese dos, tres, o más personas sarnosas; los niños sobre todo, no se veían nunca libres del contagio, porque sus padres creyendo que la sarna era depuradora de malos humores, se oponían a que curasen.*[49]

Era habitual, que a todo enfermo que ingresaba en un hospital, se le obligara a la toma de los primeros auxilios espirituales, salvoconducto que les daba acceso al uso de los recursos, materiales y humanos, del centro benéfico. Durante esta época, como en épocas precedentes, el establecimiento benéfico era refugio para mendigos, pillos, bribones y pordioseros.

Progresivamente, y ya en Época Moderna, el amparo eclesiástico y feudal se fue transformando en un ente que será el predecesor de la denominada *Beneficencia*

---

[48] Pedro I de Castilla, llamado *el Cruel* por sus detractores y *el Justiciero* por sus partidarios, solo se aceptarán menesterosos que provoquen la conmiseración, como enfermos, huérfanos, tullidos, viudas, pero no así al indigente real, *nihilhabentes*, bien por tener gastos excesivos, o por carecer de trabajo, se le consideraba como un individuo pecador e hipócrita.

[49] ALZOLA, J. M. *Domingo Déniz Grek: 1808-1887*. Las Palmas de Gran Canaria: El Museo Canario, 1961, p. 48-49.

Pública, asumiendo este cometido los corregidores de las ciudades. Con esta acción pública y social se perseguía reprimir la pobreza y la mendicidad, así como socorrer al individuo desvalido que había quedado a merced de ayudas procedentes de la caridad y de las instituciones. En numerosos países europeos se establecieron leyes y reglamentos que obligaban a los estados a asumir la responsabilidad del atendimiento a los mendigos. En la mayoría de los casos, la falta de voluntad por parte de los funcionarios que debían acometerlas llevó a una aplicación que fue deficiente o parcial. A ellos se unió, la carencia de un plan de gestión estratégico, así como la falta de recursos de todo tipo.

4. Francisco de Goya (atr.): *Mendigo ciego con un perro* (1801-1825).

El primer ejemplo de este ideario lo encontramos en Brujas cuando su corporación municipal, en 1526, formaliza las *Leyes de Beneficencia*, que convierten la asistencia caritativa a los pobres en el primer plan estructurado y articulado de beneficencia pública de la Historia. Dos años más tarde, en 1531, inspirado en las ideas de Juan Luis Vives, fue decretado por Carlos I de España y V de Alemania, la *Ley de Pobres* promulgada en los Países Bajos y que posteriormente se amplió a las región germana. Con ella se prohibía la mendicidad, vista ésta, como propia de vagos y viciosos, a los que se les obligó a trabajar, pues una negativa ocasionaba la pena de cárcel.

En Inglaterra, Catalina de Aragón organizó las tareas del *limosnero oficial*, influenciada por la *Utopía* de Tomás Moro[50], que incluían la visita domiciliaria para ayudar a los enfermos y miserables y un aumento de los fondos destinados a la

[50] Perteneciente al círculo de amistades de Juan Luis Vives y conocedor de sus ideas y pensamiento filosófico.

caridad[51]. En 1563 se dicta un Reglamento referido a los aprendices que hacía una distribución de trabajadores en distintas ramas de producción, regulando salarios y efectividad del trabajo. Además, otorgaba la asistencia de los necesitados a los condados, para una gestión de la beneficencia que perduró durante varios siglos.[52]

Durante el reinado de Isabel I de Inglaterra, en 1601, se redactó y puso en funcionamiento la *Ley de Pobres*, cuyo objetivo principal era el reconocimiento de la responsabilidad hacia éstos por parte del Estado. A esta medida se unieron otras también relevantes: obligar a las familias a mantener a las personas mayores; no ayudar a quien le pudiera socorrer su familia; y los inspectores de pobres debían distinguir entre aptos y no aptos para trabajar, proporcionando trabajo o ayuda según su condición. Si no se cumplían los requisitos se suprimían las ayudas; o ayudar sólo a las personas que hubieran vivido más de tres años en la misma demarcación[53]. Con ella, el número de mendigos presentes en las calles, disminuyó de manera considerable.

Esta normativa sobrevivió hasta 1834, momento en el que la Reina Victoria, ante los cambios sociales, las epidemias de cólera que asolan la capital inglesa y un aumento considerable de la población, efectúa una reforma legislativa del área de la Beneficencia, que procuraba corregir todos aquellos pequeños defectos que se arrastraban desde hacía años, procurando: que las casas de trabajo fueran centros de autoayuda donde se aprendiera un trabajo para reincorporarse a la sociedad; vigilar el establecimiento de duras condiciones de trabajo para controlar los abusos; castigo penal para los que fingieran ser pobres; y no ayudar a quienes se negaran a trabajar[54]. A estas innovadoras medidas se les unieron la creación de una agrupación de parroquias que vigilaran, mediante la figura de los *guardianes,* el cumplimiento de estas directrices, y la

[51] La confiscación de los bienes de los monasterios católicos decretada por Enrique VIII, agravó considerablemente la situación de los pobres en Inglaterra.
[52] HIMMELFARB, G. *La idea de la Pobreza. Inglaterra a principios de la era industrial*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.
[53] WEBB, S. y WEBB, B. *English Poor Law History*. Londres: Longmans & Green, 1927-1929. (Reedición, Londres: Frank and Co., 1963).
[54] HIMMELFARB (1988), *opus cit*, p. 184.
Un Informe sobre esta *Ley* de casi 400 páginas desató una controvertida polémica que caló hondo en la sociedad del momento. Este documento incluía aclaraciones preliminares de los ayudantes de los comisionados (subcomisionados) que se convirtieron en el detonante de las enmiendas establecidas para la *Ley*, llegando a influenciar en las discusiones formuladas en la Comisión que se conformó para la *Ley de Pobres* de 1905.

conformación de un comité central que supervisara el correcto funcionamiento. Además se estableció que las ayudas para cubrir las necesidades básicas de los pobres y mendigos, debían ser de menor cuantía que las del trabajador de inferior rango, imponiendo la obligatoriedad de obtenerlas en los hospicios.[55]

Medidas muy semejantes se llevaron a cabo en el continente europeo, cuando el rey Francisco I de Francia, en la primera mitad del siglo XVI, organiza para París el *Consejo de Pobres*, entidad, que su nieto Francisco II haría extensible al resto del territorio franco[56]. Tras los cambios sociopolíticos ocurridos tras 1789 en Francia, surge un movimiento social basado en la premisa de *Liberté, égalité, fraternité*, que se traduce en un cambio en la forma de ver al individuo marginado, estableciéndose, a partir de ahora, una equiparación a los ciudadanos con derechos y deberes. El Estado se comienza a interesar por los problemas de los desamparados, otorgándole igual protagonismo que al resto de los miembros de la comunidad. Crea la *Asistencia Social,* como un segundo sistema de protección social de primera necesidad, con intervenciones puntuales y concretas, en un sistema desigual en el que adquiere relevancia la beneficencia laica.[57]

En este momento, la mendicidad es concebida como una *situación perenne y rebelde* dentro de la sociedad, donde la finalidad del individuo es evitar su integración en el estado burgués, estando presente una cierta voluntariedad, a la que se une una sensación de bienestar por su estado miserable. Es por ello, que desde las instituciones

---

[55] RODRÍGUEZ CABALLERO, J. *La economía laboral en el período clásico de la historia del pensamiento económico.* Valladolid: Universidad de Valladolid, 2003, p. 123.
Tanto la prensa británica como los parlamentarios ingleses debatieron arduamente el *Informe de 1834,* al que se le unió los informes preliminares y las investigaciones estadísticas efectuadas. Pese a lo criticadas que fueron, su vigencia se prolongó hasta que fueron sustituidas por el *Estado del Bienestar* tras la II Guerra Mundial.

[56] MADAIGAN DE UGARTE, V. *Manual de Servicio Social*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile, 1970, 5ª edición, p. 65.

[57] COSME RAMÍREZ, M. y ROSAS MARTÍNEZ, M. *La evolución de las funciones económicas del Estado en la segunda postguerra*. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, 1999, p. 7-9.
Pese a que da comienzo una emancipación de la beneficencia eclesiástica, su presencia persiste durante largo tiempo llegando hasta la actualidad. Así, la asistencia social es concebida como un conjunto de normas y procedimientos sistematizados que tiene como finalidad ayudar a la comunidad, satisfaciendo sus necesidades y resolviendo todas aquellas cuestiones problemáticas. La conformación y consolidación del concepto de Asistencia Social es paralelo a la creación del denominado Estado Liberal, con la consiguiente introducción del capitalismo industrial.

se procura una intervención superficial que solventa los síntomas visibles, no atacando y resolviendo los factores y problemas que provocan esta situación[58].

El surgimiento de la Revolución Industrial durante el siglo XIX favoreció, considerablemente, el aumento de la marginalidad, que se ubicó en aquellas zonas más alejadas del centro de las urbes, lo que ocasionó un considerable aumento incontrolado de éstas, que dio lugar a *grandes cinturones de miseria*. Esta situación precaria, llevó a que desde la burguesía se articularan una serie de intervenciones filántrópico-asistenciales promovidas por un sentimiento religioso al que se unió la defensa, casi automática, del estilo de vida burgués[59]. Autores como Pratt ven claros estos intereses presentes en la filantropía: *... esa filantropía requiere que la persona beneficiada debe llevar una vida buena, lo que significa en un análisis final, que esté dispuesta a aceptar el modo de vida burgués, aunque solo como ideal al que nunca podrá acceder. Así la filantropía es una especie de control moral* [...] *en último extremo el apoyo material es un medio de combatir el desorden moral.*[60]

La *solidaridad* comienza a aparecer en escena, dejando atrás la *caridad* a la que se había dado uso desde el Medievo. Según L. de Sebastián Carazo, es vista como *un reconocimiento práctico de la obligación natural que tienen los individuos y los grupos humanos de contribuir al bienestar de los que tienen que ver con ellos, especialmente de los que tienen mayor necesidad*[61]. A ello se une la creación de diversos mecanismos que procuran ayudar a la clase obrera bajo una protección social, cuya premisa es la previsión social frente a los riesgos de la enfermedad. Todo ello se materializa en el surgimiento del Sistema de Seguridad Social, del que el primer ejemplo aparece en Alemania, en 1881, bajo el mandato de Bismark[62]. Con el paso de los años y la

[58] PRIMAVERA, H.; DE SANZO, C y COVAS, H. *Reinventando el mercado: la experiencia de la Red Global de Trueque en Argentina*. Buenos Aires: PAR, 1998, p. 16-17.
[59] VALVERDE MOLINA, J. *El Proceso de Inadaptación Social*. Madrid: Editorial Popular, 1988, p. 27-32.
[60] PRATT, A. *Los salvadores del niño o la invención de la delincuencia*. México D.F.: Siglo XXI, 1983, p. 22-25.
[61] SEBASTIÁN CARAZO, L. DE. *La solidaridad: Guardián de mi hermano*. Barcelona: Ariel, 1996, p. 7-23.
[62] ÁLVAREZ URÍA, F. *Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets, 1983, p. 257-266.

consolidación del *Estado de Bienestar*, se dio paso de un sistema acotado a los miembros de aparato laboral a una universalización de la posibilidad de acceso. Estos derechos, característicos de las políticas de bienestar de las democracias europeas, incluían cuestiones que iban desde las pensiones, a la sanidad y el seguro de desempleo, a lo que se unían los servicios sociales y el derecho a la educación y la cultura, entre otros.

5. Pobres ante una institución de caridad. Diario *El Globo*, 4 de enero de 1905.

En España, este temprano ejemplo legislativo no será trasladado hasta 1849, momento en el que se decreta la *Ley General de Beneficencia*, aunque existe un precedente en la ley de 1822 que nunca llegó a ser puesta en funcionamiento. Con esta reforma legislativa, la beneficencia pública española se organizaba y estructuraba de la siguiente manera, aunque muchos de los recursos ya existían: *Casas de expósitos* o *inclusas*, en que se recogía a los niños abandonados o de padres desconocidos; *Casas de misericordia*, instituciones en que se daba acogida y refugio a las mujeres que concebían ilegítimamente y querían ocultar el embarazo y el parto; *Casas de maternidad*, íntimamente ligadas a las anteriores, fue éste el nombre que recibieron las casas de

Tras la Comuna de París, en Alemania, Bismarck estableció los planes de Seguridad Social, con la finalidad de favorecer a las clases menos pudientes, evitando cualquier tipo de alzamiento. De esta manera, la seguridad social de tipo contributivo se sitúa en paralelo a la beneficencia.

misericordia con posterioridad y que suplían las mismas necesidades que éstas; *Casas de socorro*, establecimientos destinados a la acogida de huérfanos mayores de seis años y otros necesitados a los que se les suministraba sustento y educación. Estaban dotadas de talleres o fábricas que procuraban el aprendizaje de un oficio a los niños; *Hospitales de enfermos; Hospitales de convalecientes; Hospitales de locos o manicomios; Socorros domiciliarios,* en la que se prestaba asistencia a domicilio a todas aquellas personas carentes de medio de subsistencia, cuya finalidad era evitar el colapso de las casas de socorro u hospitales de enfermos.

En cada población, se establecía una *Junta de beneficencia* que cuidaba del buen funcionamiento de las instituciones de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente. En las poblaciones de mucho vecindario, las juntas municipales, con la pertinente aprobación de su respectivo ayuntamiento, nombraban *Juntas Parroquiales de beneficencia* que eran presididas por el cura de la parroquia, y en sus ausencias o enfermedad, por su teniente. Estas juntas, además del presidente, se componían de ocho individuos, todos ellos vecinos de la parroquia y se renovaban cada dos años por mitad, en virtud de una propuesta de la propia junta a la municipal de beneficencia. Entre las responsabilidades de los miembros que las componían estaban: uno de los individuos desempeñaba las funciones de secretario; otro, las de contador; otro, las de depositario.[63]

[63] MARTÍNEZ ALCUBILLA, M. *Diccionario de Administración, obra de utilidad práctica para los alcaldes y ayuntamientos y para todos los funcionarios públicos en el orden judicial y administrativo*. Madrid: Imprenta de A. Peñuelas, 1858, Tomo II, p. 404-412.
Se estipulaba que en las capitales y pueblos que tengan 400 vecinos o más se componía esta junta de nueve individuos: uno de los alcaldes constitucionales, que era presidente nato; un regidor del ayuntamiento; el cura párroco más antiguo; cuatro vecinos ilustrados y caritativos; un médico; y un cirujano de los de mayor reputación. En los demás pueblos de menos vecindario, se componía la misma junta de siete individuos.
Entre las obligaciones de las juntas de beneficencia estaban: hacer observar la ley y los reglamentos y órdenes aplicables a los directores, administradores y demás empleados de los establecimientos de beneficencia; informar al ayuntamiento sobre la necesidad de aumentar, suprimir o arreglar cualesquiera de dichos establecimientos; proponer arbitrios para disminución y socorro de la indigencia en las necesidades extraordinarias; ejecutar las órdenes sobre mendicidad que le comunique el Gobierno por conduelo de sus respectivos ayuntamientos; recibir las cuentas de los administradores de los establecimientos de beneficencia y, una vez examinadas, pasarlas al ayuntamiento con su censura; cuidar de la buena administración de los establecimientos de su cargo y establecer la más escrupulosa economía en la inversión de los fondos, claridad en las cuentas y el buen desempeño en las respectivas obligaciones de cada

El punto de partida de las políticas de protección se sitúa en la *Comisión de Reformas Sociales* creada en 1883, que tenía como función el estudio de cuestiones que interesasen a la mejora y bienestar de la clase obrera. En 1900 se crea el primer seguro social, que venía recogido en la *Ley de Accidentes de Trabajo***,** para años más tarde, en 1908, aparecer el *Instituto Nacional de Previsión*, organismo estatal en el que se integraban las cajas que gestionaban los seguros sociales que van surgiendo. Posteriormente los mecanismos de protección desembocan en una serie de seguros sociales, entre los que destacan el *Retiro Obrero* en 1919 y el *Seguro Obligatorio de Maternidad* en 1923.

Habrá que esperar a las drásticas reformas en el campo de lo laboral promulgadas por la II República Española para observar mejoras en la vida de los trabajadores: creación de Delegaciones de Trabajo y los seguros sociales; creación del *Seguro de Paro Forzoso* en 1931, a lo que se le unió una considerable reducción de la jornada laboral, enfatizándose en el mundo agrario; y se produjo un importante plan de obras públicas que fomentaran el empleo desde la Administración con el objetivo de paliar los efectos de la *Crisis de 1929*, y que en cierta medidad eran continuistas de las ya establecidas por el anterior gobierno, el de Primo de Rivera.

En los años sucesivos y durante la Dictadura de Francisco Franco, se creó el *Seguro de Enfermedad* en 1942 y el *Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez*, también conocido como SOVI, en 1947. La protección dispensada por estos seguros pronto se mostró insuficiente, lo que llevó a la aparición de otros mecanismos de protección

empleado, dando cuenta al ayuntamiento si notasen en alguno poco celo y actividad y suspendiendo en el acto a cualquiera por sospechas fundadas de tortuosos manejos o por otro motivo grave; proponer al ayuntamiento para los destinos de directores y administradores de los establecimientos de beneficencia las personas que juzgaran más a propósito; formar anualmente un presupuesto de gastos para el año próximo y la estadística de beneficencia de su distrito, pasando uno y otro al ayuntamiento para su dirección ulterior; presentar anualmente al ayuntamiento cuentas documentadas de los fondos invertidos en la hospitalidad y socorros domiciliarios; para que la vigilancia de estas juntas sobre los establecimientos de beneficencia fuera más efectiva, nombraban para cada uno de dichos establecimientos un vocal, que con calidad de visitador estaba encargado de observar frecuentemente si se cumplían en él los reglamentos, si los empleados desempeñaban su obligación y si los pobres estaban bien asistidos.

articulados a través de las mutualidades laborales, organizadas por sectores laborales y cuyas prestaciones tenían como finalidad completar la protección preexistente.[64]

1.3.2. IMPULSORES Y CAUSAS DE UNA CONCEPCIÓN DIFERENTE EN ESPAÑA Y EUROPA.

El estudio de los orígenes de la solidaridad nos permite entender como, a lo largo de la Historia de la Humanidad, han ido modificándose y evolucionando las diferentes formas de solucionar y afrontar los problemas de la sociedad, la destacada importancia que ha jugado la iniciativa social, con sus diferentes formas de intervención y cómo se ha llegado a la situación actual que vivimos. Aciertos y errores del pasado nos dan una visión de cuáles son los caminos ya transitados, cuáles quedan por circular, pudiendo intuir hacia donde nos dirigimos.

6. Juan Luis Vives.

Deben tenerse presentes las diferentes intervenciones que han acaecido en cada momento histórico como evolución de las anteriores, así como los diferentes autores que han contribuido a que se produzca el cambio, con una mediación que ha tenido una mayor o menor fortuna. Entre ellos debe destacarse: Juan Luis Vives (1492-1540); Domingo de Soto (1494-1570) y Juan de Robles (1492-1572); Miguel de Giginta (1534-1588); Cristóbal Pérez de Herrera. (1558-1625); San Vicente de Paúl (1576?-1660); Thomas Chalmers. (1780-1847); San Juan Bosco. (1815-1888); Charles Booth (1840-1916); y, Federico de Ozanam (1813-1853).

En 1526, el valenciano **Juan Luis Vives** publica en Brujas el *Tratado del socorro de los pobres*, obra en la que analiza, organiza y sistematiza la asistencia y auxilio a los

[64] Dada la multiplicidad de Mutualidades, este sistema de protección condujo a discriminaciones entre la población laboral, produjo desequilibrios financieros e hizo muy difícil una gestión racional y eficaz.

menesterosos y desamparados. A esta idea de ayuda, agrega la de educación a niños y adultos que facilite la adquisición de habilidades para un trabajo que le permita salir de su estado de miseria[65]. Con su *Tratado*, sentó las bases de la asistencia social en Europa, procurando para la obra caritativa un sentido de eficacia racionalizada.[66]

Esta obra tratadística está conformada por dos libros: el primero plantea una metodología que sirva de guía, tanto a los dirigentes como a la comunidad, para una adecuada ocupación de los necesitados; en el segundo, se aborda las excelencias terrenales y celestiales de estas acciones. Para el logro de una ayuda ideal, presenta unos aspectos a tener en cuenta: redistribución de la riqueza; la creación de instituciones que recojan a los pobres, en las que estén cuidados y atendidos y estén registrados por las autoridades; y el control e identificación de vagos y maleantes.

Durante el reinado de Carlos I, se produce en España un avance ideológico considerable en lo que respecta a la pobreza influenciado por las ideas de Vives, produciéndose a partir de 1563 un retroceso importante ante la incapacidad por parte de las autoridades para el control y gestión del sistema asistencial[67]. Concluyendo el siglo XVI, Cristóbal Pérez de Herrera publica su tratado titulado *El Amparo de los pobres*, con el que procura emitir una serie de medidas prácticas que paliaran la mendicidad secundaria a sucesivos años de malas cosechas y desastres. Entre ellas, plantea la posibilidad de la creación de albergues.[68]

El dominico **Domingo de Soto** presentó una marcada oposición a las corrientes humanistas que restringían el ejercicio de la caridad, insertas en el nuevo orden

---

[65] MOIX MARTÍNEZ, M. El derecho de pobres isabelino. *Revista de trabajo* nº 48, 1974, p. 225-257.
Estas ideas de ayuda y formación serán las que sienten las bases para la *Ley de Pobres* que se dicta en los siglos XVI y XVII.

[66] MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J. L.; GONZÁLEZ SEARA, L. *Las estructuras del Estado de Bienestar en Europa*. Madrid: Editorial Civitas, 2000, p. 37-129.

[67] Tan solo existe una actividad que va orientada a: el control de los lugares donde se podía solicitar limosna con la consiguiente licencia emitida por la parroquia correspondiente y un permiso de la justicia que confirmaba y justificaba la total necesidad y pertenencia a la Iglesia Católica.

[68] RUBIO VELA, A. (1984). *Opus cit*, p. 16.
En este momento nos encantamos que comienzan a desarrollarse numerosas fundaciones hospitalarias promovidas por ricos mecenas y con una fuerte presencia eclesiástica en grandes urbes.

valorativo del mundo renaciente. Opuesto a sus ideas, **Juan de Robles**, también conocido como Juan de Medina, se postuló a favor de las ideas de Vives, cuestionando la libertad incondicional de los mendigos.

Estas posturas contrapuestas se manifestaron en 1545 durante la apertura del Concilio de Trento y secundadas por la publicación que Soto había realizado sobre la mendicidad. La obra aborda una doble vertiente del derecho del pobre a la ayuda y del deber cristiano del socorro, basados en los principios tradicionales de la ética cristiana al que se unían el ideal de mendigo pobre y los intereses de la Iglesia.[69]

7. Domingo de Soto.

En este mismo año, el benedictino Juan de Robles se pronuncia a favor del Decreto regio dictado en 1540 y de los diferentes movimientos que demandaban una reforma de la asistencia social que procuraba una separación entre la vida civil y la religiosa. Para el clérigo, la pobreza tiene un carácter social, económico y político, alejándose de la concepción presente hasta el momento que le otorgaba rango de problema teológico-moral[70]. A su vez advierte cómo el creciente mercado laboral comienza a precisar de trabajadores con lo que supone esta situación. Esto, unido a la contemplación del vagabundo como un posible peligro para la salud pública, el orden y la economía, es lo que fundamenta su idea de que limitar su movilidad no atenta contra una libertad natural, siempre que lo exigiera el bien público, como se pedía para el comercio y otras actividades. Propone, además, la reorganización y reestructuración de los dispositivos asistenciales de caridad

[69] GEREMEK, B. *La piedad y la horca. Historia de la miseria y de la caridad en Europa*. Madrid: Alianza Editorial, 1998, p. 213-215.
[70] MARAVALL, J. De la misericordia a la Justicia social en la economía del trabajo: la obra de Fray Juan de Robles. In, *Moneda y Crédito* nº 148, 1979, p. 66-70.
Según Maravall, el gran mérito de Robles fue separar la esfera terrenal de la espiritual, y detraer para el Estado actividades públicas en perjuicio de la Iglesia. Además profundiza en el programa de secularización de la administración y gestión de los bienes de los hospitales.

junto a la distribución de las limosnas, supervisadas por el Estado y un control del funcionamiento óptimo de los establecimientos en manos eclesiástica.[71]

Destaca también, durante el siglo XVI, **Miguel de Giginta,** por la publicación que realiza en la ciudad portuguesa de Coimbra de su memorial sobre el cuidado de los pobres con el título *Tratado de remedio de pobres* en 1579. Con él, pretendía marcar instrucciones para separar a los vagos y falsos pobres de los que verdaderamente precisaban de la caridad[72]; además se proponía la libertad vigilada del mendigo con un claro rechazo de la legislación coercitiva.

Otro tema que aborda el *Tratado* son una serie de recomendaciones para las casas de Misericordia, con marcado sabor eclesiástico, que se concretaban en dos objetivos básicos: por un lado, albergar, alimentar y ayudar físico-espiritualmente a los pobres verdaderos; y, por otro, facilitarles el trabajo y mejorar las condiciones de salud de la población acogida[73]. Igualmente constituían espacios civiles, cuyo control estaba bajo las corporaciones municipales.

Como se ha comentado con anterioridad, **Cristóbal Pérez de Herrera** publicó en 1598 la obra titulada *Amparo de Pobres*, en la que vinculó la crisis económica que en ese momento sufría Europa con una pobreza ociosidad y parasitariamente rentista. Además señaló el riesgo ético-sanitario-económico que para la sociedad suponían los pobres falsos, apoyando una naturaleza mixta de las instituciones, donde conviviera un aspecto civil y religioso.[74]

Al igual que Vives y Giginta, condensa su discurso entorno a la trascendencia de los albergues de pobres, instituciones muy cercanas a las casa de misericordia. Antes de la puesta en marcha de estos centros, propone lo que denomina «escrutinio de mendicantes», acciones que buscaban un control exhaustivo de la legitimidad de los mendigos, el cual los facultaba para practicar la mendicidad durante un año debiendo

[71] GEREMEK, B. (1998). *Opus cit*, p. 213-215.
[72] *Ibidem*, p. 218.
[73] En estas fundaciones se obligaba a todos a trabajar, situación que proporcionaba financiación parcial de éstas. Existía un acentuado aspecto religioso, que daba inicio con su nombre con el articulado de sus edificios, en cuya planta en forma de cruz se ubicaba la capilla en el centro de ésta.
[74] MORELL, A. *La legitimación social de la pobreza*. Barcelona: Anthropos, 2002, p. 52-57.

estar identificados y autorizados por los responsables del albergue. Estos centros debían presentar un carácter asistencia, parroquial y de descanso, donde se catecumenizaría a los mendigos.[75]

8. San Vicente de Paúl .

Ya entrado el siglo XVII, en Francia, **San Vicente de Paúl** se coloca a la cabeza de la defensa de los miserables y desvalidos. Este momento viene marcado por un desolador panorama económico que motivó un aumento considerable de la mendicidad. Este bienaventurado personaje, conocedor de las ideas propuestas por Vives en el siglo XVI, procura adaptarlas al país galo, fundando en el primer tercio del siglo la congregación de las *Damas de la Caridad* y la orden religiosa de las *Hermanas de la Caridad*[76]. Su proyecto lo pone en marcha en la ciudad de Lorena, lugar en el que, entre 1630 y 1643, estableció un plan de ayuda a los habitantes que quedaron tras la *Guerra de los Treinta Años*, que fomentó un espíritu solidario y compañerismo sin precedentes. Su aportación supuso una revolución en el concepto de caridad, consiguiendo una transformación del trabajo de la limosna que adquirió un carácter voluntarista, organizado y metódico.[77]

Durante el siglo XVIII y XIX, dos son los focos donde se van a concentrar básicamente una preocupación por la mendicidad, el auxilio a los miserables y la

[75] GEREMEK, B. (1998). *Opus cit*, p. 221.
Para la identificación precisaban portar en lugar visible la imagen de la Virgen María y el escudo de armas de la ciudad. Las autoridades responsables del centro estaban: un sacerdote como director y controlados por un regidor, a los que asistían dos diputados, uno clérigo y otro seglar.
[76] MEZZADRI, L. *Vida Breve de San Vicente*. Salamanca: CEME, 1990.
Las primeras fueron fundadas en 1617 y estaba conformado por señoras acomodadas que ayudaban a los pobres con alimentos y ropas que le suministraban en sus visitas domiciliarias; las segundas se crean en 1633 con Luisa de Marcillac, hija de labriegos, que tenía vocación por dedicarse a la caridad.
[77] DODIN, A. *San Vicente de Paúl y la caridad*. Salamanca: CEME, 1977.
Las normas que establece son: prevenir la limosna arbitraria; controlar los casos y valorar la ayuda dada; y clasificar a los pobres por su capacidad de auto-mantenimiento.

asistencia social: en Inglaterra, el reverendo Thomas Chalmers y el científico Charles Booth; y en Italia, el galeno Federico de Ozanam y San Juan Bosco.

Thomas Chalmers fue el fundador de la Iglesia Presbiteriana de Escocia y pionero de la asistencia social tecnificada e inspirador de los principios del trabajo social. Su trabajo y aportación fundamental se concentra en su parroquia de Saint John, ubicada en Glasgow, donde desarrolló un programa de ayuda vecinal que se caracterizaba por la visita domiciliaria de aquellas personas que pudieran precisar socorro.[78]

Observando el importante descontento existente en relación con la actuación que estaba llevando a cabo el Estado para el atender a los mendigos, caracterizada por un considerable derroche de recursos, a lo que se le unía una destrucción de la voluntad de automantenimiento de los individuos atendidos, y olvidando la disposición de aquellos de quienes querían ayudar en esta tarea, para lo que propone una modalidad más simple y práctica, articulada a partir de una *caridad juiciosa* fundamentada en cuatro pilares: hábitos y economía de las gentes; amabilidad de los pacientes; simpatía de las clases ricas por las pobres; y solidaridad entre pobres.[79]

Este modelo asistencial, promocionaba la ayuda entre personas conocidas, situación que trasladó a su parroquia, en la que, para poder ejecutar su proyecto, se descuelga de cualquier sustento público y privado. Este programa se cimentaba a partir de la división de la parroquia en 25 distritos, cada uno al cargo de un *diácono* que se ocupaba de 50 familias a las que se les daba ayuda material, social, religiosa y educativa, tanto a niños como adultos, promovida por la figura del *visitador social*[80] que procura al diácono la información necesaria sobre los distritos.

Para lograr este objetivo, se indagaba en las causas que favorecían la necesidad, así como en las posibilidades de automantenimiento de los individuos, proporcionándoles esta figura si carecieran de ella, que correlativamente se distribuían

[78] ROXBOROGH, J. *The Legacy of Thomas Chalmers*. In, *International Bulletin of Missionary Research* nº 23-24, 1999, p. 173-176.
[79] MADAIGAN DE UGARTE, V. (1970). *Opus cit*, p. 68-69.
[80] Los visitadores sociales debían presentarse como amigos y ser formados (precedente del trabajo social). Este tipo de caridad conlleva la individualización de los problemas con una coordinación sistemática de recursos.

de la siguiente manera: familia y personas cercanas; ciudadanos ricos; el diácono; y siempre como última opción, las ayudas públicas y privadas.

Charles Booth realizó una serie de investigaciones cuyo tema central era la pobreza. Las conclusiones a las que llegó en su estudio, las volcó en el libro titulado *Life and Labour of de People* in London, publicado en 1889 en Londres[81]. Su estudio se centró en la población procedente de barrios y gremios de la ciudad de londinense, preocupándose por las condiciones, horarios y salarios laborales, así como el tipo de vivienda en el que desarrollaban su vida cotidiana. Observó que un tercio de la gente vivía en la *línea de pobreza* o por debajo de ella, careciendo de todos los recursos fundamentales para desarrollar una vida medianamente aceptable. Con este trabajo científico ayudó a una modificación en el pensamiento de la sociedad del momento, que consideraba a la pobreza como un problema social, anclados todavía en una idea medieval sobre el origen y la naturaleza de la miseria. Este cambio de visión, favoreció la modificación del sistema de ayuda presente en el Estado inglés, para dar paso a uno más operativo y eficaz.

La región piamontesa de Turín será la agraciada que obtenga el beneficio de la obra de **San Juan Bosco.** Este italiano, procedente de una humilde familia de campesinos, trabajó con niños y adolescentes que habitaban en las calles y carecían de un techo que les pudiera dar cobijo, a los que les ofreció lo que denominó una *sana*

[81] FRIED, A. y ELLMAN, R. *Charles Booth's London*. Londres: Hutchinson, 1969, p. 341.
Un segundo tomo de esta serie, titulado *Labour and Life of the People*, apareció dos años después y cubría el resto de Londres. Booth, en esta publicación, establece la idea de una «línea de pobreza», concepto que originalmente había sido empleado por la London School Board. Observó que esta línea estaba aproximadamente entre los 10 a 20 chelines que consideró como el monto mínimo necesario para el sustento de una familia de 4 a 5 personas.
Tras la publicación de los volúmenes, Booth expandió su investigación más allá de la frontera anglosajona. Consiguió un resultado, con una segunda edición, que superó y mejoró a la de su obra original, publicándola como *Life and Labour of the People in London*, en nueve volúmenes entre los años 1892 y 1897. Una tercera edición, que aumentaba el número de volúmenes a la cifra de 17, apareció en 1902 y 1903. Con su trabajo de investigación fundamentó y apoyó la introducción de pensiones a jubilados, que describió como un «socialismo limitado», justificando su necesidad en la evitación de una revolución socialista que pudiera ocurrir en un país como Gran Bretaña.

recreación, consistente en el abandono de su hábitat, escolarizándolos y creando las primeras escuelas propias.[82]

9. Federico de Ozanam.

Por último destacar la figura de **Federico de Ozanam**, milanés que se formó y trabajó en la Universidad de La Sorbona. Destaca como representante intelectual católico que se mantuvo firme frente a las posturas ateístas que surgieron durante su época, consolidándose como el nuevo pensador social que defendió la justicia en las relaciones laborales y humanas, mostró un manifiesto rechazo a la esclavitud y la diferencia social marcada entre ricos y pobres, dentro del marco del Catolicismo. Pese a que no desdeñó la caridad con el sentido que le aplicaron los primeros cristianos, afirmaba que *las conductas paternalistas no eran el camino correcto para alcanzar el progreso social, siendo la*

[82] LEMOYNE, G. *Memorias biográficas de Juan Bosco*. Turín: Escuela Tipográfica Salesiana, 1917, p. 182.
Los primeros jóvenes, miembros del Oratorio de Valdocco, fueron Miguel Rúa, Juan Cagliero, Francesia, Angelo Savio, Rocchietti, Turchi y otros que aceptaron la propuesta Juan Bosco. El 26 de enero de 1854 hicieron la promesa inicial en la fundación de los que Juan Bosco llamó sin duda los salesianos en honor de San Francisco de Sales, para un año más tarde, el 25 de marzo de 1855, el joven Miguel Rúa sería el primero en hacer sus votos, seguido después por el resto de los miembros fundacionales. Para el 9 de diciembre de 1856 Juan Bosco se refería de manera abierta a su Congregación que recibió la aprobación de Su Santidad el Papa Pío IX en 1858 y el 14 de mayo de 1862, la congregación salesiana recibió los votos de 22 jóvenes entre los cuales dos lo hacían como *coadjutores*, modalidad creada por esta orden para designara a los laicos consagrados salesianos (a todos ellos, les hace llegar el propósito de la Congregación Salesiana: buscar la santificación personal y continuar el trabajo en favor de los muchachos, especialmente aquellos más necesitados de instrucción y educación).
Los inicios de la Congregación Salesiana de Juan Bosco no fueron fáciles y le trajeron serios problemas, especialmente en lo concerniente a su aprobación definitiva y el reconocimiento de la orden. Las primeras fundaciones de casas salesianas se realizaron en el Piamonte: Lanzo en 1864, Cherasco y Alassio en 1869, Valsalice en 1872 y Vallecrosia en 1875; y el primer país extranjero que recibió a los salesianos fue Francia con la creación de casas en Niza, Marsella y París en el último cuarto del siglo XIX.

libertad como medio y la caridad como fin, aquellas herramientas que prestaran auxilio a los necesitados.[83]

Destaca la creación de la *Conferencia de la Caridad*[84], institución laica que fundó junto a varios amigos y compañeros de la Universidad, cuya repercusión traspasó las fronteras galas. Se basaba en un método de trabajo en el que se daba comienzo con visitas y ayuda domiciliaria, que perseguían el acompañamiento de los individuos. Poco a poco, la organización fue sentando fuertes cimientos que propiciaron una acción más consistente en la que se crearon guarderías, escuelas de reinserción de delincuentes y atención a refugiados e inmigrantes, caracterizadas por un notable grado de organización y racionalidad.

1.4. CONSIDERACIONES SANITARIAS, MÉDICAS Y SOCIALES. LOS AVANCES CIENTIFICOS DESDE EL MEDIEVO HASTA LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.

Sigmund Freud manifestaba que las diferentes enfermedades existentes y que asolaban a la población mundial, eran *como las neurosis obsesivas de la humanidad*[85]. Al observar detenidamente la Historia, se puede llegar a la conclusión de que las enfermedades han mediatizado considerablemente el trascurso de ésta. Y no solo han influido en el devenir del Hombre, sino además en las civilizaciones, donde cada una de ellas ha presentado una mayor o menor preocupación, hasta el punto de obsesionarse en ocasiones, por diferentes dolencias y afecciones: la lepra y la peste durante la Edad

[83] CANDELAS ANTEQUERA, M. *Federico Ozanam, modelo de identidad para los jóvenes*. Madrid: Editorial La Milagrosa, 1990, p. 25-26.
Su labor social y caritativa, ha sido más destacada, si la comparamos con su trabajo como profesor universitario en la Sorbona. Sin embargo, como exponía el Papa Juan Pablo II en la homilía pronunciada en la ceremonia de Beatificación en 1997, *fue un universitario que desempeñó un papel importante en el movimiento de las ideas de su tiempo. Estudiante, profesor eminente primero en Lyon y luego en París, en la Sorbona, aspira ante todo a la búsqueda y la comunicación de la verdad, en la serenidad y el respeto a las convicciones de quienes no compartían las suyas*.

[84] Años más tarde será denominada *Conferencia de San Vicente de Paúl* o *Conferencias Vicentinas*.

[85] JONES, E. *Vida y Obra de Sigmund Freud*. Barcelona: Editorial Anagrama, 2003, Tomo I, p. 34-43.

Media, la viruela y la sífilis en la Época Moderna, la tuberculosis en el siglo XIX y principios del XX, y el SIDA o el cáncer en la actualidad.

Esta situación ha llevado a una marcada preocupación y atención por la salud-enfermedad. La primera, desde antiguo, se asociaba a un regalo o premio otorgado por las divinidades ante un buen comportamiento de la persona agraciada o como beneplácito de las deidades; la segunda, fue relacionada con las acciones incorrectas, enfatizándose, tras el surgimiento del Cristianismo, asignándosele el nombre de pecado y considerándose dolencia espiritual reflejada en el cuerpo carnal.

10. Cristóbal Hernández de Quintana: *Ánimas del Purgatorio* (1717). Catedral de La Laguna.

En las primeras sociedades cristianas, cuando algunos de los miembros del núcleo familiar contraían alguna enfermedad, lo que primeramente se realizaba era solicitar el auxilio del clérigo para la administración de los sacramentos de la penitencia y la eucaristía, dando prioridad a la salvación celestial en detrimento de la terrenal. Las actuaciones e intervenciones siguientes eran asignadas al galeno que curaba y reparaba el cuerpo. Las enfermedades eran vistas como posibles hechos sobrenaturales, como embrujamientos y hechizos, estableciendo un concepto maniqueo en el que Bien y Mal (Dios-Diablo) se enfrentan, procurando el primero salvar al inocente del segundo, que pretende causar dolor y muerte. Estas situaciones eran solventadas gracias al correcto desarrollo de las indicaciones de los pastores cristianos: oración-arrepentimiento y

rituales que obligaban a que el poseído fuera liberado del demonio que dominaba su fuero interno.[86]

11. Jean Jacques Chifflet: *De linteis sepulchralibus Christi servatoris* (1668). Momia de Lázaro resucitada por Jesús.

Así, para muchos de los médicos medievales, la salud y la enfermedad vienen marcadas por la doctrina eclesiástica: *Dios-poseedor-de-la-salud, Dios como medicina* y *pecado-enfermedad corporal*. Todo ello da el estatus de médico eterno a Dios, o como afirma el Maestro Stefano, Dios es el *menge de todos los menges*[87]. Sin embargo, para otros galenos con una formación académica y perteneciente a la burguesía culta, el concepto de salud-enfermedad era muy diferente, enfatizando el enfoque naturalista inmerso en la doctrina filosófica hipocrático-galénica. Éstos, consideraban la salud del cuerpo como el equilibrio humoral[88], no siendo la enfermedad más que un desequilibrio de ellos que llevaban a una desarmonía en el individuo. Para los médicos este desajuste tenía relación con la vida desordenada que llevaba la persona en campos como la alimentación, el aire y el agua.[89]

---

[86] LINDEMANN, M. *Medicina y sociedad en la Europa Moderna*, *1500-1800*. Madrid: Editorial Siglo XXI, 2000, p. 2-5.
Las enfermedades secundarias a causas sobrenaturales originadas por la penetración de espíritus demoniacos, por embrujos, por el mal de ojo, o saltarse las reglas que la Iglesia estipulaba, se trataban a base de terapias mágico-religiosas, conjuros y rituales. Un campo en el que el cristianismo tuvo que definirse por no estar de acuerdo con ancestrales costumbres. Ante estas situaciones, San Agustín, en el siglo V y Graciano en el siglo XII, denunciaron, entre otras, las prácticas supersticiosas como acudir a curanderos, invocar a los demonios, depositar amuletos en lugares sagrados,…
[87] STEFANO, Maestro. *Libro de visitaciones e conciliaciones medicorum*. Madrid: Biblioteca Nacional de España, ms. 18052, col.; p. 175 y 209-220.
[88] CHIRINO, A. y GONZÁLEZ PALENCIA, Á. *Menor daño de la medicina y espejo de medicina*: *Con un estudio preliminar acerca del autor y sus obras*. Palencia: Imprenta Cosano, 1945, Biblioteca Clásica de la Medicina Española, Tomo 14. p. 507.
[89] *Ibidem*, p. 554.

A estas dos modalidades de curación, anteriormente mencionadas, se les unían la medicina popular. Las dolencias producidas por causas naturales, eran practicadas por todo tipo de personas que fueran expertos en el manejo de hierbas o dominio de los males corporales; cuando las causas eran espirituales se le realizaba el encargo a los curanderos y los sacerdotes, pensaban que las enfermedades tenían causas naturales y que se producían por perturbaciones orgánicas del equilibrio corporal (cambios bruscos de temperatura y tiempo, humedad, corrientes de aire, empachos por el consumo de grandes cantidades de comida y bebida), apoyándose para su curación en costumbres, tradiciones y remedios caseros naturales (plantas, minerales, productos animales, ….) cuyos conocimientos eran transmitidos de generación en generación.[90]

Ante estas situaciones, que eran contrarias a los dogmas establecidos por la Iglesia Católica, esta última promulgó diferentes disposiciones legales con las que los obispos pretendían abolirlas, a lo que se unían las enseñanzas que desde el púlpito procuraban mentalizar de lo incorrectas que eran estas prácticas[91]. Ambas, prohibiciones y prácticas curativas mágico-religiosas, serán una constante de la Edad Media.[92]

Las Sagradas Escrituras, y en particular los Evangelios, abordaron esta temática, mostrando el valor taumatúrgico de Cristo y sus milagros, como una forma de avalar la capacidad de la Iglesia para la sanación contra los hechizos y el poder demoniaco[93]. El valor del milagro en la Edad Media, y posteriormente durante la Moderna, estará avalado por la Biblia y diferentes documentos eclesiásticos, que permiten un análisis del binomio salud-enfermedad desde diferentes puntos de vista: casos de sufrimiento por enfermedades y muerte, donde se le pide a Cristo que interfiera y realice milagros a diferentes individuos de muy variada clase social; Cristo aparece como *médico tanto de*

[90] GARCÍA BALLESTER, L. y AMASUNO SÁRRAGA, M. El control social de la práctica médica. In, *Historia de la ciencia y de la técnica en la Corona de Castilla*. Salamanca: Junta de Castilla y León, 2002, Tomo 1, p. 827-830.
[91] CARO BAROJA, J. *Las brujas y su mundo*. Madrid: Alianza Editorial, 2003, p. 81.
[92] GARCIA BALLESTER, L. (2001). *Opus cit,* p. 531.
Con el reinado de los Reyes Católicos se pondrá en marcha la prohibición de drogas, ensalmos y encantamientos, contra la práctica de la «medicina mágica».
[93] Jeremías, 33, 1-23 y en el Nuevo Testamento: Mt 20, 29-34; Mr. 10, 26-52; SL. 19, 35-36; SL. 17, 11-19; SL. 14, 1-6; SL. 13, 10-17; Mt. 9, 18-26; SL. 9,40-56; SL. 9, 26-39; Mt. 8, 28-34; Mr. 5, 1-20; SL. 7, 1-20; SL. 7, 1-10; Mt. 8, 5-13; etc.

cuerpos como de almas[94], colocándose tras este rango de importancia, la Virgen María, intercesora ante Dios[95]; en último lugar con capacidad interceptora, los Santos, estableciéndose rutas de peregrinación a sus tumbas, como fue el caso de Santiago Apóstol.[96]

Esta filosofía presente durante la Edad Media, será trascendental por el contexto racionalista a través del cual era contemplado y no solo por la creencia en el milagro. Las nuevas condiciones sociales y psicológicas que fueron surgiendo al finalizar este periodo, en el que se da prioridad al uso de la razón en detrimento de lo sobrenatural, dieron origen a una marcada tensión en la visión de Dios y del mundo que existía.[97]

En lo referente a la cultura árabe y la disciplina médica que en este momento se desarrolla paralelamente en el panorama europeo, Castiglioni comenta:

> *…no contribuyeron de manera importante a su evolución, agregaron nuevas observaciones y conceptos, ni abrieron nuevas líneas de estudio médico, pero en una etapa de grandes problemas en Occidente, fueron los que conservaron la tradición médica, los que mantuvieron una cultura médica laica, y los intermediarios de cuyas manos la civilización occidental iba a recuperar un precioso depósito…*[98]

El concepto de enfermedad era entendido en la cultura islámica como un castigo de Alá secundario a haber cometido pecado, pero, a diferencia de las creencias cristianas, era provocada por Alá y estaban separadas de estigmas morales[99]. Por medio de la oración practicada se podía conectar con la divinidad para que ésta proporcionara la sanación milagrosa de alguna enfermedad. Además, difieren de los cristianos, al pensar que su Dios se manifestaba en la práctica que ejercía el médico hacia el enfermo, con lo que éste lograba eliminar y hacer desaparecer todos sus males terrenales realizando una

[94] La primera referencia de San Marcos, médico, de una curación realizada por Cristo, 1:23-27, es la expulsión del espíritu puro.
[95] Uno de los primeros relatos de milagros del Evangelio, Las Bodas de Caná (Jn 2), ocurrió por intercesión de la Virgen María. La Virgen también estaba con los Apóstoles en Pentecostés, cuando se derramó el Espíritu Santo y se dieron muchos portentos milagrosos. La intercesión de la Virgen no se ha interrumpido en la historia de la Iglesia.
[96] SIGAL, P. A. *Les marcheurs de Dieu. Pélérinages et pélérins au Moyen Âge*. Paris: Armand Colin, 1974, p. 36.
[97] MURRAY, A. *Razón y sociedad en la Edad Media*. Madrid: Editorial Taurus, 1982, p. 22-24.
[98] CASTIGLIONI A. *Historia de la Medicina*. Barcelona; Buenos Aires: Editorial Salvat, 1941, p. 43.
[99] GÓMEZ ARANDA, M. *Sefarad científica: Ibn Ezra, Maimónides, Zacuto: la visión judía de la ciencia en la edad media*. Madrid: Nivola, 2003, p. 34.

obra de misericordia, por lo que la sociedad se dio cuenta de que practicando la compasión se llegaba a librar de esa situación penosa y lamentable[100]. Aceptaban la enfermedad sin discutir el criterio que tenían de la sociedad la medicina y los médicos, porque su pensamiento determinista estaba muy arraigado, donde el destino estaba fijado a modo de carta de navegación desde el momento en que se nacía.[101]

Esta influencia de la medicina árabe en el mundo occidental cristiano, favoreció el desarrollo del conocimiento médico y cambios, que arduamente se fueron desligando de las creencias existentes sobre las fuerzas ocultas de la naturaleza y la magia. Con el paso de los años, estas modificaciones mutarán paulatinamente, agregándose nuevas disciplinas como la Astrología, muy presente en la Edad Media y parte de la Moderna. Su incorporación a la disciplina médica ya había sido abordado por San Isidoro (570-636), erudito escritor e historiador de los visigodos y obispo de Sevilla, que se había pronunciado acerca de la regulación astral de diferentes partes del cuerpo[102]. En sus obras manifiesta una marcada importancia del conocimiento sobre las enfermedades, prueba de ello es que las recopila y define desde el aspecto etimológico sin entrar en la búsqueda de la causa ni el posible tratamiento.[103]

Las creencias existentes desde antiguo en la medicina clásica de Hipócrates y Galeno, estaban tan imbricadas, que llegaron incluso a surgir novedosas teorías al final de la Edad Media. Es el caso de las manifestadas por Paracelso, como las publicadas en su obra escrita *Volumen medicinae paramirum* sobre la enfermedad. En esta publicación su hipótesis sobre las cinco causas principales que producen la enfermedad, así como

[100] VÁZQUEZ DE BENITO, M. C. *Obra médica. Averroes*. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1998, p. 23-28.
[101] FRANCO SÁNCHEZ, F. *Muhammad As- Safra: El médico y su época*. Alicante: Universidad de Alicante, 1990, p. 37-39.
[102] El sol regulaba el costado derecho y el corazón; la luna el lado izquierdo y el estomago; Júpiter los pulmones, el hígado y los miembros... Las complexiones de los hombros (sanguíneos, coléricos, flemáticos y melancólicos), tenían relación con las constelaciones de los planetas, en las *Etimologías*, dedicando alguno de sus libros, el IV (a enfermedades y remedios) y el IX (descripción anatómicas), a la Medicina a la que consideraba como «filosofía segunda», este texto junto con otro titulado *De natura rerum* influirán de manera decisiva en el arte de curar en la Edad Media, y en los planteamientos de la medicina clerical por parte de los clérigos europeos durante la Alta Edad Media.
[103] FONTAINE, J. *Isidoro de Sevilla et la culture classique dans l´Espagne visigothique* II. 3 Tomos. París: Études Augustiniennes, 1959, p. 20.

manifiesta una actitud rebelde frente a la autoridad de los textos clásicos, exponiendo y manifestando que *la medicina debía de basarse en la experiencia personal del médico y no en Galeno o Avicena, también de otros precursores, como Van Helmont y Sydenham, que consideraron que todas las enfermedades eran específicas, habiendo diferencia cualitativa entre la persona sana y la persona enferma.*[104]

La medicina hipocrática-galénica perdurará durante la Edad Media y bien entrada la Edad Moderna, tanto en la clase médica como en el resto de la sociedad, influyendo marcadamente en los portadores del poder de la época, preocupados por la insalubridad que existía sobre todo en las ciudades, debido a la ingente llegada de la población rural a los núcleos urbanos, lo que favoreció la aparición de importantes epidemias.

Durante el Renacimiento no se produjo un cambio abrupto en el pensamiento médico, pero se acentuó la crítica hacia Galeno y los arabistas, y hubo un resurgimiento de las doctrinas de Hipócrates. Los artistas renacientes retomaron el estudio anatómico del cuerpo humano, dando importancia a los músculos, lo que les permitía emular mejor el cuerpo humano. Destaca el trabajo efectuado por Leonardo da Vinci, al que se dio poca importancia durante siglos, realizando destacados y precisos dibujos anatómicos basados en la disección del cuerpo humano.[105]

Un hito en la historia médica fue la publicación, en 1543, del tratado de anatomía *De Humani Corporis Fabrica,* obra del anatomista belga Andrés Vesalio. Demostró de manera evidente que durante años se habían cometidos centenares de errores en la explicación de la anatomía humana de Galeno. Gabriel Falopio, quien descubrió las trompas uterinas que desde entonces llevan su nombre, y el tímpano, ayudó a esta reestructuración de los conceptos anatómicos, diagnosticando, además, enfermedades del oído y de los conductos lagrimales.[106]

---

[104] CARMONA, J. L. *Enfermedad y sociedad en los tiempos modernos*. Sevilla: Secretaría de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, p. 13-15.
[105] LADIVAR HEREDIA, J., LADIVAR ESCALADA, M. E. y PRIETO CÁRDENAS, Z. M. *Historia de la Medicina. Guía de clases*. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2004, p. 26-30.
[106] *Ibidem*, p. 27.
El médico español Miguel Servet contradijo también a Galeno, y fue el primero en describir de forma correcta el sistema circulatorio pulmonar y en explicar la digestión como fuente de energía

El médico y alquimista suizo Paracelso, considerado fundador de la farmacoterapia, rechaza de lleno los tratados clásicos sobre medicina existentes, descubriendo nuevos remedios químicos y defendiendo que las enfermedades se debían a agentes externos al cuerpo[107]. En el campo de la epidemiología destacó el poeta y médico Girolamo Fracastoro, considerado padre de esta disciplina científica, que demostró el carácter específico de las fiebres y descubrió el tifus; el término sífilis, otorgado a la virulenta enfermedad que devastaba Europa, procede de su famoso poema *Sifilis sive morbus gallicus* (*La sífilis o mal de los galos,* 1530). A él se le atribuye la teoría de que las enfermedades infecciosas se transmiten por contagio de gérmenes invisibles capaces de autorreproducirse, siendo además el precursor de las teorías bacteriológicas modernas, lo que significará un considerable avance de la ciencia médica.[108]

12. Pierre Vigneron: *Galeno*. Lithographie de Grégorie et Deneux, París (ca. 1865).

Dice el historiador Francisco Guerra sobre la conquista de América por los españoles, que *la mejor medicina de su tiempo y una organización sanitaria eficiente se llevaron a aquellas tierras*. Desde 1570 funcionó en América la institución *Protomedicato,* consejo presidido por un médico capacitado y autorizado para diferentes cuestiones. Entre ellas: supervisar y regular el ejercicio de médicos, cirujanos, farmacéuticos y comadronas; además de inspeccionar boticas y hospitales; informar sobre los fármacos y las aguas del lugar; y establecer cuarentenas en caso de epidemias.

La empresa que supuso la conquista de tal magnitud de territorio, llevó aparejada la instalación de servicios y establecimientos asistenciales que cubrieran las necesidades

corporal. Así mismo, Ambroise Paré, cirujano francés, facilitó la amputación quirúrgica gracias al uso del forceps y al empleo de la ligadura, en lugar de la cauterización, para frenar la hemorragia.

[107] SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. A. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Editorial Masson, 2002, p. 256-258.

[108] GARGANTILLA, P. *Breve Historia de la Medicina. Del Chaman a la Gripe A*. Madrid: Nowtilus saber, 2011, p. 201-203.

más básicas en un primer momento. Así, el primer hospital de América, el *Hospital de San Nicolás de Bari*, lo creó Nicolás de Ovando en la isla de Santo Domingo en 1503, mientras que el primero en México, el *Hospital de Jesús*, fue fundado por Hernán Cortés en 1521 en Tenochtitlán. Estos establecimientos fueron obras que se construyeron al mismo tiempo que las que se ejecutaban en Islas Canarias, pese a que ya desde 1481 se había fundado el *Hospital de San Martín* en el Real de Las Palmas en la isla de Gran Canaria. Fray Bernardino Álvarez Herrera creó en 1566 en México el primer hospital para enfermos mentales que llevó el nombre de *San Hipólito*.

Estos nuevos centros de sanación y cuidado precisaron de personas que los gestionaran y proporcionaran una atención sanitaria de la máxima calidad. Es por ello, que numerosas órdenes religiosas marcharon a estas nuevas tierras para ponerse al frente de diferentes hospitales y asilo, de los que las mejores instituciones hospitalarias de Hispanoamérica estuvieron gestionadas por la orden de San Juan de Dios. Junto a todo ello, era necesario constituir una cantera de personas que ejercieran las diferentes profesiones sanitarias. Ello llevó a que en todas las universidades del continente se instituyeran cátedras de medicina: en 1578 en México, en 1634 en Lima y en 1681 en Guatemala, llegándose a publicar manuales y libros que permitieran el estudio de la disciplina médica, de los que el primer libro de medicina publicado en América fue *Opera medicinalia,* de Francisco Bravo, editado en 1570 en la ciudad de México.[109]

El siglo XVII dará comienzo con uno de los descubrimientos más trascendentales de la medicina: el funcionamiento de la circulación de la sangre, hallazgo que fue realizado en 1616 por el médico y anatomista inglés William Harvey[110]. Marcelo Malpighi, anatomista italiano, prosiguió el trabajo de Harvey con su descubrimiento de los capilares, a lo que se unieron los trabajos efectuados por Gaspar Aselli, quien realizó la primera descripción correcta de los vasos linfáticos.

[109] LADIVAR HEREDIA, J., LADIVAR ESCALADA, M. E. y PRIETO CÁRDENAS, Z. M. (2004). *Opus cit,* p. 26-30.

[110] Años antes, en 1553, Miguel Servet había descrito la circulación pulmonar de la sangre. El descubrimiento del sistema circulatorio fue anunciado en 1616, y posteriormente publicado en 1628 en su libro *Exercitatio Anatomica motu Cordis et Sanguinis Animalibus* (Un estudio anatómico sobre la moción del corazón y de la sangre de los animales), donde basándose en el método científico de la época, argumentó su teoría de que la sangre era bombeada alrededor del cuerpo por el corazón en un sistema circulatorio. En su *Ensayo,* Harvey estableció el hecho de que el bombeo del corazón ponía la sangre en continua circulación.

En Inglaterra, el médico Thomas Willis investigó la anatomía del cerebro y del sistema nervioso, con destacados avances en este tema, junto al descubrimiento e identificación de la diabetes mellitus. Años más tarde, las investigaciones realizadas por Francis Glisson se unieron a las de Willis, quien fundamentó el conocimiento moderno de la anatomía del hígado, describiendo el raquitismo, al que se le puso su nombre (enfermedad de Glisson), y fue el primero en demostrar la contracción muscular ocasionada por el ejercicio.[111]

Junto a los avances en lo concerniente al aparato circulatorio que Harvey descubrió, encontramos los del médico inglés Richard Lower quien realizó un trabajo fundamental sobre la anatomía del corazón, demostrando el intercambio de los gases en la sangre, y llevando a cabo con éxito una de las primeras transfusiones sanguíneas. Su trabajo ayudó al de otros miembros del denominado *Grupo de Oxford*, además de a los fisiólogos ingleses Robert Boyle y Robert Hooke, pioneros en la fisiología de la respiración.[112]

No debe dejar de nombrarse los hallazgos llevados a cabo por el matemático y filósofo francés René Descartes, quien llegó a realizar disecciones anatómicas e investigó sobre la anatomía del ojo y su mecanismo, explicando el funcionamiento del organismo mediante mecanismos de tipo físico. Este pensamiento y opinión fue compartida por los llamados *iatromédicos,* cuyos puntos de vista se oponían a los *iatroquímicos,* que entendían la vida como una serie de procesos químicos presentes en los organismos.[113]

En lo concerniente a la formación de nuevos profesionales en el campo médico, destacó el médico inglés Thomas Sydenham, llamado el *Hipócrates inglés,* al que años más tarde se le unió el médico holandés Hermann Boerhaave, quienes fundamentaron

---

[111] GARGANTILLA, P. (2011). *Opus cit*, p. 222-238.
[112] LADIVAR HEREDIA, J., LADIVAR ESCALADA, M. E. y PRIETO CÁRDENAS, Z. M. (2004). *Opus cit,* p. 26-30.
[113] MENDOZA-VEGA, J. M. D. *Lecciones de Historia de la Medicina*. Segunda edición aumentada y corregida. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2003, Colección Ciencias de la Salud, p. 119-136.
Los exponentes de la primera teoría fueron los italianos Sanctorius, médico que investigó el metabolismo, y el matemático y físico Giovanni Alfonso Borelli, quien trabajó en el campo de la fisiología. Jan Baptista van Helmont, médico y químico flamenco, fundó la escuela iatroquímica y su trabajo lo continuó el anatomista prusiano Francisco Silvio, quien estudió la química de la digestión e insistió en el tratamiento farmacológico de la enfermedad.

la importancia de la enseñanza práctica. Instruían a sus alumnos durante las visitas a los enfermos, haciendo hincapié en el enfoque clínico de la medicina. El primero, Sydenham, además llevó a cabo extensos estudios sobre la malaria y los mecanismos de propagación de las epidemias y fue el primero en diferenciar la escarlatina del sarampión. La introducción en Europa, hacia 1632, de lo que después se conocería por quinina, sustancia obtenida de la corteza del quino, fue otro de los acontecimientos de esta época que ayudó en el progreso terapéutico.[114]

En el campo de la Enfermería, este momento se conoce como *Siglo de Oro de la Enfermería Española*, comprendiendo el periodo entre los años 1550 y 1650, momento en el que por primera vez se toma conciencia de la enfermería como oficio, con entidad propia y con necesidades específicas de estructura y conocimientos. De esa idea medieval, en la que estaba impresa una dedicación absoluta al necesitado como ejercicio primordial para realizar la actividad de la piedad cristiana, se pasó a la idea de que era necesario el uso racional de todas aquellas posibilidades disponibles para que este servicio fuera lo más completo y efectivo posible. Son tres los sucesos trascendentales acaecidos para el avance de la enfermería: el planteamiento de las funciones de Enfermería de una manera nueva que contempla los cuidados o actividad asistencial, la administrativa, la docente y la investigadora; la creación de órdenes religiosas que se expandieron por todo el mundo, que tenían como objetivo fundamental la asistencia a los pobres, destacando la de *San Juan de Dios*, la de los *Hermanos Enfermeros Pobres* y la *Bethlemita*; y por último, la aparición de manuales escritos por enfermeros para la formación del personal en esta disciplina.[115]

---

[114] *Ibidem*, p. 65.

[115] GARCÍA MARTÍN-CARO, C. y MARTÍNEZ MARTÍN, M. L.. *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Editorial Elsevier, 2007, p. 95-106.
Instrucción de enfermeros de Andrés Fernández, Madrid 1617. Presenta, en algunos de sus puntos, una carencia de base científica, conteniendo dentro de sus ocho capítulos: Descripción de técnicas y procedimientos terapéuticos utilizados por enfermeros. Prestación de cuidados de enfermería en determinadas enfermedades y situaciones de urgencia. Preparación, indicación y administración de diferentes formas medicamentosas. Conceptos de anatomía. Descripción de órganos y regiones anatómicas. Consejos y orientaciones dietéticas. Priorización en los tratamientos prescritos por el médico. Terapéutica y enfermería. Tareas y funciones del enfermero; el otro ejemplo bibliográfico, es un texto que nunca llegó a ser publicado: *Directorio de enfermeros* de Simón López 1651.

El siglo XVIII vendrá marcado por un esfuerzo por parte de la disciplina médica para adaptarse a la investigación científica, situación a la que ayudó considerablemente los descubrimientos de Nicolás Copérnico, de Galileo Galilei y de Isaac Newton, pese a que persisten férreas teorías extravagantes e infundadas. Debe destacarse dos corrientes filosóficas antagónicas que surgen en este momento: la *teoría vitalista*, capitaneada por el médico alemán Georg Ernst Stahl, quien creía que el alma era el principio vital que controlaba el desarrollo orgánico; y la *teoría mecanicista*, defendida por el médico alemán Friedrich Hoffmann que consideraba el cuerpo como una máquina y la vida como un proceso mecánico.[116]

Numerosos fueron los avances en este siglo, momento en el que se procuró dar origen y causa a la enfermedad: el médico británico William Cullen atribuyó la enfermedad a un exceso o deficiencia de energía nerviosa; y el médico John Brown de Edimburgo creyó que la debilidad o la estimulación inadecuada del organismo era su verdadera causa. En relación con las teorías de este último, conocidas como *sistema brunoniano,* la estimulación debía incrementarse con tratamientos irritantes y grandes dosis de fármacos. El médico alemán Samuel Hahnemann desarrolló el sistema de la homeopatía, a finales del siglo XVIII, en el que insistía en administrar pequeñas dosis de fármacos a los pacientes, actuación muy en contra de lo postulado por el sistema brunoniano.

Otros sistemas particulares propuestos hacia finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX fueron la *frenología*, teoría formulada por el médico alemán Franz Joseph Gall, quien creía que del examen del cráneo podía extraerse información sobre las funciones mentales. Además surge la *teoría del magnetismo animal*, desarrollada por el médico austriaco Franz Mesmer, quien creía en la existencia de una fuerza magnética con poderosa influencia en el cuerpo humano.[117]

Las actividades realizadas a finales del siglo XVIII fueron importantes, constituyendo la antesala de los importantes avances durante el siglo XIX, momento que algunos autores han denominado *periodo científico,* dejando atrás el *periodo de las*

[116] LADIVAR HEREDIA, J.; LADIVAR ESCALADA, M. E.; PRIETO CÁRDENAS, Z. M. (2004). *Opus cit,* p. 26-30.
[117] SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. A.(2002). *Opus cit*, p 290.

grandes epidemias. De vital importancia fueron los trabajos del médico británico William Smellie, cuyas innovaciones en obstetricia rompieron el monopolio de las matronas. A ellos se unieron los del anatomista y obstetra William Hunter, hermano del famoso anatomista y cirujano británico John Hunter, que trabajó con él. William Hunter revitalizó el estudio de la anatomía en Inglaterra y, basándose en el trabajo de Smellie, estableciendo la obstetricia como una rama separada de la medicina.

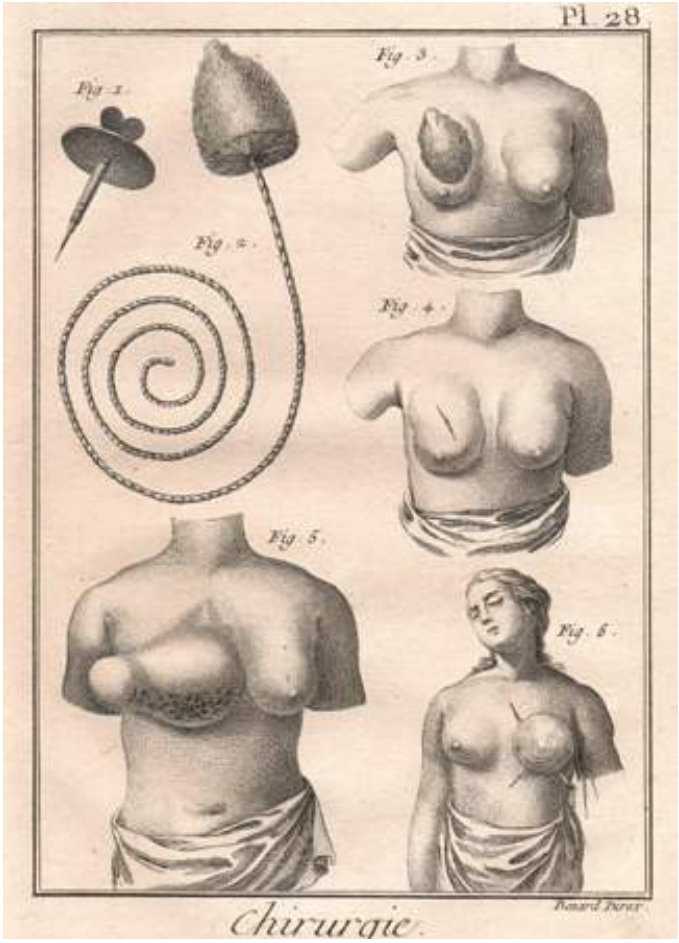
Entre las contribuciones de este periodo destacan el establecimiento de la patología como disciplina por el patólogo italiano Giambattista Morgagni, a lo que se unieron los estudios de fisiología experimental del naturalista y biólogo italiano Lazzaro Spallanzani, quien refutó la doctrina de la generación espontánea. Destacan también la investigación en fisiología neuromuscular del científico suizo Albrecht von Haller, y los estudios de la tensión arterial del botánico, químico y fisiólogo británico Stephen Hales. En botánica sobresalen los trabajos del taxónomo botánico sueco Carl von Linneo, que estableció el sistema binomial (con dos términos) moderno de nomenclatura referente a la clasificación, y el del médico y botánico William Withering, que introdujo el fármaco digitalina.[118]

En el campo de la cirugía, John Hunter realizó importantes progresos en esta disciplina. El médico británico James Lind trató el escorbuto y para ello combatió el déficit de vitamina C que causaba la enfermedad con la bebida del zumo de limón, a lo que se unió, en 1796, el descubrimiento del médico británico Edward Jenner del principio de la vacunación como medida preventiva frente a la viruela. Su contribución posibilitó el control de esta temida enfermedad y estableció la ciencia de la inmunización. Este avance científico fue empleado por el reformador social británico John Howard quien fomentó el tratamiento de los internos en los hospitales y cárceles de toda Europa.[119]

El siglo XIX vendrá marcado por tres hechos trascendentales para la disciplina médica y la Humanidad. La publicación en 1859 de la teoría de la evolución de Charles Darwin reavivó el interés por la ciencia de la anatomía y la fisiología comparadas. A ello, se unieron los experimentos sobre el cruce de plantas del biólogo austriaco Gregor

[118] *Ibidem*, p. 192.
[119] *Ibidem*, p. 216.

Johann Mendel que tuvieron un efecto semejante ya que estimularon y favorecieron los estudios sobre la genética humana y la herencia.



13. Bernard Direxit: *Chirurgie* —cirugía—(1779). Amputación de mama.

El segundo suceso fueron los primeros estudios del químico y microbiólogo francés Louis Pasteur sobre la fermentación que acabaron con el concepto de la generación espontánea y fomentaron un marcado interés en la teoría de que *…la enfermedad es el resultado de un contagio específico*. A este hecho se unió el trabajo inédito sobre la fiebre puerperal del médico estadounidense Oliver Wendell Holmes y del obstetra húngaro Ignác Fülöp Semmelweis. Demostraron que la elevada tasa de mortalidad en mujeres después del parto era debida a agentes infecciosos transmitidos por las manos contaminadas de los médicos. El último, y de semejante calado que las

contribuciones de Pasteur, fueron las del médico y bacteriólogo alemán Robert Koch en el campo de la bacteriología; el desarrollo de este campo se considera el avance individual más importante de la medicina.[120]

Todos los progresos realizados en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y de los métodos quirúrgicos durante el siglo XIX, fueron el resultado de los descubrimientos del siglo anterior. Un ejemplo claro fue el desarrollo de los procedimientos diagnósticos de las enfermedades torácicas realizadas por el médico austriaco Leopold Auenbrugger, para lo que empleó el método de la percusión, descrito por primera vez en 1761. Su trabajo, sin embargo, fue ignorado hasta 1808 cuando se publicó una traducción francesa por el médico personal de Napoleón. Tendría que esperarse hasta 1819, para que el médico francés René Théophile Hyacinthe Laënnec inventara el fonendoscopio, instrumento muy utilizado por los profesionales sanitarios hasta la actualidad.

Un importante avance vino marcado por los nuevos métodos de diagnóstico de enfermedades que favoreció el etiquetado de muchas de ellas: el médico Thomas Addison descubrió el trastorno de las glándulas suprarrenales conocido como enfermedad de Addison; Richard Bright diagnosticó la nefritis o enfermedad de Bright; Tomas Hodgkin describió una enfermedad maligna del sistema linfático conocida por enfermedad de Hodgkin; el cirujano y paleontólogo James Parkinson describió la enfermedad crónica del sistema nervioso denominada enfermedad de Parkinson; y el médico irlandés Robert James Graves diagnosticó el bocio exoftálmico, tóxico, también denominado enfermedad de Graves.[121]

Gracias a estos avances, en pocos años, se lograron aislar y concretar las causas de procesos y enfermedades como el carbunco, la difteria, la tuberculosis, la enfermedad de Hansen (lepra) o incluso la temida peste. Entre los primeros bacteriólogos que destacaron en este momento, se encontraba el fisiólogo alemán Edwin Theodore Albrecht Klebs, quien logró aislar el bacilo causante de la difteria e investigó la bacteriología del ántrax y la malaria. A esto se unieron los trabajos llevados a

[120] MENDOZA-VEGA, J. M. D. (2003). *Opus cit.*, p. 171-186 y 204.
[121] JARAMILLO ANTILLÓN, J. *Historia de la filosofía de la medicina*. San José- Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica, 2005, p. 112.

cabo por el bacteriólogo alemán Friedrich August Johannes Löffler, que descubrió la bacteria causante de la gonorrea, y los del médico noruego Gerhard Henrik Hansen, que descubrió el bacilo causal de la lepra.[122]

En el ámbito del combate contra las infecciones que causaban estragos en la población, mediante la prevención se superaron grandes escollos que causaban numerosas muertes y dejaban secuelas de considerable importancia en los individuos. El ginecólogo alemán Karl Sigismund Franz Credé desarrolló un método que consistía en administrar gotas de una solución antiséptica de nitrato de plata en los ojos de los recién nacidos para prevenir la oftalmia gonocócica y que se ha continuado empleando hasta la actualidad. También destaca el método de inmunización de Pasteur mediante el cual se inyectaba virus atenuados y que se empleó con éxito en el tratamiento de la rabia. Dentro de estas líneas de investigación debe incluirse la del bacteriólogo alemán Emil Adolph von Behring quien desarrolló sueros inmunizantes contra la difteria y el tétanos. Además se avanzó en el campo de la investigación del sistema inmunitario, cuando el bacteriólogo ruso Iliá Mechnikov fue el primero en describir los fagocitos destructores de bacterias y otros elementos extraños al organismo[123]. En 1898 el médico británico Ronald Ross demostró el papel del mosquito como transmisor del parásito de la malaria y dos años después, en 1900, el médico, cirujano y bacteriólogo del ejército estadounidense Walter Reed y sus colaboradores, tras trabajar sobre una sugerencia realizada por el biólogo cubano Carlos Juan Finlay, demostraron que el mosquito era el vector de la fiebre amarilla.[124]

Debe destacarse que todos estos adelantos en la Microbiología favorecieron considerablemente a la Cirugía, que se benefició de manera significativa de la *teoría de los gérmenes*. El cirujano británico y biólogo Joseph Lister adoptó el uso del ácido carbólico como agente antiséptico con resultados importantes en el descenso de la mortalidad debida a la infección de las heridas. Las pruebas y estudios aportados por Lister que demostraban que las bacterias se transmiten a través del aire permitieron, más tarde, comprender dicha transmisión por medio de las manos y los instrumentos

[122] *Ibidem*, p. 89.
[123] SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. A. (2002), *Opus cit*, p. 216-217, 251 y 279.
[124] *Ibidem*, p. 43-64.

(fómites), cuya esterilización introdujo la era de la cirugía aséptica, a lo que se unió el descubrimiento y empleo de los anestésicos, situación que perdura hasta la actualidad.[125]

Con el progreso de la física y la química, se produjo un enorme avance de la fisiología durante el siglo XIX. Entre los más conocidos fisiólogos de este periodo se encuentran el químico alemán Justus von Liebig, que desarrolló los métodos analíticos de la química orgánica y la química de los alimentos (el metabolismo). Por otro lado, el físico y fisiólogo alemán Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz, quien inventó el oftalmoscopio y el oftalmómetro, investigó la velocidad de los impulsos nerviosos y de los procesos reflejos, y llevó a cabo estudios relevantes sobre óptica y acústica. A ellos se unió el trabajo del histólogo español Santiago Ramón y Cajal que contribuyó al conocimiento moderno de la estructura y función del sistema nervioso.

Además, el fisiólogo francés Claude Bernard, fundador de la medicina experimental, realizó importantes descubrimientos sobre las funciones del páncreas, el hígado y el sistema nervioso simpático que revolucionaron la concepción que existía hasta este momento sobre estos órganos del cuerpo humano. En 1803, el biólogo estadounidense John Richardson Young describió el proceso de la formación de ácido en la digestión gástrica. Años más tarde, el cirujano estadounidense William Beaumont publicó sus interesantes estudios sobre los jugos gástricos y la fisiología de la digestión basados en la observación de un paciente que padecía de una fístula gástrica. Otro destacado hallazgo fue el trabajo de Bernard sobre la interacción del aparato digestivo y el sistema vasomotor, que se centraba en el control del tamaño de los vasos sanguíneos, y que sirvió de base para el desarrollo de la teoría del reflejo condicionado, base posterior del conductismo defendida por el fisiólogo ruso Iván Petróvich Pavlov.[126]

---

[125] MOLINA JIMÉNEZ, I.; ACUÑA ACOSTA, V. H.; GUTIÉRREZ, J. M.; JARAMILLO ANTILLÓN, J.; PÁEZ, J.; JIMÉNEZ, M. *Balances del siglo XX: historia, microbiología, medicina y física*. San José-Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Escuela de Estudios Generales (Sección de Historia de la Cultura), 2004, Serie Cuadernos de Historia de la Cultura nº 11, p. 21-26.

[126] SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. A. (2002). *Opus cit,* p. 176, 207 y 294-295.
Entre los otros fisiólogos del siglo XIX destacan el médico franco-estadounidense y fisiólogo Charles Edouard Brown-Séquard, que investigó la función de varias glándulas del sistema endocrino, y Carl Friedrich Wilhelm Ludwig, fisiólogo alemán que exploró la actividad cardiaca y renal.

Una ayuda de incalculable valor diagnóstico fueron los rayos X, descubiertos de forma accidental por el físico alemán Wilhelm Conrad Roentgen y que permitieron grandes avances en esta parte de la disciplina médica, a lo que se unió el descubrimiento del radio por los físicos franceses Pierre y Marie Curie permitió tratar algunas formas de cáncer. El médico danés Niels Ryberg Finsen desarrolló una lámpara de rayos ultravioletas, hecho que mejoró el pronóstico de algunas enfermedades de la piel.[127]

En el capítulo de la ginecología, el médico y cirujano estadounidense, Ephraim McDowell, realizó la primera extirpación quirúrgica de un tumor de ovario. Otro logro destacado fue el del ginecólogo James Marion Sims quien salvó la vida de muchas mujeres con la corrección quirúrgica de la fístula vésicovaginal (comunicación entre la vejiga y la vagina) realizada por primera vez en 1845.

14. Florence Nightingale atendiendo a enfermos. *London News*, 24 de febrero de 1855.

En el campo de la Enfermería, éste es el momento se produce una modificación considerable en las competencias de los practicantes con la creación de la titulación de cirujano dentista. Además, se establecen para los estudios de comadrona, una serie de requisitos considerablemente estrictos: haber aprobado la primera enseñanza elemental; tener 20 años cumplidos y ser casadas o viudas. En el caso de las casadas

[127] MENDOZA-VEGA, J. M. D. (2003). *Opus cit*, p. 195-207.

tenían que presentar un documento donde el marido las autorizase a trabajar; y poseer certificado de buenas costumbres expedido por su párroco.

Este nuevo reparto de tareas constituyó una desestructuración de las tareas de enfermería que benefició considerablemente tanto a practicantes como a comadronas que llevó aparejado una disminución de la calidad de la asistencia hasta llegar a niveles en los que estas tareas eran desempeñadas por mujeres que no sabían leer ni escribir y que no tenían ningún tipo de preparación académica.[128]

En los hospitales civiles carentes de gestión eclesiástica, el panorama era deprimente, a diferencia de los religiosos, donde su situación era algo mejor, ayudada por la formación suministrada por las monjas veteranas que se dedicaban a formar a las nuevas. Concepción Arenal en su reforma del sistema penitenciario y sanitario señaló la necesidad de *crear escuelas para formar enfermeras como antes*, pero este intento no tuvo éxito, lo que ocasionó que la profesión no fuera de elección a la hora de incorporarse al mundo laboral, ya que entrañaba una mala consideración a nivel social y profesional.

Surge la figura de Florence Nightingale quien trabajó en el *Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth* en Alemania y en la *Maison de la Providence* de las Hermanas de la Caridad de París, donde se nutrió y le permitió adquirir la formación que llevó al *Hospital de Scutari*, en Turquía, durante la Guerra de Crimea, como superintendente de un grupo de enfermeras, en octubre de 1854[129]. Tras su regreso a

[128] GARCÍA MARTÍN-CARO, C.; MARTÍNEZ MARTÍN, M. L. (2007). *Opus cit,* p. 122-158.
Las enfermeras eran relegadas a tareas de sirvienta y tenían sueldos muy inferiores a los de los enfermeros.

[129] *Ibidem*, p. 138-141.
Instruyó a toda prisa 38 enfermeras dispuestas a ir a un hospital de guerra en la otra punta del mundo, donde atendieron entre 3000 a 4000 soldados heridos e ingresados en condiciones higiénicas deplorables. Los mandos militares a cargo del destacamento mostraron una actitud de rechazo, ya que no estaban nada predispuestos a ser mandados por una civil que encima era mujer. El índice de mortalidad que se estimaba por encima del 40 % logró disminuirlo casi un 3 % a base de aplicar mejoras en la calidad asistencial, tanto médica como humana de los pacientes.
Demostró, durante su estancia en este hospital, dotes de administradora que con los recursos básicos organizó salas de hospitalización limpias y confortables, asistencia de enfermería adecuada, cocinas eficientes, salas de recreo y medios para distraer a los enfermos, lavandería...
Debe destacarse la situación, que posteriormente la ha identificado, que fue el uso de la lámpara durante sus rondas nocturnas por el hospital para ver el estado de los pacientes más graves.

Inglaterra, aquejada de una grave enfermedad, destacó, entre otras cosas, por su formación en matemáticas y estadística, situación que demostró al hacer públicos los resultados de las actuaciones acometidas en Turquía, llegando incluso a publicarlo en un libro que abordaba, entre otros temas, la calidad y administración hospitalaria castrense al que se le unió sus conocidas *Notas de enfermería* en 1859. Además fundó una escuela de enfermeras ayudada por los donativos de civiles y soldados, formando profesionales de la enfermería para hospitales, domicilios y enseñanza.

En el siglo XX, extremado deudor de su predecesor, se llegaron a observar como todos los descubrimientos realizados hasta la fecha se materializaban en nuevos logros y mejoras en las disciplinas sanitarias. Estos se fundamentaron en la superación y vencimiento de muchas enfermedades infecciosas gracias a las vacunas, los antibióticos y la mejora de las condiciones de vida.

Entre las enfermedades que asolaron y afectaron a la población a este siglo, destacó el cáncer, enfermedad cada vez más frecuente, aunque se tenía constancia de su existencia desde la Edad Media. Se lograron, gracias a los considerables avances de la Ciencia, combatir muchas de sus formas con eficacia, ayudados por el desarrollo de numerosos tratamientos. Este siglo, también ha venido marcado, por el inicio de investigaciones básicas sobre los procesos vitales, así como importantes descubrimientos en muchas áreas, en especial en lo que concierne a la base de la transmisión de defectos hereditarios y a los mecanismos físico-químicos de la función cerebral.

Un hallazgo fundamental ocurrido en la primera mitad del siglo XX fue el conocimiento del mecanismo de transmisión de los caracteres hereditarios. Oswald Theodore Avery y sus colaboradores del Instituto Rockefeller llevaron a cabo un avance importante en la década de los años cuarenta, cuando mostraron que algunos de ellos podían pasar desde una bacteria a otra a través de una sustancia denominada ácido desoxirribonucleico, ADN. En 1953 el físico inglés Francis Harry Compton Crick y el

Organizó distintos hospitales de la zona hasta que enfermó gravemente y tuvo que volver a Inglaterra en 1856.

biólogo estadounidense James Dewey Watson propusieron una estructura química del ADN que explicaba cómo se transportaba la información genética.[130]

En el campo de la Cirugía, destacaron numerosos avances que se deben a la tecnología o a la aparición de nuevos fármacos. El trasplante de órganos se vio facilitado por el desarrollo de nuevos medicamentos para prevenir el rechazo. Las operaciones de *bypass* fueron posibles gracias al uso de corazones artificiales que permiten parar el corazón mientras se realiza la operación. La endoscopia hizo posible el desarrollo de una cirugía mínimamente invasiva, lo que permitió realizar, en una operación de apendicitis, por ejemplo, pequeñas incisiones, situación que, por otro lado, permitió reducir la cantidad de anestesia requerida en la operación, así como el tiempo de recuperación del paciente.

La mejora del saneamiento, los antibióticos y las vacunas ayudó a combatir a numerosos enfermedades. El tratamiento farmacológico específico para las infecciones comenzó con el descubrimiento del médico alemán Paul Ehrlich de la arsfenamina, un compuesto de arsénico, empleado como tratamiento de la sífilis. A este descubrimiento siguió, en 1932, el hallazgo de la eficacia ante infecciones estreptocócicas, de un de que un colorante, el rojo prontosil, por el científico alemán Gerhard Domagk, a lo que se le unió el descubrimiento del principio activo del mercurocromo, sulfanilamida, que produjo la proliferación del primer grupo de fármacos importantísimos como lo son los antibióticos sulfamidas. La purificación de la penicilina en 1938 por los bioquímicos británicos Howard Florey y Ernst Chain ocurrió diez años más tarde del descubrimiento de Alexander Fleming de la actividad bactericida del hongo *Penicillium.* Tras conocer su estructura pudo utilizarse de forma masiva en medicina. Con la II Guerra Mundial estalló la producción comercial de este antibiótico, lo que favoreció a la disminución, en gran medida, del número de muertes.[131]

Se descubrió, de igual forma, un tratamiento específico para la tuberculosis: la estreptomicina, a la que el bacilo de Koch se hizo resistente con el paso de los años, empleándose como apoyo la combinación de rifampicina con isoniacida. La lepra o enfermedad de Hansen se trata de forma eficaz con fármacos denominados sulfonas y la

[130] SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. A. (2002). *Opus cit*, p. 263-270.
[131] MENDOZA-VEGA, J. M. D. (2003). *Opus cit*, p. 161-186.

malaria con derivados de la quinina, extracto de la corteza del quino. Pese a que se ha trabajado arduamente, no se han encontrado antibióticos para enfermedades causadas por virus, pero las vacunas se convirtieron en punto clave para la prevención[132]. Los microbiólogos americanos John Franklin Enders y Frederick Chapman Robbins desarrollaron en la década de 1930 un método para hacer crecer los virus en cultivos tisulares, que se convirtió en un avance de primer orden para la preparación de vacunas contra estos microorganismos. Este descubrimiento posibilitó la consecución de las vacunas contra la fiebre amarilla, la poliomielitis, el sarampión y la rubeola.

Destacaron los estudios llevados a cabo sobre la función cerebral, órgano que ha sido una de las últimas partes exploradas del cuerpo humano. En el siglo XIX, el histólogo español Santiago Ramón y Cajal utilizó tintes químicos para definir pequeñas áreas del cerebro, pero se precisaron instrumentos más sofisticados para asignar funciones a dichas áreas. Durante la primera mitad del siglo XX, en la década de los cuarenta y cincuenta, el neurocirujano Wilder Graves Penfield estimuló distintas partes del cerebro de sus pacientes durante la cirugía y demostró la localización de varias funciones musculares y emocionales. El estudio de personas cuyos hemisferios derecho e izquierdo habían sufrido lesiones, mostró que cada parte del cerebro tenía a su cargo diferentes actividades. Este hallazgo tendrá que esperar a la década de los setenta para ser demostrado, de manera demoledora, mediante técnicas sofisticadas de imagen[133]. Destacó también los descubrimientos sobre el funcionamiento de los nervios y la teoría de los neurotransmisores, desarrollada durante el siglo XX, que establecía que los impulsos se transmiten de un nervio a otro por una combinación de señales eléctricas y químicas.

En el campo de la inmunología, hasta el siglo XX, el conocimiento del sistema inmunológico era limitado. Primero se conoció la producción de anticuerpos en respuesta a la infección o a la inmunización. Durante la década de 1930, el inmunólogo Karl Landsteiner demostró la gran especificidad de las reacciones de los anticuerpos. Los científicos también descubrieron que existían varias clases de anticuerpos y se puso de

[132] Entre las primeras estuvo la de la viruela, descubierta por Edward Jenner en 1796; la de la fiebre tifoidea, desarrollada por el bacteriólogo inglés Almroth Wright en 1897; la de la difteria en 1923, y la del tétanos en la década de 1930.
[133] GARGANTILLA, P. (2011). *Opus cit,* p. 261-284.

manifiesto la relación entre la llamada inmunoglobulina E y la alergia, además de precisar la estructura de un tipo de inmunoglobulina por primera vez en los años cincuenta.

En lo referente a la salud mental, a inicios del siglo, la psicopatología seguía considerándose como sinónimo de locura, siendo los enfermos mentales sometidos a un confinamiento *cruel* en el que recibían escasa ayuda en centros especializados para tal fin. Las teorías postuladas por Sigmund Freud fueron uno de los primeros intentos de dar luz al entendimiento del mal funcionamiento de la mente, pero los métodos del psicoanálisis, propuestos por él y modificados por sus seguidores, no demostraron ser eficaces en el tratamiento de algunas psicosis graves. Se pusieron en práctica dos intentos de tratamiento de los procesos psicóticos: la leucotomía, también denominada lobotomía, introducida en 1935; y el electrochoque, electroshock o terapia electroconvulsionante, ideada y puesta en práctica en 1938[134]. La introducción de fármacos fue uno de los mayores progresos en el tratamiento de estas enfermedades. Los primeros, las fenotiacinas, se comenzaron a emplear a principios de la década de 1950 para tratar la esquizofrenia, demostrando su alta eficacia en el tratamiento de los síntomas de muchos pacientes con esta psicopatología aguda. Sin embargo, el entusiasmo inicial, que llevó a pensar que los hospitales mentales se podrían cerrar, fue sólo una ilusión. Los médicos se dieron cuenta que a algunos de estos pacientes que no mejoran con fármacos, en cualquier caso se les debía proporcionar ayuda psicológica. También se encontraron que algunas personas tratadas con fenotiacinas durante muchos años desarrollan un trastorno neuromuscular complejo denominado disquinesia tardía. Otro importante avance en la farmacología de las enfermedades mentales fue el uso del litio para tratar la enfermedad maníaco-depresiva, a lo que se unieron el descubrimiento y empleo de los antidepresivos tricíclicos, fármacos muy útiles en el tratamiento de la depresión.

En el ámbito de la bioquímica aplicada a la Medicina, jugó un importante papel la introducción, en 1912, del término *vitamina* por el bioquímico polaco Casimir Funk,

[134] La leucotomía y otras formas menos graves de psicocirugía se emplean de forma puntual en la actualidad, y el electrochoque se emplea para el tratamiento de la enfermedad depresiva grave cuando han fracasado otros tratamientos farmacológicos.

quien aisló una gran variedad de estos compuestos y definió sus funciones nutricionales, aportando un tratamiento eficaz para la pelagra, el beriberi, el raquitismo y otras enfermedades producidas por deficiencias nutricionales. En 1926, los médicos estadounidenses George Minot y William Murphy descubrieron que el consumo de hígado era eficaz para tratar la anemia perniciosa, a lo que se unió, en 1948, el hecho de aislar el factor vitamina B_{12}. Con el creciente conocimiento de la actividad de las glándulas endocrinas, se realizaron numerosos intentos para aislar sus secreciones, denominadas hormonas. El extracto del tiroides, eficaz en el tratamiento del hipotiroidismo congénito, del cretinismo y del mixedema, fue la primera hormona de uso clínico. De importancia más trascendental para el tratamiento de la diabetes, fue el aislamiento en el páncreas de la secreción endocrina insulina, introducida en 1923 por los médicos canadienses Frederick Banting y Charles Best. La síntesis de las secreciones internas de las glándulas reproductoras masculinas, la testosterona, y femeninas, estrógenos, permitió el tratamiento de desajustes del sistema reproductor. Las glándulas suprarrenales fueron la fuente del poderoso vasoconstrictor adrenalina, aislado por el químico estadounidense de origen japonés Jokichi Takamine en 1901; en la década de 1940 el médico canadiense Hans Selye demostró que esta sustancia mediaba las reacciones de estrés. En 1943 la hormona ACTH se obtuvo del lóbulo anterior de la glándula pituitaria o hipófisis, que regula la actividad de otras glándulas endocrinas. En 1946 se sintetizó la cortisona, hormona producida por las glándulas adrenales.

CAPÍTULO II

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL EN NÚCLEOS URBANOS (SIGLOS XIX-XX)

2. CAPITULO II. LA ORGANIZACIÓN SOCIAL EN NÚCLEOS URBANOS (SIGLOS XIX-XX).

A lo largo de la Historia de la Humanidad, los lugares habitados por los seres humanos han sido delimitados y modificados con la finalidad de transformar el espacio salvaje para definir el ámbito de las cosas humanas: de la casa, de la aldea, de los terrazgos, de los caminos y muy concretamente del espacio urbano.[135]

Para García Cortázar, la organización social del espacio presenta tres cuestiones fundamentales que deben ser analizadas para el correcto entendimiento de una determinada organización social: el poder, el espacio y la sociedad[136]. Esta organización, debe entenderse como una proyección de la estructura del poder de una determinada sociedad en sus diferentes ámbitos, como el imaginario, el simbólico o el físico, que interactúa con el medio en el que se halla inmerso, contribuyendo a definirlo y jerarquizarlo, sirviendo éste de asiento eficaz a la reproducción de la estructura de poder de una sociedad dada a un territorio concreto.[137]

Geográficamente, Canarias presenta unas características particulares de las que, la más destacada, es la fractura de su territorio, dividido en islas, con características propias, particulares y variadas. Al centrarnos en la organización social de éstas, podríamos retrotraernos hasta el mismo momento en que los castellanos, abanderados de la Corona de Castilla, toman posesión de ellas en su nombre tras la Conquista, lo que significaría extenderse en demasía en el tema que tenemos entre manos. Es por ello, que me centraré en los siglos XIX y XX, en la isla de Tenerife, y en concreto en la ciudad de Santa Cruz de Tenerife. Todo esto, conlleva un sacrificio de detalles y aspectos singulares de cada ciudad específica, ganándose en cambio, perspectiva y densidad desde el punto de vista de la explicación de las transformaciones estructurales dentro de una dinámica secular, cambios apreciados en la historia comparada de la región y las transformaciones de las diferentes formas gubernamentales que han existido en nuestro

[135] ORTEGA VALCÁRCEL J. El microcosmos humanizado: Los núcleos urbanos y las comunicaciones. In, *Historia de la ciencia y de la técnica en la Corona de Castilla*. Tomo I. Salamanca: Junta de Castilla y León, Consejería de Educación y Cultura, 2002, p. 277-278.
[136] GARCIA DE CORTÁZAR, J. A. (Dir.). *Organización social del espacio en la España medieval. La Corona de Castilla en los siglos VIII al XV*. Barcelona: Editorial Ariel, 1985, p. 11-42.
[137] CUCÓ GINER, M. J. *Antropología urbana*. Barcelona: Editorial Ariel, 2008, p.110-111.

territorio insular, entendiendo por «territorio» no solo como algo puramente físico, sino además como un espacio político y jurisdiccional a nivel relacional, espacial y administrativo sobre el que se proyectaban unos determinados poderes.

2.1. EL PODER.

La zona sobre la que actualmente se asienta la ciudad, y en general el municipio de Santa Cruz de Tenerife, ha sido empleada como lugar de ocupación humana desde épocas de los primeros pobladores de la Isla, unos 2.000 años atrás, según acreditan las conclusiones a las que se ha llegado tras un análisis exhaustivo de los restos se han encontrado en este paraje.[138]

El emplazamiento de Santa Cruz de Tenerife, decidido por el Adelantado Alonso Fernández de Lugo, ocupó el territorio que los guanches denominaban Añazo o Añaza. Este, fue el lugar donde se procedió al desembarque para dar inicio a la Conquista de la Isla, así como el emplazamiento donde se plantó una cruz que dio origen al nombre a la ciudad en abril de 1494. El Adelantado llegó portando una tropa de peninsulares y canarios formada por unos 2.000 hombres de a pie y 200 a caballo, sin tener presente en su mente el desafortunado suceso que le esperaba con la derrota de Acentejo, suceso que le obligó al abandono de la Isla, regresando en 1495 para la consecución de sus intenciones y el remate definitivo de la ocupación del territorio. Al término de la trabajosa empresa, y con laureles en la sien, esta ubicación quedó configurada como un modesto caserío de pescadores, dependiente de San Cristóbal de La Laguna, ciudad, ésta última, en la que se estableció la capital Insular.[139]

Durante el siglo XVIII se produjo el verdadero desarrollo poblacional y urbanístico de Santa Cruz. En mayo de 1706 tiene lugar la erupción volcánica del Trevejo que sepultó, con sus productos volcánicos, la floreciente ciudad de Garachico, emplazamiento provisto de puerto que era la puerta principal de entrada de Tenerife. La lava que la cubrió no permitió la recuperación del lugar, lo que proporcionó al puerto de

[138] Los yacimientos arqueológicos encontrados en este emplazamiento, pertenecientes a los guanches del Menceyato de Anaga, nos hacen pensar que esta ubicación fue empleada durante muchos cientos de años atrás.
[139] En su segunda venida a Tenerife, lo primero que realizan los castellanos es la reconstrucción de la Torre de Añazo, fortín que en un primer momento utilizan como mecanismo defensivo frente a las incursiones y ataques de los habitantes de la Isla.

Santa Cruz el máximo protagonismo en la Historia insular. En 1723 se produce el traslado y asentamiento de la residencia del Comandante General de Canarias, el Capitán General Lorenzo de Villavicencio, ubicado hasta la fecha en la ciudad de San Cristóbal de La Laguna, lo que proporcionó un importantísimo protagonismo a la urbe.[140]

15. *Adelantado Alonso Fernández de Lugo*, I. Salcedo, en Waldo Giménez Romera: *Crónica General de España. Islas Canarias*, Madrid, Ed. Rubio, Grilo y Vitturi (1868).

Ser el punto neurálgico y estratégico para el control de Tenerife y del resto de las Islas Canarias fue lo que motivó, por parte de fuerzas extranjeras, a varios intentos para lograr su conquista y dominio. En las dos ocasiones victoriosas más conocidas, Santa Cruz confirmó su solidez defensiva como plaza fuerte: el ataque del vicealmirante John Jenning en 1706 y la del almirante Horacio Nelson en 1797, el más importante acontecimiento militar de la historia de la ciudad, en el que tropas y ciudadanos se defendieron, al mando del General Gutiérrez. Este destacado hecho histórico-militar llevó a que a comienzos del siglo XIX, en 1803, el rey Carlos IV le otorgara el título de *villa exenta*, con derecho a establecer su propio ayuntamiento, con la denominación de *Muy Leal, Noble, Invicta y Muy Benéfica Ciudad, Puerto y Plaza de Santa Cruz de Santiago de Tenerife*, lo que supuso su emancipación administrativa con respecto al municipio de La Laguna, mediante la Real Cédula de 28 de agosto. Su importancia política y administrativa queda claramente definida, cuando en 1813, se la designa como capital de la única provincia que iba a formar Canarias, en pugna con las ciudades de San Cristóbal de La Laguna y de

[140] El desarrollo económico y el florecimiento cultural, ocasionó en gran medida la apertura de la primera imprenta de Canarias y la edición periódica de prensa escrita en 1751.

Las Palmas de Gran Canaria[141], motivado por la intervención efectuada por el político José Murphy y Meade, a lo que se unía el hecho de poseer el máximo poder castrense en las Canarias.

Otro hecho trascendental para la historia de esta ciudad fue el decreto de Puertos Francos que 1852 que favoreció, considerablemente, el desarrollo del Puerto de Santa Cruz y de la ciudad que lo rodea, convirtiéndose en un importante enclave comercial. Con la expansión colonial europea por África, que durante este siglo se produce, los puertos canarios se convirtieron en puertos de escala estratégico para el avituallamiento de carbón preciso para los buques de vapor.

Años más tarde, en 1859, le es concedido el título de «Ciudad» mediante el Real Decreto de 29 de mayo, a lo que se unió el otorgamiento del título de «muy benéfica» mediante el Real Decreto de 23 de abril de 1894, como reconocimiento a los vecinos ante el comportamiento manifestado en la epidemia de cólera que asoló la urbe en 1893.

La dictadura de Primo de Rivera la despoja de la capitalidad y menguó su protagonismo en la gestión provincial. En 1927, mediante el Real Decreto de 21 de septiembre, se divide la provincia de Canarias en dos, concediéndosela a Las Palmas de Gran Canaria la capitalidad de la provincia oriental y a Santa Cruz la de las Islas occidentales.

2.1.1. EL PODER CENTRAL.

A mediados del siglo XVI la administración y defensa de las islas de realengo estaba a cargo de sus respectivos gobernadores designados por la Corona, mientras que la de las islas de señorío, corría por cuenta de los señores jurisdiccionales, cada uno de los cuales contaba con sus propias milicias locales para la defensa de la plaza. Las incursiones de piratas berberiscos y corsarios franceses que perseguía obtener preciosos botines procedentes de las Islas y de todos aquellos barcos que las circundasen, llevó a Felipe II a disponer, en 1573, que los gobernadores letrados fueran sustituidos por

[141] El Real Decreto de 30 de noviembre de 1833 efectúa una división civil de territorio español en la Península e islas adyacentes en 49 provincias.

gobernadores militares[142]. El inicio de la Guerra Anglo-Española en 1585 motivó que los ingleses se sumaran a estos maleantes que atacaban y sembraban el miedo en las Insulas.

16. Tiziano Vecellio: *Felipe II* (1551).

En 1589 Felipe II reorganizó la defensa de Canarias instituyendo la Capitanía General, a cuyo titular se le confirió también la presidencia de la Real Audiencia. Así, el **Capitán General** era la máxima autoridad militar, civil, gubernativa y judicial de las Islas, equivalente al que en otros partes del Reino de España se les denominaba virrey.[143]

La aglutinación de poder y responsabilidades en la sola persona del capitán general llevó a que, durante los siglos XVI y XVII, la institución no tuviera una consideración buena entre las autoridades locales y los isleños. Fueron habituales conflictos con los cabildos, ayuntamientos y oidores de la audiencia, contra quienes, llegaron incluso, a dictarse prisión arbitrarias abusando del poder otorgado por el Rey[144]. Fueron tales los atropellos que se llegó a solicitar la abolición del cargo a la Corte madrileña.[145]

---

[142] GIMÉNEZ ROMERA, W. *Crónica de las Islas Canarias*. Madrid: Editores Rubio, Grilo y Vitturi, 1868, p. 86 y ss.

[143] *Novísima recopilación de la Leyes de España dividida en XII libros, en que se reforma la Recopilación…* Madrid, 1805. [Edición facsímil]. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1975, 6 Tomos.

[144] MADOZ, P. *Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de España y sus posesiones de ultramar*. Madrid: Imprenta del Diccionario…, 1846, Tomo V, p. 410-411.

[145] VIERA Y CLAVIJO, J. DE. *Noticia de la Historia General de las Islas Canarias.* IV Volúmenes. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones, 1950-1952, Libro XIII, capítulo XVIII y ss.
Los excesos de la tropa llegada de la península, las levas entre la población, la imposición de nuevos impuestos, las cuestiones de protocolo, la parcialidad en las relaciones comerciales, el favoritismo entre islas y las reclamaciones canarias a la corte para que aboliese el cargo, que a menudo se vieron obstaculizadas.

El primer capitán general fue Luis de la Cueva y Benavides, quien llegó a Canarias con 600 soldados en abril de 1589. Tras el ataque efectuado sobre Fuerteventura por el rey de Argel, Jabán Arráez, junto a una flotilla de piratas berberiscos que arrasaron la capital y derrotando a las tropas llegadas desde Gran Canaria, se generó tal descontento y malestar entre la población, que llevó a Felipe II a suspender la capitanía general y devolver la defensa de las Islas a su antiguo estado, asumiendo los gobernadores esta responsabilidad.

En 1625, Felipe IV envió a Francisco de Andía Irarrazábal y Zárate en calidad de veedor y reformador para que estudiase la manera de optimizar la defensa de las Islas que sufrían numerosos ataques de corsarios y piratas. De estas gestiones se tomó la decisión de instaurar nuevamente la capitanía general, que en 1629 volvió a tener al frente un titular, Juan de Riera Zambrana.

Durante el siglo XVIII, el poder central había sido representado en la isla de Tenerife, fundamentalmente, por un tripartito compuesto por la Real Audiencia, el Corregidor y el Comandante General. Hasta 1723, las tres residían en la ciudad de San Cristóbal de La Laguna, momento en el que se traslada la Comandancia a Santa Cruz.

Por su representación inmediata de la figura del la Corona en Canarias, la autoridad que ostentaba el Comandante General era prácticamente absoluta. Disponía, además, de la fuerza jurídica y militar, ya que presidía la Audiencia en calidad de miembro nato, y era el máximo responsable de la institución castrense. Durante la primera mitad del siglo XIX, con las tendencias reformistas presentes en España, poco a poco fue abandonando su responsabilidad civil, para en la segunda mitad, centrarse exclusivamente en la militar[146]. En ausencia o carencia del capitán general, su puesto lo ocupaban provisionalmente los corregidores, quienes también fueron capitanes a guerra

[146] CIORANESCU, A. *Historia de Santa Cruz de Tenerife*. IV Tomos. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife, 1979, Tomo III, p. 177-178.
A ellos se unen: el general Perlasca que promovió la canalización de algunos barrancos y arreglo del camino hacia La Laguna; el general Morales, que mejoró considerablemente las tareas realizadas por su predecesor, el general Robles, en la conducción del abastecimiento de aguas a la urbe; el Marqués de la Concordia, un paseo que llevaba su nombre; y, por último, el general Weyler con la construcción del Palacio de la Capitanía General de Canarias.

hasta 1767, año en el que se instituyó la figura del segundo comandante e inspector general, sobre quien recaía el mando en ausencia del capitán general.

Comenta Cioranescu, que la ciudad de Santa Cruz debe mucho a la actividad administrativa civil que esta figura gubernamental desarrolla, quedando nombres de muchos de ellos en nuestra memoria por los beneficios que sus obras trajeron a la urbe: el general Robles proporcionó un sistema de conducción de aguas a la población; Branciforte realizó numerosas mejoras, entre las que destacan el Hospital y la Alameda; y Gutiérrez, el título de *Villa exenta*.

Con la supresión de sus atribuciones civiles, su actividad quedó reducida y limitada al mando castrense, lo que lo apartó de los arduos acontecimientos políticos que durante estos años ocurrieron en la Historia de España. Pero, esta indiferencia y dependencia fue teórica, ya que las estrategias políticas persisten a la hora de generar nombres de candidatos para puestos como éstos. Pese a ello, la figura del Capitán General no se desvirtuó, persistiendo su estatus de fuera de clase.

Con respecto a la sede de la Capitanía General, originalmente fue establecida en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, para ser traslada a Tenerife en 1656 por orden el general Alonso Dávila y Guzmán, aunque el primero en recibir autorización para elegir su ubicación fue Jerónimo de Benavente en 1661, que la estableció en la casa construida por Diego Alvarado Bracamonte en la ciudad de San Cristóbal de La Laguna. En 1723 Lorenzo de Villavicencio a su llegada a Tenerife para la toma de posesión de la Capitanía, decidió instalar la sede en Santa Cruz, en el castillo de San Cristóbal, iniciándose, a partir de este momento, a ejecutarse numerosos cambios que coincidirán con los paulatinos reemplazos de los capitanes: en 1740, instalarse en el número 13 de la calle de La Marina, por orden del capital general José Emparan; a finales del siglo XVIII, en 1791, Antonio Gutiérrez se instaló en la calle San José esquina a San Francisco; en 1808 Carlos O'Donnell lo hizo en la Casa Foronda, actual plaza de la Pila; los siguientes volvieron a la calle de la Marina. [147]

[147] TOUS MELIÁ, J. *Guía histórica del Museo Militar Regional de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Producciones Gráficas S. A., 2000. p. 53 y ss.

En 1852 se autorizó la construcción de un nuevo edificio que sirviera como sede de la capitanía en la Plaza del Príncipe, pero al ser examinado el proyecto la superioridad militar lo desechó. Al año siguiente, la sede fue trasladada al Palacio de Carta en la Plaza de la Candelaria, hasta que definitivamente se le asigna emplazamiento, en 1881, con la construcción del Palacio de Capitanía bajo las directrices del capital general Valeriano Weyler y del ingeniero Tomás Clavijo y Castillo.[148]

17. Anónimo: Capitanía General de Canarias, Santa Cruz de Tenerife (1885).

Debe destacarse también la figura del **Intendente**, funcionario designado y dependiente del rey, con sentido centralizador y absolutista, al que se le habían asignado amplios poderes, teniendo como misión la de recaudar los tributos, dinamizando la economía, a través del control de las autoridades locales, el cuidado de las Reales Fábricas. Además, estaba encargado de impulsar el desarrollo de la agricultura y la ganadería, así como la realización de mapas y censos entre otras cosas.

Esta figura se establece durante el reinado de Felipe V, bajo la asesoría del francés Juan Bautista Orry. Tras valorarlo arduamente, se decidió introducir este sistema, encargándole a estos «nuevos funcionarios», en un primer momento, la administración financiera del ejército, ya que el país se hallaba en el contexto de la

[148] DÍAZ PÉREZ, A. M. Las distintas sedes de la Capitanía General de Canarias en Santa Cruz de Tenerife. In, *VIII Coloquio de Historia Canario-Americana (1988)*. Las Palmas: Cabildo Insular de Gran Canaria, 1991, Tomo II, p. 551-570.

Guerra de Sucesión Española. En 1711, los primeros fueron nombrados con el cargo de *superintendente general del ejército*, para la sujeción de los territorios conquistados, controlando la hacienda, gasto público y lo referente al ejército. Fue tal su éxito, que se consideró entonces otorgarles zonas territoriales, denominadas *intendencias.*[149]

La «Ordenanza de Intendentes» de 4 de julio de 1718, los convierte en *intendente de ejército y provincia*, lo que les concedía un carácter castrense y civil a la vez, otorgándoseles además, competencias en materia de justicia, hacienda, guerra y policía. Poco a poco, se les fueron añadiendo facultades en el ámbito económico (agricultura, comercio, industria, transportes), llegando en algunas ocasiones a ostentar el cargo de corregidor de la capital de su provincia. Años más tarde, en 1724, desapareció la función de intendente de ejército en las provincias sin tropa, quedando limitados a los que dependían de cada capitanía general, a excepción de Navarra.[150]

En 1749, Fernando VI reorganizó todo el sistema, asignando una sola intendencia por provincia, junto con el corregimiento de la capital, lo que fusionó en una sola persona ambos cargo, aunque tan solo duró hasta 1766. Cada intendente sería auxiliado por un teniente letrado o alcalde mayor subordinado, o incluso los dos a la vez, para el ejercicio de las funciones judiciales.[151]

El primer intendente que se tiene en Canarias fue Francisco de Paula Paadín, nombrado el 5 de marzo d 1812. A él, le siguió Francisco de Sierra Pambey en 1817 y así, numerosos nombres, hasta 1849, momento en que es suprimida mediante el Real Orden de 28 de diciembre, creándose la Delegación de Hacienda bajo las órdenes del Gobierno Civil.[152]

Por último destacar al **Gobernador Civil**, autoridad política provincial creada por Francisco Javier de Burgos y del Olmo bajo el reinado de Isabel II en 1833. Tiene sus antecedentes en la figura del jefe político superior, máxima autoridad provincial creada en el artículo 324 de la Constitución de Cádiz de 1812. Posteriormente, en 1814, este

[149] ARTOLA, M. *Enciclopedia de Historia de España*. Madrid: Alianza Editorial, 1991, Tomo V, p. 678-679.
[150] *Ibidem*.
[151] El número y extensión de las provincias no fue estable, y se subdividieron en partidos.
[152] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III, p. 184-189.

cargo fue derogado por Fernando VII, y nuevamente restablecido durante el Trienio Liberal de 1820 a 1823.

Su creación fue efectiva por Real Decreto del 23 de octubre de 1833 en que se establece la figura de subdelegado de fomento, cuyas funciones versaban sobre agricultura, industria y comercio, minería, ayuntamientos, policía general, instrucción pública, sociedades económicas, hospitales y establecimientos benéficos, cárceles, hermandades y cofradías, bibliotecas, museos, teatros y espectáculos, caza, pesca, prevenciones generales, caminos, canales, etc. La estructura administrativa era el subdelegado, un secretario, un oficial de primera y otro de segunda, dos de tercera y otros dos de cuarta y un portero. En 1847 con el Real Decreto del 29 de septiembre se le volvió a denominar gobernador civil.

Con el paso de los años, se produjeron modificaciones legales que afectaron en sus responsabilidades. Así en el Real Decreto del 14 de agosto de 1893 en el que se suprimían las secciones de Fomento y en 1925 sus funciones estaban establecidas en la Administración Local y el Estatuto Provincial.

La figura del gobernador en Canarias fue creada al mismo tiempo que se produce la división administrativa de las provincias, en 1812. Se le dio el nombre de *Jefe Superior Político*, siendo el primero en ocuparlo Ángel José de Soverón, secretario del Consulado de Cádiz, que llegó a Santa Cruz el 15 de enero de 1813 y ocupó el cargo hasta el 29 de mayo de 1814. Tras él, esta figura vuelve a fusionarse con la del mando militar, en este caso en la persona del general Rodríguez de la Buria. A ellos, les siguieron Juan Ramírez de Cárdenas en 1822-23 y Rodrigo Castañón hasta octubre de 1823. Nuevamente desaparece unificándose con la figura militar.

Posteriormente fue modificada la denominación, cambiándose de subdelegado provincial del ministerio a gobernador civil. La primera vez que se empleó el calificativo de gobernador civil en Canarias fue en la persona de José Berriz de Guzmán en mayo de 1834. Entre junio de 1852 y marzo de 1853, se dividió el gobierno civil en dos subgobernaciones con residencia en Santa Cruz y en Las Palmas, situación ocasionada por la división provincial. Esta situación de fractura de poderes se mantuvo hasta 1858, momento en el que se fusionan en la figura del capitán general. La situación perdurará hasta 1906, retomándose y surgiendo nuevamente.

Respecto a su ubicación, debe destacarse que desde sus orígenes nunca se definió una sede concreta. Su estado itinerante le llevó a tener diferentes domicilios: casas alquiladas en diferentes puntos de la ciudad con doble uso, vivienda y oficina, entre los que se incluye un local en el antiguo Convento de San Francisco; la calle de la Marina nº 7; el Palacio de Carta en la plaza de la Candelaria (1881); por último, en 1935 se dieron inicio a las obras de un edificio para albergarlo, pero por diversas cuestiones, no se concluyó hasta 1951.[153]

2.1.2. EL PODER PROVINCIAL, INSULAR Y MUNICIPAL.

La figura de la **Diputación Provincial** fue creada gracias a la Constitución de 1812, siendo inaugurada en Santa Cruz el 30 de mayo de 1813 y presidida por Ángel José de Saverón. Estaba compuesta por siete diputados electos y el intendente de la provincia, vocal nato de ésta[154]. Este nuevo órgano de gobierno, carecía de emplazamiento (se emplea la sala de sesiones del Ayuntamiento), recursos económicos (se solicitan anticipo al Cabildo de La Laguna y a los fondos de la futura universidad) y una definición de sus funciones (inicialmente se dedico a los asuntos y problemas provinciales, hasta junio de 1813, momento en el que se regularon). Los primeros diputados provinciales fueron: Ángel José de Saverón, jefe político y presidente nato; Francisco de Paula Paadín, intendente de la provincia; Juan Próspero de Torres Chirino; Juan Suárez Aguilar; José Murphy; Antonio Morales Salazar; José Vázquez Figueroa; David O'Dally; y por último, Pedro Ginory.

La problemática presente en sus primeros momentos, fue una constante que perduró durante todo el siglo XIX. Su carencia de empaque y raigambre no le daban la autoridad suficiente para ser tomada en serio en sus intervenciones, a lo que se unía el boicot que mantenía tanto La Laguna como Las Palmas por no estar ubicada en ninguna de sus urbes.[155]

---

[153] *Ibidem*, p. 189-200.
[154] A la primera sesión no acudieron los tres diputados que correspondían por ella como un intento de obstruir el acto inaugural, situación que según Cioranescu será, a partir de ahora, una constante.
[155] *Ibidem*, p. 139-140.

Con el retorno del absolutismo, fueron suprimidas, causando un considerable vacío en la vida social de la provincia, hasta la Real Orden de 18 de febrero de 1818, en el que se rellena nuevamente con las llamadas *Juntas Provinciales de Repartimiento y Estadística*. Dos años más tarde, con el restablecimiento de un gobierno constitucional, aparecen nuevamente las diputaciones y los ayuntamientos. Esta segunda Diputación constituida en la provincia estaba compuesta por: Ángel José de Saverón, jefe político y presidente nato; Juan Pedro de Barreneche, intendente de la provincia; Juan Próspero de Torres Chirino; y por último, José Murphy.

18. Rúbrica de Ángel José de Soverón (1820).

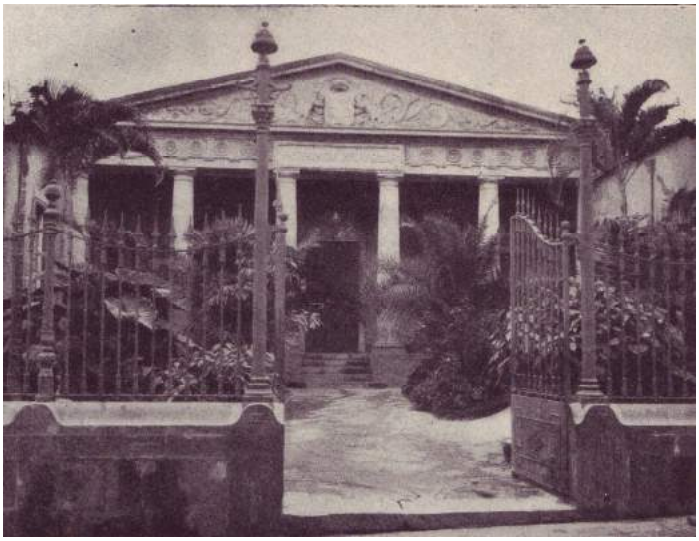
Renovada parcialmente tras las elecciones de finales de 1821, perduraron los males que había padecido desde sus orígenes y que la limitaba para la realización de sus actividades. Duró hasta el 7 de noviembre de 1823, momento en el que nuevamente es disuelta, de la mano del comandante militar Uriarte, recién llegado a la ciudad bajo las órdenes del gobierno central absolutista.

En 1835, atendiendo al decreto real de 21 de septiembre, se constituye nuevamente por tercera vez, para quedar suspendida casi al año siguiente, el 29 de agosto de 1836, constituyéndose en Santa Cruz la Junta Provincial Gubernativa al amparo de la Constitución de 1836. El 13 de octubre del siguiente año se conforma nuevamente, estando en este momento domiciliada en los locales del Ex-convento franciscano. Perdurará hasta noviembre de 1840, para al año siguiente volverse a constituir, empleando comisionados de Santa Cruz, La Laguna y La Orotava según el decreto de la Regencia de 13 de octubre de 1840.[156]

Esta continuación y cese fue una constante hasta que la ley de Cabildos Insulares entra en vigor el 11 de julio de 1912, con la que se permitía la subsistencia de ambos organismos, contemplando la conservación de las Diputación Provincial con todas sus atribuciones administrativas. La ley de 20 de marzo de 1925 suprimió la Diputación Provincial de Canarias, constituyendo la **Mancomunidad Interinsular de Canarias**,

[156] *Ibidem*, p. 143-144.

dividida a su vez en dos mancomunidades a nivel provincial mediante el Real Decreto Ley de 21 de septiembre de 1927.[157]



19. Anónimo: Fachada principal del Palacio de la Mancomunidad Provincial (1929).

El Reglamento orgánico de la de Santa Cruz de Tenerife, aprobado en Real Decreto de 7 de agosto de 1929, disponía en su articulado las funciones genuinamente provinciales y los servicios que se encomendaban a dicho organismo, así como las fuentes de ingreso que habían de constituir a su hacienda. Esta se sustentaba, primordialmente, según los artículos 49 y 50, de la aportación del 5 % de los Presupuestos de ingresos de los Cabildos Insulares que no estuvieran afectados a obras o servicios especiales y previamente determinados; pero esta aportación de los cuatro Cabildos de la Provincia, podía, en virtud del artículo 51 del citado Reglamento orgánico, exceder del mencionado tope del 5%, en casos extraordinarios y de verdadera necesidad, debidamente justificados. Otros recursos que se mencionaban en los artículos 49 y 50, podían haber sido fuente de ingreso para la hacienda de dicha Corporación, pero no eran adaptables en su mayoría a la Mancomunidad Provincial Interinsular, sino a los Cabildos insulares.

Las amortizaciones de los Cabildos eran la única fuente de ingresos de la Mancomunidad, teniendo con ellos que hacer frente a sus cargas principales: las

[157] ROSA OLIVERA, L. de la. *Evolución del régimen local de las Islas Canarias*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1946, p. 126-127.

nóminas de los empleados, tanto técnicos como administrativos y subalternos, y los gastos originados por el Sanatorio Psiquiátrico Provincial.

En lo referente a su ubicación, debe comentarse que desde 1901 esta Institución se había instalado en el edificio de la Calle Teobaldo Power, que anteriormente había sido habitado por la Sociedad Filarmónica Santa Cecilia; sirviendo posteriormente de residencia a la Mancomunidad Interinsular.[158]

20. Anónimo: Primer Cabildo Insular de Tenerife (1913).

Otras institución destaca fue el **Cabildo Insular**, que como ya se ha comentado con anterioridad, se crearon en 1912, como consecuencia de la *Ley de Reformas Administrativas de Canarias* de 11 de julio. Este nuevo organismo, no surgió como por arte de magia, sino que se comienza a conformar a partir de la propuesta de la asamblea celebrada en Santa Cruz en mayo de 1908, basándose en la ponencia de Ramón Gil Roldán que había sido recogida en la confección del informe elaborado por el Ayuntamiento capitalino a modo de contesta al Ministerio de la Gobernación, y aprobado en sesión de 6 de julio de 1910[159]. Este informe sentaba las base del futuro Cabildo: institución insular, con las atribuciones de la Diputación Provincial y compuesta por representantes electos por sufragio directo a los que se le unían vocales designados por los ayuntamiento. A él, se aunaron otros informes que

[158] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III, p. 145.
Comenta Cioranescu, que para poder instalarse la Diputación Provincial fue preciso *evacuar los fondos del apenas existente Museo Municipal, que pasó entonces al foyer del teatro, y emprender varias reformas, entre ellas la de la fachada, que volvió a dibujar del escultor Granados*.
[159] *Ibidem*, p. 162-163.

recomendaban la constitución de los Cabildos sin la eliminación de la Diputación Provincial, garante de la unidad del territorio canario.[160]

Independientemente de sus detractores y partidarios, la ley salió para delante y fue aprobada, creándose el 12 de octubre de 1912 un reglamento provisional que la gestionaba. Tras proceder a las primeras elecciones de consejeros, el concejo se constituyó en Santa Cruz el 16 de marzo de 1913, siendo su primer presidente Eduardo Domínguez y Alfonso[161]. En estos primeros momentos, los recursos eran prácticamente nulos. Según Cioranescu, *concebido como un super ayuntamiento, no podía contar, en ausencia de disposiciones legales adecuadas, sino con la buena voluntad de sus componentes y la indiferencia de los demás.*[162]

Con respecto a su sede, durante el primer año de vida, el Cabildo y su Comisión Permanente se reunían en el salón de actos del Ayuntamiento capitalino, para pasar a ocupar, como alquilados, unas casa propiedad de José María Pérez Capote, en la calle del Castillo, por una renta inicial de 3.000 pesetas[163]. Un año antes se había acordado construir un edificio que alojara sus dependencias, para los que el 24 de junio de 1933, se adquiere el solar y se le hace el encargo del proyecto al arquitecto José Enrique Marrero Regalado. El edificio del Palacio Insular fue concluido en 1940, momento en el que la Institución se trasladó a su nuevo domicilio.[164]

---

[160] El artículo 6 del proyecto de la Ley de Cabildos, recogía que tanto la Diputación Provincial mantenía su domicilio en Santa Cruz, a la vez que se creaban en cada isla un Cabildo, pretendiendo en todo momento la conciliación de los territorios insulares y la autonomía de cada una de sus Islas.

[161] CIORANESCU, A. *Historia del Cabildo Insular de Tenerife 1913-1988*. Santa Cruz de Tenerife: Cabildo Insular de Tenerife, 1988, p. 40-41.

[162] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.*, Tomo III, p. 167.
Su presidente reconocía que a los siete meses de su constitución no tenían «a pesar de sus esfuerzos y trabajos» los recursos precisos para el correcto funcionamiento de la nueva organización. No tardó en arreglarse esta situación ya que, en acuerdo con los demás Cabildos Insulares se resucitó el antiguo impuesto del haber del peso, que gravaba todas las mercancías que entraban y salían de las Islas, autorización recibida del Ministerio de la Gobernación el 15 de febrero de 1914.

[163] BORGES SALAS, M. *Amigo Martí, se acabó el carbón*. *El Día*, Santa Cruz de Tenerife, 31 de julio de 1977.

[164] Las obras fueron subastadas el 20 de noviembre de 1934 por la cantidad de 2354938 pesetas, dando inicio los trabajos el 2 de enero del año siguiente. Debe destacarse, que se dudó mucho en su planta baja, a la que no se le concretaba y definía una función: café-restaurante u oficinas.

Por último destacar otro organismo fundamental: el **Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife**. Su historia se remonta a 1804, momento de su constitución formal, pese a que su primer libro de actas de sesiones da comienzo el 9 de enero de 1795.[165]

En 1805, con tan solo un año de existencia, el Ayuntamiento aumenta el número de regidores, atendiendo temas como la policía, abastos y sanidad, pasándose de cuatro a diez miembros[166]. De conformidad con la Constitución de Cádiz, en 1812 se convocaron elecciones, resultando un concejo que tan solo duró hasta 1814, momento en el que fueron suprimidos los ayuntamientos constitucionales, no regresando hasta 1820 gracias al cambio de régimen político, que tan solo duró tres años.

No es, hasta 1841, cuando con la nueva ley de ayuntamientos, Santa Cruz designa en sus elecciones populares a 16 concejales, considerable aumento en relación a los que presentaba en el momento de su fundación[167]. Esta forma de elegir a los representantes municipales es sustituida por las leyes de 1868 y de 1870, para retornar al sufragio popular solo durante en el periodo de la I República Española.

Pese a que los cambios fueron numerosos, a lo largo de sus primeros pasos no modificaron profundamente las líneas y las tendencias de la política municipal. Los cambios estaban en el Gobierno de Madrid, que constantemente mutaba, modificándose la legislación que regía al resto del territorio nacional. Destaca la ruptura de la linealidad en la Corporación municipal con el alzamiento del 18 de julio de 1936, momento en el que se transforma la institución motivada por el estado de guerra, suprimiendo por orden superior el concejo para sustituirlo por una comisión gestora presidida por un comisionado nombrado por la fuerza militar en la persona de un Guardia Civil. Posteriormente las cosas volverán a su cauce normal, restableciendo las estructuras gubernamentales que existieron desde la creación de esta Corporación.

---

[165] Era habitual que esto sucediera, ya que en estos primeros momentos su tarea estaba relacionada con la regulación de abastos, estando formado el concejo por: el alcalde, el síndico personero y dos diputados de abastos.

[166] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III, p. 34.

[167] *Ibidem*, p. 38.
Esta ley otorgaba al Ayuntamiento santacrucero: un alcalde con tres tenientes, a los que se le unían un total de 16 concejales.

La necesidad de una ubicación provista de un edificio que cobijara a la organización, fue una de las prioridades que se plantearon durante años, situación de desprestigio, ya que era la única ciudad de España, durante la segunda mitad del siglo XIX que carecía de palacio comunal. Esta necesidad, además surgió como respuesta a una ciudad floreciente que crecía por momentos, precisando de infraestructuras que la satisficiera.

Hacia 1810 se tiene constancia de la existencia de locales para las dependencias municipales, sin concretarse en ningún momento, de manera clara, sus condiciones. Tres años más tarde, se le dará importancia a esta cuestión, considerando como prioridad la existencia de casas consistoriales en la ciudad. Se ubicó la sede, en un primer momento, en una casa alquilada a Pedro de Franchi en la plaza de la Pila por 20 pesos al mes. A partir de este instante, se sucederán los domicilios en diferentes lugares de la geografía urbana de Santa Cruz, aunque destaca una estancia larga en el Exconvento de San Francisco, que en alguna ocasión se llegó a pensar que pudiera ser la definitiva.

En 1894 se designó una Comisión para el estudio la adquisición de una casa o la compra de un solar para la construcción de las dependencias municipales. Esta última fue por la que se decantaron, procediendo a la compra de un solar situado en el Barrio de los Hoteles[168] a la Sociedad Edificadora con una superficie de 2.929 metros cuadrados y un precio de 8.787 pesetas; el proyecto fue realizado por el arquitecto municipal Antonio Pintor y Ocete[169]. La Corporación municipal ya estaba instalada en dichas dependencias el 5 de marzo de 1904, aunque las obras del edificio no se concluyeron hasta pasados varios años.

2.2. ESPACIO.

La definición de espacio urbano, o, también conocido como medio, área o centro civil, resulta arduamente difícil, sobre todo tras los últimos modelos de crecimiento que han acaecido en las poblaciones. Para disciplinas como la geografía urbana, el paisaje urbano es aquel que es propio de los núcleos cívicos o ciudades, definidos por criterios

[168] El solar adquirido por el Ayuntamiento santacrucero esta situado entre las calles Numancia, Santa Rita y Méndez Núñez.
[169] *Ibidem*, p. 104.

numéricos de población o criterios funcionales relacionados con las actividades realizadas en dicho centro. Como rasgos característicos del espacio urbano, encontramos la población con su densidad, su extensión y la dotación de infraestructuras que posee. El espacio urbano, en relación con su área de influencia, es emisor de servicios en diferentes formas, que incluyen aspectos como los burocráticos, educativos, sanitarios, financieros, culturales y los de ocio; en contraposición, es un receptor de recursos de otro tipo como mercancías agrícolas y ganaderas, energía y productos primarios, de los que la ciudad carece.

21. Anónimo: Rada de Santa Cruz de Tenerife (ca. 1945).

A lo largo de la Historia de la Humanidad, ha existido una búsqueda de modelos de agrupamiento urbano que ha conducido a proyectar y concebir diferentes configuraciones del espacio que han conformado un *titánico* ejercicio intelectual por parte de políticos, gobernantes y profesionales del urbanismo[170]. Los diversos núcleos de asentamiento poblacional establecen un desarrollo continuado en convivencia, o en la propia evolución social y económica de las distintas comunidades, originando, desde los primeros signos de configuración política, la existencia de un intento de *dominio del medio que nos rodea.*[171]

Estos establecimientos cívicos que se han producido a lo largo del camino, son el producto de una constante fluir y refluir de grupos, sociedades y culturas, que nos han proporcionado una estructura urbana viva, de continuos cambios y renovaciones, cuya marca da inicio con la época griega y especialmente la romana, apareciendo características particulares a las que se unen diferentes tipos fundamentales de

[170] KRIER, R. *El espacio urbano*. Barcelona: Gustavo Gili, 1981, p. 23 y ss.
[171] BALIL, A. Casa y Urbanismo en la España Antigua, *Boletín del Seminario de Arte y Arqueología de Valladolid*, 39. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1973.

urbanismo básico al que se le han ido progresivamente incorporando modelos tanto orgánicos, como reguladores adaptados a las diversas morfologías y características del terreno.[172]

En el proceso de transformación de las ciudades, aparecen diversos problemas, derivados de la concentración de un gran número de personas, en un espacio limitado. Las necesidades derivadas de estas aglomeraciones, como abastecimiento de aguas, evacuación de residuos, suministro de mercancías, amurallado, pavimentación, higiene y limpieza, asistencia sanitaria, entre otros, son importantes servicios públicos de cualquier metrópoli.

Desde época griega, el propio Aristóteles, reflejaba en sus escritos, una serie de recomendaciones a tener en cuenta a la hora de planificar y construir una ciudad, además de todas aquellas infraestructuras indispensables para su adecuado funcionamiento: *higiene, defensa, idoneidad para la actividad política y belleza*[173]*.* Estas enseñanza, como otras tantas, serán incorporadas a la cultura romana, donde el claro ejemplo de la adquisición de estos conocimientos nos lo dará Marco Vitruvio Pollion, arquitecto, tratadista e ingeniero del siglo I a.C., que con su obra sobre arquitectura titulada, *De architectura*, influirá en esta disciplina en los dos milenios siguientes.[174]

---

[172] CARO BAROJA, J. Los núcleos urbanos de la España cristiana medieval. In, *Vivienda y Urbanismo en España.* Madrid: Banco Hipotecario, 1982, p. 61-79.

[173] GIORDANO, O. *Higiene y buenas maneras en la Alta Edad Media*. Madrid: Gredos, 2001, p. 132-133.
Todos estos atributos son identificados en la descripción que hace el geógrafo e historiador griego Pausanias, de una población griega que pretendía adquirir el calificativos de ciudad: *no tiene ni edificios gubernativos, ni un teatro, ni una ágora, ni conducciones de agua que lleguen a una fuente, y la gente vive en tugurios semejantes a cabañas al borde de un precipicio.*

[174] VITRUBIO POLIÓN, M. *Los diez libros de la Arquitectura*. Introducción, Delfín Rodríguez, «Vitruvio y la piel del clasicismo». Madrid: Editorial Alianza, 1995; 2009, p. 11-51.
Según este autor, la arquitectura descansa en tres principios básicos: la Belleza (*Venustas*), la Firmeza (*Firmitas*) y la Utilidad (*Utilitas*) que es la base de la utilización y la función de la arquitectura. Todo ello, nos lleva a pensar en una arquitectura como equilibrio entre estos tres elementos, carente de la circunstancia de sobrepasar ninguno al resto, siendo fundamental su entendimiento al tratar un trabajo de la arquitectura.
Sin embargo, con tan solo realizar una lectura rápida de su tratado, el lector puede percatarse de que Vitruvio exigía estas características para algunos edificios públicos muy particulares. De hecho, cuando Vitruvio se atreve a intentar un análisis del arte sobre el que escribe, propone entender la arquitectura como compuesta de cuatro elementos: orden arquitectónico, disposición, proporción y distribución. Incluso el presenta ciertas dudas al respecto bastante

2.2.1. EL SISTEMA DEFENSIVO: FORTIFICACIONES, CASTILLOS Y MURALLA.

Hasta inicios del siglo XIX, Santa Cruz de Tenerife, por su condición de sede de la Capitanía Militar de Canarias, se convierte en un punto estratégico para el dominio de las Islas y así, el de una de las rutas fundamentales del Imperio Español, que duró mientras existió el Imperio colonial Americano. A partir del siglo XIX, al concluir este periodo imperial, la organización defensiva de la plaza y su recinto fortificado carecieron de lógica, lo que llevó a un abandono total, transformándose en estorbos molestos e inútiles aquellas infraestructuras militares que valientemente habían defendido durante siglo *la llave de la puerta de entrada al dominio de las Islas Afortunadas*.

Tanto las baterías como el sistema amurallado precisaron arreglos tras sufrir ciertos desperfectos en noviembre de 1826[175]. Por estas fechas, el sistema defensivo capitalino estaba compuesto por: tres castillos, doce baterías y dos fuertes. De los existentes en el intento de invasión anglosajona de julio de 1797, se habían reducido considerablemente su número, produciéndose, paulatinamente, una disminución considerable de cada uno de sus componente, bien por causas no intencionadas, bien por necesidades de una urbe en crecimiento.[176]

Tras la pérdida de la colonia cubana, se diseñó un nuevo plan defensivo para Canarias de la mano del comandante general Bargés. En un primer momento se pensó en un refuerzo de la guarnición, una reorganización de las milicias provinciales y un aumento de las fortificaciones, cuya obra ascendía a 30 millones de pesetas. Los

---

intensas, como hace constar al dividir la arquitectura en tres partes: Construcción, Gnomónica y Mecánica.
Posteriormente fueron numerosos los intentos de versionar el tratado de Vitruvio, situación que resume bien el conflicto a la hora de lograr un definición del concepto de arquitectura. Destaca la que, en 1674, Claude Perrault, médico fisiólogo publica su traducción resumida de esta espléndida obra, en la que procura reorganizar todos y cada uno de sus contenidos. Gracias a esta síntesis realizada por Perrault, las enseñanzas vitruvianas serán divulgadas, influyendo considerablemente en los diferentes tratados y teorías que surgirán en los años sucesivos.

[175] Los arreglos se pudieron llevar a cabo gracias a un fondo existente para el mantenimiento de las fortificaciones que se alimentaba de un tributo especial administrado por el comandante general.

[176] CIORANESCU, A. *Historia de Santa Cruz de Tenerife*. IV Volúmenes. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife, 1979, Vol. IV, p. 91-93.

continuos cambios de gobierno en Madrid, ayudaron a que este proyecto fuera abandonado.

22. Anónimo: Sistema defensivo de Santa Cruz de Tenerife (1656).

Tanto para la construcción del cementerio local como del matadero, se encontró, desde la Corporación local, ciertas dificultades debidas a que los lugares seleccionados estaban próximos a las zonas militares. La ciudad crecía, pero como sucedió en numerosas urbes europeas y nacionales, la muralla se convirtió en un corsé que impedía esta situación. Poco a poco se solicitó la cesión de los diferentes partes del sistema fortificado, culminando con la entrega que se hace del castillo de San Cristóbal en 1926, junto a otras dependencias, las que habían sido sede del la Capitanía militar desde el siglo XVIII. Con su demolición se pretendía ensanchar el acceso al muelle, situación que le parecía de extremada importancia a por entonces alcalde García Sanabria, intención que desde la década de los ochenta del siglo XIX ya se había proyectado[177]. Esta situación era ya real en 1930.

El resto de los castillos, Paso Alto y San Juan, lograron sobrevivir gracias a su ubicación, fuera del centro urbano. El resto poco a poco fue cediendo terreno a una ciudad que necesitaba espacio para crecer.

2.2.2. ABASTECIMIENTO DE AGUAS Y LA LIMPIEZA URBANA.

Con el desarrollo de la vida urbana, las necesidades aumentan, a la vez que aparecen nuevas exigencias. En las ciudades, a lo largo de la Historia, el suministro de agua, a través de infraestructuras adecuadas, fue uno de las preocupaciones de los gobernantes canarios, a la que se procuró dar solución con las técnicas más diversas.

[177] *Ibidem*, p. 97-98.
En la prensa de 1886, Juan Maffiotte presentó un anteproyecto que proponía formar en su lugar una explanada, en la que se construiría el muelle de la Capitanía del puerto y un local para la Escuela Náutica, separada por una plaza ajardinada.

En Santa Cruz fue el Comandante General Agustín de Robles y Lorenzana, el que efectuará las primeras intervenciones para propiciar un adecuado **abastecimiento de agua**. Como representante regio en las Islas, era su deber este menester, como se dejó claro en el decreto de 1 de octubre de 1708. Pese a ello, la obligación o no de este cometido por parte de tan destacada autoridad, se asumía a tenor de las conveniencias e intereses que se pudieran presentar.[178]

No es hasta 1809 cuando el Ayuntamiento capitalino asume las competencias en relación al suministro de agua a la ciudad, empleando las mismas herramientas que había utilizado el Puerto de la Cruz a quien se la había concedido el militar y político O'Donnell. Santa Cruz era el único lugar de la Isla carente de agua propia, lo que originó, que desde el Consistorio se organizara una estrategia para proporcionar a la población tal servicio. La cesión fue efectiva a partir del 4 de agosto de 1810, ordenando el Ayuntamiento a sus comisionados, Juan Anran y Rafael Fuentes, que inspeccionaran los nacientes y canales, a la vez que ordenó la redacción de un reglamento.[179]

23. Anónimo: Fuente de Morales inaugurada en 1838 (1899).

Tras asumir esta responsabilidad, el gobierno municipal veló por el buen uso de este bien, procurando que la población no la derrochara ni mal gastara, llegando, como en 1820, a decidir el corte de suministro a las opulentas casas particulares en vista del insuficiente abastecimiento. Esta medida provocó numerosas protestas del clero y la

[178] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III*,* p. 475.
[179] *Ibidem*, p. 476.

aristocracia asentada en Santa Cruz, y teniendo en cuenta que la renta proporcionada por el agua que entraba en las arcas municipales era cuantiosa, se decidió desistir en tal empresa.

Cioranescu divide en tres épocas o etapas el suministro de agua a Santa Cruz. La primera es la de la municipalización del suministro hasta 1830, en el que se procura tantear y conocer la situación de las infraestructuras existentes. Desde la corporación se procuró buscar nuevos nacientes, examinando los ya conocidos o cualquiera de ellos que pudiera aflorar a la superficie, como el de la playa de Las Cruces o el aparecido en el Convento franciscano.[180]

A finales de 1810 se nombró una nueva Comisión para buscar por la zona nacientes que suministraran agua, pasando informe a las autoridades municipales en el que recomendaban la unión de dos de ellos para lograr un caudal suficiente. En 1824, ante una importante escasez de agua, nuevamente se nombró comisión, cuyo informe recogía iguales cuestiones que el anterior; no se hizo nada al respecto. Los tres años siguientes fueron de iguales condiciones, lo que obligó a tomar medidas en relación al aprovechamiento del agua y las pérdidas que pudieran existir en su canalización.

Un segundo periodo, momentos de mayor importancia en esta cuestión, comprende hasta 1911. A finales de 1827, se presenta el proyecto de una nueva canalización y conducción de agua de abasto, desde los nacientes de Aguirre, presupuestándose unos 20.000 pesos para la ejecución de las obras. Para tal empresa, se solicitó la participación del Comandante general y del Intendente, Francisco Tomás Morales y Diego de Aguirre, respectivamente. Las trabajos estaban concluidas el 28 de diciembre de 1834. Varias obras se hicieron en los años siguientes, entre ellas la reunión de aguas procedentes de Aguirre y El Rio, con las que se buscaba respaldar el agua que ya corría por la nueva canalización.[181]

Una vez finalizada la obra, se pone en funcionamiento el nuevo reglamento de 1835, para, en 1842, instalar una Junta económica de Aguas que rehízo y revisó el anterior reglamento. Esta reorganización de las estructuras municipales para una mejor

[180] *Ibidem*, p. 482-483.
[181] *Ibidem*, p. 485.

gestión del suministro de agua se materializa con la asignación de dos concejales designados por turno mensual. Años más tarde, se regresó al sistema de nombramiento de alcaldes de aguas, que perduró hasta 1872.

Las numerosas prospecciones que se hicieron a lo largo de años sucesivos, llevaron a que en 1858, el agua que llegaba a Santa Cruz procedía de once fuentes diferentes, de las que solo tres, Los Arroyos, El Río y El Hayal, pertenecían a la Corporación municipal[182]. Así destaca, el proyecto realizado por Antonio Pintor en 1897, para aumentar el caudal de Aguirre con las aguas de Roque Negro, en Taganana, y las procedentes de la extracción de Los Catalanes, hasta un total de cinco a seis veces el caudal primigenio.

A las obras de canalización, se le unió la construcción de un depósito regulador con capacidad de cien mil pipas, en 1911, momento con el que se da inicio al tercer periodo. Este proyecto, desde 1882, se tuvo en mente por parte del Ayuntamiento, para lo que se creó una comisión con un encargo: valorar el lugar más idóneo para su ubicación. El lugar escogido fue la Finca de Pino, situado por debajo de la conducción de Aguirre.[183]

A todo esto, se unió la incorporación de medidas de modernización y normalización de servicio que permitía ahora la presencia del depósito municipal. Desde 1910 hasta 1913 se inició el servicio a particulares de agua a presión, gracias a la instalación de una extensa red de tuberías metálicas. Con un intento de lograr un abastecimiento eficaz, el alcalde García Sanabria expropió todas las galerías particulares del monte Aguirre en 1928, a lo que se unió la búsqueda de nuevos caudales, prosiguiendo trabajos en la galería de Los Catalanes que aumentó la producción, ayudado de mejoras en las infraestructuras. Además se agregaron aguas procedentes de la galería Los Chabucos, en el barranco de María Jiménez.

---

[182] *Ibidem*, p. 490.
[183] *Ibidem*, p. 493.
El precio de las dos fanegadas de terreno que se necesitaba para la obra ascendía a 1000 pesetas. En la obras trabajaron los soldado por orden el Comandante General y por un precio de 1,25 pesetas por soldado y por día, a lo que el Ayuntamiento proporcionaba agua a perpetuidad a los militares.

A partir de 1940, el servicio municipal se hace en régimen de empresa, siendo la primera la de la sociedad *Obras y Servicios* (OSSA). Al año siguiente, por incumplimiento de contrato, se confiscó por el Ayuntamiento, por medio de una *Comisión de Incautación del Servicio Municipal de Aguas* (CISMA), para finalmente, en 1943, crearse la *Empresa Municipal de Abastecimientos y Suministros de aguas* (EMMASA).[184]

Con lo que respecta a la **limpieza urbana**, esta era una tarea de la que se encargaba la policía de la ciudad. Según las crónicas que nos han llegado, el estado de aseo de las zonas públicas de la población tuvo mucho que desear como lo escrito por Víctor Domínguez en 1817:

> *Inmundicia, asquerosidad, depósitos fétidos de basuras en parages muy públicos; gatos y animales muertos en medio de las calles; cubiertas las más principales de cerdos de día y de noche; que si algunos se barren los sábados por un puro efecto de la bondad de sus vecinos, quedan y continúan las más puercas; que no son pocas en donde a las nueve, a las diez o antes de la noche se arrojan descaradamente vasos de orines corrompidos, que llenan todo de un hedor intolerable; que de las asesorías se arrojan a las calles aguas corrompidas e inmundas, multitud de basuras que se deposita en los embaldosados y en los rincones inmediatos, pues apenas hay uno que no sea un verdadero basurero. En fin, que un pueblo en donde a costa de los dueños de casas se han hermoseado las calles con buenos embaldosados y empedrados, y a la de una porción de amantes del aseo su plaza principal y otros puntos, esta reducida a un muladar asqueroso, hediondo y peligroso para la salud.*[185]

Esta situación de las áreas urbanas no distaba de la que pudiera tener la capital del Reino, pero si estaba mejor que otros puntos cercanos como el caso de la capital de Madeira, Funchal, a la que Wilde la califica de muy precaria e inferior a la santacrucera[186]. La situación no se modifica en los años sucesivos, como se manifestó en la prensa local del momento, en el que se da una visión semejante a la presente a comienzos del siglo XIX[187]. Ante esta situación, la Corporación municipal organizó un plan estratégico de lucha que atendía a tres pilares fundamentales: alcantarillado, limpieza de calles y basurero municipal.

[184] *Ibidem*, p. 494-495.
[185] *Ibidem*, p. 548.
[186] WILDE, W. R. *Narrative of a voyage to Madeira, Teneriffe and along the shores of the Mediterranean*. Dublin: Willian Curry, 1844, p. 619-648.
[187] *El Guanche*, Santa Cruz de Tenerife, 20/11/1858 y 11/8/1861.

24. Anónimo: Carro de la basura con el que se procedía a la recogida de los residuos urbanos (1878).

La limpieza de las calles era una labor que realizaba la madre Naturaleza con el regalo de la lluvia, donde la fuerza de las aguas aseaba las zonas públicas y los barrancos. Estos últimos, donde muchos de ellos acabaron cubiertos por bóvedas para facilitar el desarrollo de la red viaria de la urbe con importantes inconvenientes como fue la mayor facilidad para tupirse con la tierra y piedras que arrastraban, además de basuras y estiércol que se arrojaban a ellos. A pesar de sus defectos, estos barrancos constituyeron la primera red de alcantarillado de la villa, a la que se unieron alcantarillas de barro, que poco a poco, se iban anexando a éstas. A mitad de siglo XIX, el sistema era considerado suficiente, pero con la dificultad anteriormente mencionada; próximo al fin del siglo, a la red le pesaban los años, por lo que entre 1920 y 1931 se dio inicio a la colocación de un sistema más moderno.[188]

A la limpieza de las calles se unía la intervención que hacían los vecinos, pobre, y que en todo momento se procuró estimular desde la Corporación municipal mediante bandos, situación que siempre fue estéril. Ante esta continua falta de colaboración, se estudió confiar esta labor a un servicio arrendatario, sustentado por la contribución de cada vecino. Este proyecto, carente del suficiente apoyo popular, no se realizó, sustituyéndolo por los trabajos de reos que se solicitaba al Gobierno Civil y que posteriormente eran gratificados.

No es hasta 1869, momento en el que se establece la primera plantilla de barrenderos para la limpieza pública con la autorización de la Diputación Provincial, aumentando su plantilla en 1887. Hubo un amago de sacar a subasta los servicios en 1911, pero no cuajó este intento hasta la década de los cuarenta del siglo XX.[189]

[188] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III*,* p. 550-551.
[189] *Ibidem*, p. 552.

En lo referente al vertedero destinado a albergar la basura, no fue un problema, autorizándose a mediados del siglo XIX a arrojar los residuos en el cauce del Barranco de Santos, el barranco de Almeida o en la orilla del mar, con la intención de desalojar las calles de las inmundicias. Así, se convirtieron en focos de suciedad e infección sus alrededores, lo que propició que en 1857 se planteara la creación de un vertedero público sin concretar nada. Posteriormente, el basurero de Regla fue el lugar de elección, situación que impidió la expansión de Santa Cruz hacia el sur. Para remediarlo se propuso la compra de incineradoras de basura con solares para su colocación, pero tanto el Macizo de Anaga como las instalaciones próximas militares no favorecían la instalación de semejantes sistema de eliminación.

2.2.3. MERCADOS Y PLAZAS DE ABASTOS.

Los municipios canarios mantuvieron una preocupación constante en lo referente a los abastos, ya que las condiciones de penuria fueron la tónica general. La Corporación municipal precisó luchar, durante el siglo XIX y XX, con el problema de la distribución de los abastos de los mercados municipales.

Santa Cruz carecía de un mercado central, presentando diferentes lugares de la geografía urbana donde se dispensaban alimentos a la ciudadanía[190]. Estos múltiples puntos de venta, dificultaban la posibilidad de control por parte de las autoridades municipales, no pudiendo garantizar una higiene mínima ni el cobro de las rentas productos de las transacciones. Esta situación llevó a que, en 1813, se construyera una recova en la *plaza de la verdura* y en los solares contiguos a la carnicería, los cuales fueron adquiridos por el municipio, cuyo presupuesto ascendía a 40.000 reales, que aumentaron a medida que se desarrollaba, entre los años 1814 a 1817, llegándose a gastar unos 102.377 reales.[191]

[190] El pescado era vendido en el muelle o las calles, la carne era despachada en una carnicería, que realizaba esta labor desde el siglo XVIII, y por último, los productos de la tierra en el *plaza de la verdura*, entre el castillo de San Cristóbal y la Plaza de la Aduana.
[191] *Ibidem*, p. 521-522.
Para poder hacer frente a los gastos de la construcción, se invirtieron los fondos del Hospicio de San Carlos que custodiaba el Ayuntamiento capitalino.

25. Juan González Méndez: Vista parcial: teatro y recova (1866).

La recova y se reglamento ya funcionaban desde el 17 de abril de 1815. En este momento presentaba: *una mesa y dos bancos, un farol de cristal con lámpara de lata, balanzas, pesas y medidas y hasta «un cuadro ovalado con pinturas alusivas a la Justicia»*[192]. El tamaño del local era modesto, dando la sensación de ser, su construcción, una decisión transitoria.

La primera andadura de esta nueva infraestructura capitalina, tuvo un inicio algo tortuoso. Mientras las autoridades municipales pretendían un control del abastecimiento de la ciudad, tanto desde la Real Audiencia de Las Palmas como el propio Comandante General afincado en Santa Cruz pusieron cortapisas a toda la operación, acudiendo al Rey para dar solución a esta situación. Finalmente, el Consejo de Castilla se pronunció a favor del Ayuntamiento, lo que hizo que éste contara con la renta de los abastos desde 1818.

Esta vieja recova fue sustituida por el Mercado Nuevo el 25 de julio de 1854, ideado desde 1836, en el antiguo Convento de Santo Domingo. Tenía una superficie de 1.860 metros cuadrados, para los que se construyó un edificio «de severa y sencilla arquitectura» muy semejante en planta al Palais Royal de París, ascendiendo su coste a 280.649 reales.[193]

[192] *Ibidem*, p. 522.
[193] *Ibidem*, p. 524-525.

Igualmente, quedó pequeño rápidamente, permitiéndose colocar puestos al aire libre en los aledaños al recinto. Se procuró aumentar su capacidad con pequeñas reformas, destacando la acaecida en 1898 con la colocación de un tinglado de hierro y cristal en la Plaza del Mercado, que popularmente se conocía como mercado de hierro. Posteriormente se procuraron mercados exteriores que no cuajaron.

Hasta 1943 se procuró sobrellevar los abastos de Santa Cruz a duras penas por la falta de superficie adecuada para realizar las transacciones comerciales. En este mismo año, el Mando Económico de Canarias edificó, en muy poco tiempo, el nuevo edificio del mercado, al otro lado del barranco de Santos, y que denominó de Nuestra Señora de África, proporcionándole las infraestructuras de acceso precisas como fue el puente Serrador. El mercado de hierro modificó su nombre y función: pasó a llamarse popularmente Recova Vieja y se comenzó a utilizar como depósito municipal y oficinas, para adoptar en la actualidad competencias culturales tales como la de sala de exposiciones de arte.

2.2.4. EL CEMENTERIO.

El cuidado del descanso eterno se le había confiado a la Iglesia, siendo ella la encargada de la despedida, la intercesión por el difunto y la responsable de la custodia de sus restos mortales. Los entierros fuera del edificio sacro estaban indicados cuando éste quedaba pequeño o las epidemias diezmaban considerablemente a la población del lugar.

Existió entre el barranco de Santos y la Iglesia de la Concepción un lugar destinado al enterramiento, osario anexo, de semejantes características que el de su homóloga lagunera. Debe destacarse, que en 1805, existía un cementerio en el jardín del Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, lo que obligó a condenar el pozo

---

La Recova Vieja no fue vendida hasta 1878, vendiéndola el Ayuntamiento para albergar un d depósito de carbón. El nuevo edificio era rectangular, con un gran patio interior de la misma forma, comunicado con el exterior por dos grandes puertas de sillería con rejas de hierro; en su interior presentaba sendas galerías con arcos de sillería, que permitían la posibilidad de habilitar 22 puestos de venta, el norte dedicado a carnicería y el sur a pescado salado, siendo el patio central el que albergaba la verdura.

que existía en el establecimiento. Esta medida novedosa en la villa, fue la causante de numerosas protestas al no encontrarse extramuros.[194]

26. Francisco J. Castro: Puerta de acceso al Cementerio de San Rafael y San Roque en Santa Cruz de Tenerife (2010).

La creación de cementerios era una obligación legal que atendía a la orden real de 3 de abril de 1787 y a la de 26 de abril de 1804. En Santa Cruz, la carencia de fondos económicos pospuso esta orden hasta el 5 de noviembre de 1810, cuando se hacen las mediciones pertinentes para la instalación del cementerio en la zona de Regla y la de San Sebastián. El solar, perteneciente a esta obra pía, tenía una superficie de 1.949 metros cuadrados[195]. Los primeros trabajos se ejecutaron hasta 1813, momento en el que los 1.500 pesos que se tenían para tales obras se gastaron por completo. Entre las obras realizadas estaban: cerco perimetral del solar con muro y un marco de cantería con su puerta correspondiente que conducía a la capilla de Aduanas. En los años sucesivos, el abandono fue claro, presentando numerosos desperfectos en todo el recinto que precisaban de intervención rápida para no perder lo que hasta la fecha se había levantado. Ante esta situación, numerosas autoridades solicitaron limosna a la vecindad para la finalización de las obras, situación que ya estaba saldada en 1823, habiendo logrado la suma de 74.760 reales.[196]

En 1845 se decide una ampliación, situación que no llegó a realizarse hasta 1862, donde la fuerza de la enfermedad y la muerte obligaron a la compra del solar contiguo

[194] POGGI Y BORSOTTO, F. M. *Guía Histórica descriptiva de Santa Cruz de Tenerife* [Edición facsímile de la edición original, Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Isleña, 1881). Santa Cruz de Tenerife: Organismo Autónomo de Cultura del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 2004, p. 96.

[195] Esta medida fue casi una obligación, ya que en este mismo año, una epidemia asola la ciudad, precisando habilitar un lugar para los enterramientos con carácter de urgencia.

[196] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III, p. 558.
La capacidad Del cementerio había sido prevista para 20.000 personas, teniendo tan solo en ese momento unas 8000 censadas.

con una superficie de 1.256 metros cuadrados[197]. En él, se aunaba, desde 1832, el cementerio católico y el protestante, cada uno habitando un lugar claramente definido de la estructura. Nuevamente, en 1871, la superficie crece, incorporando 1.092 metros cuadrados, ampliando hacia el oeste, ya que la anterior había sido hacia el este. Entre 1885 y 1890 se construyó, por solicitud de los galenos de la villa, dependencias para albergar un depósito de cadáveres y una sala de autopsias.[198]

Por tercera vez, en 1896, el sacro recinto de San Rafael y San Roque requirió un aumento en su superficie, planteándose la necesidad de colocar su domicilio en otro lugar del municipio, ya que éste había sido engullido por la ciudad. Se escogió un solar en el barranco del Hierro de diez fanegadas de terreno por la cantidad de 20.000 pesetas, realizando el proyecto por el arquitecto municipal Antonio Pintor. Finalmente se buscó otro solar, en 1909, propiedad de Antonio Pintor, al que se le denominó Cementerio de Santa Lastenia, inaugurado en 1911. Las obras ascendieron a 700.000 pesetas y presentaba una superficie de 46.397 metros cuadrados.[199]

2.2.5. EL PUERTO.

Este puerto, que nace con estrella desde sus orígenes, presentaba una situación legal muy favorecedora, ya que estaba autorizado a comerciar directamente con las Indias y habilitado para el comercio exterior. Esta situación estuvo establecida desde 1778 hasta 1818, momento en el que Fernando VII ordena el cierre de los puertos de Canarias, retirando este privilegio en 1808 para comerciar con otros lugares externos. La Corporación municipal, nada contenta con esta orden, reclamó la posibilidad de solucionar esta situación, a lo que se le concedió, en 1820, la gracia de puerto de depósito de segunda clase, el cual duró unos pocos años[200]. Habrá que esperar hasta 1837, para que se restableciera el decreto de 1822, que habilitaba a Santa Cruz como puerto de depósito de primera clase y lo capacitaba para el comercio en general.

---

[197] *Ibidem*, p. 553.
[198] *Ibidem*, p. 560.
[199] *Ibidem*, p. 561-562.
Existieron problemas con el Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna por estar en su territorio municipal, pero tras «largos ires y venires» se llegó a un acuerdo, permitiendo el enterramiento de laguneros en este recinto. No fue aceptado.
[200] *Ibidem*, p. 565-566.

27. Fernando E. Baena: Santa Cruz de Tenerife. Muelle (ca. 1930).

El puerto santacrucero se tenía en estima por los navegantes, quienes veían en él unas condiciones óptimas para el fondeo, aunque necesitaba una intervención en su conjunto. Los primeros trabajos realizados fueron en 1848 por el ingeniero civil Francisco Clavijo y Plo con la reparación del muelle antiguo, a lo que se unieron las obras de ampliación aprobadas por la real orden de 18 de noviembre de 1864, para las que se dispuso un presupuesto de 7.246.839 pesetas. La mayor dificultad que presentó esta faraónica obra, el dinero[201]. Francisco Clavijo cesó en 1879, siendo sustituido por Juan León y Castillo, quien diseñó un nuevo proyecto para el muelle que se basaba en la reforma y la ampliación del anterior. Se centraba en la conclusión de las obras del muelle sur iniciadas por su predecesor, pero mantenía la construcción del dique norte, ascendiendo a un costo de 4.351.483 pesetas. Este segundo proyecto, mejoraba al primero, pero seguía existiendo el mismo problema que con el anterior.

Años más tarde, en 1892, se presentó una tercera propuesta diseñada por el ingeniero Suárez Galván, en el que se procuraba solucionar dos problemas presentes en las dos anteriores: la ampliación de la línea de atraque mediante obras en el muelle sur, el más antiguo de los existentes, para transformarlo de simple dique de abrigo en dique-muelle; y aumentar la superficie interior a 51 hectáreas. Para su ejecución se presupuestaron un total de 4.718.875 pesetas[202]. Un temporal ocurrido en enero de 1902, destruyó la cabecera del dique, situación que llevó a pleito, ya que, desde la Administración, se les hacía responsables de tal evento. Finalmente acordaron trabajar hasta junio de 1907, siendo asumidos por el Gobierno local, cuyos gastos, durante este tiempo, sumaron la cantidad de 5.355.071 pesetas.

[201] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit.,* p. 161-162.
[202] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III, p. 571.

Tras este periodo, se volvió a diseñar un nuevo proyecto, el cuarto, realizado por el Jefe de Obras Públicas Prudencio Guadalfajara, en 1905. Éste, con su solución, planteaba la prolongación del muelle sur unos 545 metros más y la edificación de un dique rompeolas que vendría a ser el actual muelle del Este. Para la ejecución de este proyecto, se creó en 1907 la Junta de Obras del Puerto, que aunque se habían depositado en ella la confianza, no hizo que la obra prosperara lo que se esperaba. En un quinto proyecto del ingeniero Pedro Matos que recoge las reformas del primero, aprobándose en 1911, con un presupuesto de 7.134.040 pesetas, pese a que tuvo que ser modificado en varias ocasiones: 1915, 1921 y 1923. Habrá que esperar a 1926 para la subasta de las obras, las cuales ascendían, tras las diferentes modificaciones realizadas, a 33.372.591 pesetas. Estas obras se realizaron de manera esporádica e intermitente, continuándose con las obras del muelle Norte, terminando el segundo tramo del muelle Sur y comenzando con las obras de dragado.[203]

Hasta 1950, fue un tópico la lentitud de las obras del puerto, lo que ocasionaba un cierto descontento y frustración entre los habitantes de la capital y de la Isla. A ello se unía la rapidez con el que se ejecutaban las obras en el Puerto de la Luz en Las Palmas de Gran Canaria, eterno rival comercial del puerto chicharrero, fuente fundamental de su crecimiento.

2.3. LA SOCIEDAD.

La sociedad canaria que aborda las Islas en busca de fortuna en el mismo momento de la Conquista, presentaba todas aquellas características propias de las sociedades europeas: mayoría de campesinos que habitualmente carecían de tierras y de privilegios presentes en estamentos tales como los nobles y el clero, un numeroso clero regular y la existencia de esclavos.

La **nobleza** estaba representada por los descendientes de los dirigentes de la Conquista. Su poder económico descansaba en la posesión de amplios dominios territoriales y en la exportación de productos como el azúcar durante el siglo XVI y el vino durante el siglo XVII. El dinero procedente de la venta de estos productos en los mercados europeos, eran destinados a adquirir mayor número de tierras, a obras pías

[203] *Ibidem*, p. 572-573.

que resaltaran su imagen pública y ante los ojos de Dios, y por último, a la adquisición de bienes suntuarios. Para continuar y mantenerse en un puesto social destacado, controlaban el poder político-militar ocupando puestos destacados, y se concentraban en las principales poblaciones de las islas de realengo, como San Cristóbal de La Laguna, La Orotava, Las Palmas de Gran Canaria o Santa Cruz de La Palma. Estos grupos cerrados, constituían parcelas fuertemente endogámicas, que establecían alianzas familiares con la burguesía y comerciantes, generalmente de origen extranjero, asentada en las Islas.

28. Santos María Pego: Maga tinerfeña, Tenerife (1885-1890).

En lo referente al **clero**, constituía una parte de la población numerosa en miembros y órdenes religiosas, éstas últimas asentadas sobre todo durante los siglos XVI y XVII. Sus principales mecenas fueron los nobles y la rica burguesía comercial. Este auge eclesiástico viene reflejado en el elevado número de cenobios y edificios de culto que se construyeron durante este periodo, adornados con los más ricos objetos traídos, muchos de ellos, desde los diferentes confines del Mundo, ubicándose en las principales ciudades del territorio insular, tales como La Laguna, Las Palmas, La Orotava, Telde, Santa Cruz de La Palma, Garachico o Teguise. El clero recibía del campesinado el diezmo[204], a lo que se unía el hecho de estar exento de pagar impuestos, ocasionándose un acúmulo de grandes cantidades de riquezas tras los muros de los lugares sacros. No obstante,

[204] BLOCH, M. *La sociedad feudal*. Madrid: Ediciones Akal, 2002, p. 230-264.
El diezmo**,** del latín *decimus*, décimo, era un impuesto que comprendía la décima parte de todas las ganancias de un individuo, que se debía pagar a un rey, gobernante o los máximos representantes eclesiásticos.

mientras obispo, canónigos y deanes, se beneficiaban de estos ingresos, el bajo clero vivía en las mismas condiciones que la mayoría de la población. El sostenimiento de esta población ociosa era llevado a cabo por el resto de la población, lo que hacía de ella, en la mayoría de los casos, una carga económica, que sobre todo se agudizaba en los periodos en los que la abundancia no estaba presente en las Afortunadas.

El Tercer Estamento estaba integrado por un conjunto heterogéneo de personas diferenciadas entre sí, tanto económica como laboralmente, pero que compartían la obligación de pagar impuestos y quedar excluidos, salvo excepciones de los oficios de mérito y la dirección de la milicia. Se podían diferenciar los siguientes grupos: la **burguesía**, formada en su mayoría por extranjeros llegados y posteriormente asentados en Canarias, que venían buscando participar en el comercio del azúcar y el vino. Habitualmente presentaban una posición económico-social elevada, teniendo una cercana relación económica y consanguínea con la nobleza dirigente del lugar; los **artesanos**, cuyo número fue reducidos dado la escasez de manufacturas que se realizaban de la Islas Canarias, estando ubicados en la urbes, a lo que se unía la tendencia a la autosuficiencia de los pobladores de éstas. Existieron algunos oficios y actividades especializadas, como era la de los toneleros, herreros o carpinteros, que debido a la necesidad de su mano de obra eran las más habituales; los campesinos representaban más del ochenta por ciento de la población de las Islas, presentando diferencias respecto a su relación con la tierra que trabajan, de la que se diferenciaban varias modalidades, entre ellas, la de medianero o la de jornalero. Estaban muy mediatizados por las circunstancias nefastas, tales como malas cosechas, el hambre o las epidemias; la **población marginal** estaba dentro de este grupo se solían integrar profesiones deshonrosas como eran la de verdugos, carniceros y parteras, así como los vagabundos y mendigos, cuyo número aumentaba o disminuía en función de las coyunturas económicas; los **esclavos** presentaban una destacada importancia, ya que se destinaban a las actividades agrícolas más duras o al servicio doméstico en alguna rica casa de la nobleza o la burguesía locales. No tuvieron una relevancia demográfica significativa, reduciendo su número considerablemente una vez que culminó el ciclo del

azúcar en las Islas[205]. Procedían del continente vecino, del norte o del centro de África. Los beréberes eran muy abundantes en islas como Lanzarote y Fuerteventura, donde suplieron la falta de población nativa. Eran el producto obtenido de las expediciones o cabalgadas que los originarios de las islas realizaban para capturar esclavos en la vecina costa africana. Los esclavos negros eran utilizados en las plantaciones de caña de azúcar de Tenerife, Gran Canaria y La Palma.

2.3.1. ESTADÍSTICA Y EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Los primeros registros que nos han llegado, en relación a la población santacrucera, se recogen en una obra de Francisco Escolar y Serrano, doctor de la Universidad de Zaragoza y alumno de Herrgen. Este erudito de la época, publicó *Estadística de las Islas Canarias*, obra dividida en unidades que abordan cada una de las Islas, procurando una visión del panorama canario en 1802.

La ley de 3 de febrero de 1823, estableció en España el *registro civil*, fiscalizándose los movimientos de la población presente en el territorio insular. Con la implantación nuevamente del absolutismo, se echó en saco roto este intento de controlar la población española, no poniéndosele mayor interés hasta años venideros. En 1836 se autoriza a Pedro Mariano Ramírez, oficial secretario del Gobierno Civil, para confeccionar un documento donde se recogiera la estadística provincial[206]. Pese a que el Ayuntamiento, en última instancia, colaboró en la entrega de los datos pertinentes, se presentó una dificultad considerable ante la negativa de los curas castrense a proporcionar información de su área de jurisdicción. Nuevamente se retoma en 1841, solicitando asesoramiento desde la Diputación Provincial. El decreto de la Regencia de 24 de enero de 1841, revalidó todas las intenciones que la ley de Registros Civiles de 1823 había procurado, llegando a lograr colaboración desde el ámbito eclesiástico

[205] VARELA ORTEGA, J. *El poder de la influencia. Geografía del caciquismo en España (1875-1923)*. Madrid: Centro de estudios Constitucionales, 2001, p. 120.
Salvo excepciones, la esclavitud no tuvo una relevancia demográfica muy significativa y a partir de la decadencia del cultivo del azúcar el número de esclavos se redujo considerablemente, bien por no ser rentable su adquisición, o bien por manumisión, en este caso ocuparon los escalones más bajos de la sociedad y sus descendientes acabaron mezclándose con el resto de la población.
[206] Se remite al Ayuntamiento capitalino un real decreto por el que se insta a la Corporación municipal a la ayuda en cualquier tema concerniente a este asunto. Al ver este que desconocía la mayoría de los datos solicitados, se planteó la necesidad de realizar de formalizar nuevos padrones municipales.

militar, situación no lograda en anteriores intentos. Nueve años más tarde, en 1852, las ordenanzas municipales establecieron su periodicidad, que en un primer momento se estableció anualmente. Aún así, al restablecer una comparación entre los documentos civiles y eclesiástico, se observa la existencia de un desfase importante hasta el cambio de siglo.[207]

Retomando la estadística realizada por Francisco Escobar, ésta indicaba que en el Santa Cruz de 1805 existían un total de 6.889 habitantes a los que se le añadía, 426 más ubicados en el pueblo pesquero de San Andrés. Cuatro años más tarde, estableció 7.182 habitantes para la capital, sin incluir al barrio de San Andrés, La Laguna con 7.124 y La Orotava con 5.901[208]. En 1821, tras la grave epidemia ocurrida en la década de los años diez, 6.148 habitantes, sin incluir a San Andrés, lo que nos da una idea de lo importante que fue esta situación trágica en la Isla. Poco a poco, este bache fue rellenándose, y nos encontramos con un remonte importante en cuanto a cifras: en 1835 se llegan a las 7.611 personas, junto a 726 en el pueblo de San Andrés; en 1842 unos 8.070 habitantes y en 1850 unos 12.585, aumentando a 12.965 habitantes en el año siguiente[209]. Las cifras de habitantes fueron aumentando progresivamente hasta alcanzar, en 1860, un total de 14.146 habitantes, lo que significaba duplicar el número de individuos moradores de Santa Cruz en tan solo casi veinte años.

Un segundo momento de su historia geográfica es el comprendido entre 1860 y 1920, periodo en el que se pasan, paulatinamente, de los 14.146 habitantes anteriormente citados a 52.432 en el año 1920 (1877 con 16.610 habitantes; 1887 con 19.122 habitantes; 1897 con 33.421 habitantes; 1900 con 38.419 habitantes; y por último, 1910 con 63.004 habitantes)[210]. La tercera etapa que comenta Cioranescu, comprendería desde 1920 a 1970, momento este último en el que la población capitalina se triplica, 151.361 habitantes, en relación con la década de los años veinte

[207] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III*,* p. 314.
[208] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), nº 4889, 27 de enero de 1903.
[209] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo III*,* p. 316-317.
[210] *Ibidem*, p. 319.

(1930 con 62.087 habitantes; 1940 con 72.358 habitantes; 1950 con 103.446 habitantes; y por último, 1960 con 133.100 habitantes).[211]

Tras la Primera Guerra Mundial, la recuperación poblacional fue lenta, situación que se observa al valorar la cantidad de habitantes en la ciudad: en 1930 no se habían logrado superar el número existente en 1910. En contraposición, entre 1930 a 1950 es palpable una considerable recuperación que provoca un despegue demográfico. En comparación con el resto de la población insular, la población capitalina fue adquiriendo mayor peso y representatividad poblacionalmente: en 1809 significaba un 11 % de la población total, cifra que aumenta considerablemente a partir de 1860 hasta 1874, un 15 %. En 1950 representaba un 32,56 % y en 1960 un 27,13 %.

2.3.2. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS: INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN.

El movimiento migratorio fue de crucial relevancia para la ciudad de Santa Cruz de Tenerife, favorecido por su ubicación, lo que llevó a que desde su fundación se considerara un «trampolín hacia el continente americano». Este doble saldo, en ocasiones positivo y en otro negativo, estuvo siempre mediatizado por las condiciones socioeconómicas y políticas que sucedieron en España y en las Islas durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX, siendo de este último del que se tienen constancia con datos más o menos fiables. El saldo migratorio se repartió de la siguiente forma a lo largo del siglo XX: entre 1901-1910 un total de 22.220 personas; entre 1911-1920 un total de -10.987 personas; entre 1921-1930 un total de 7.400 personas; entre 1931-1940 un total de 2.961 personas; entre 1941-1950 un total de 24.006 personas; entre 1951-1960 un total de 11.413 personas; y por último, entre 1961-1970 un total de -11.540 personas[212]. Destacan las dos décadas que presentan saldos negativos: la primera correspondió la crisis económica canaria ocasionada por la Primera Guerra Mundial, que paralizó el comercio que existía desde la Conquista con las metrópolis europeas; en la segunda, se produjo un descenso por mor del traslado a la periferia de un número considerable de personas que habitaban en el centro capitalino.

[211] *Ibidem*, p. 320.
[212] *Ibidem*, p. 326-327.

Según Cioranescu, la inmigración se compone de cuatro clases de elementos bien definidos: el primero, el más numeroso, comprende a aquellas personas naturales de la isla de Tenerife, que han trasladado su lugar de residencia a la Capital, situación habitual y lógica, ya que la urbe ejerce una atracción de la mano de obra; la segunda categoría la conforman los inmigrantes venidos de otras Islas donde los recursos económicos de cada una de ellas han mediatizado, de forma considerable, el trasiego de personas. Así aquellas islas de mayores recursos han sido, a modo de imán, un atrayente de considerable importancia; el tercero implica esa relación existente entre lo isleño y lo peninsular, donde elementos como la búsqueda de fortuna, el escapar de situaciones comprometidas o, como sucede desde la primera mitad del siglo XX, y sobre todo durante la segunda, la búsqueda de la benevolencia del clima que ha caracterizado al Archipiélago; el cuarto, y último grupo, el de inmigrantes ajenos a España, que procedentes de diferentes países habían arribado a las Islas. Desde los orígenes de la civilización europea en las Canarias, el papel de los extranjeros había sido primordial e importante, continuándose hasta el siglo XIX, momento en el que se contó con hasta cinco alcaldes en Santa Cruz cuyos orígenes no eran canarios[213]. En 1791, existían en Santa Cruz un total de 56 extranjeros, de los 206 estaban presentes en Tenerife[214]. Censos posteriores, fechado en 1860, atestiguan la presencia de 13 extranjeros transeúntes y 97 estables en la ciudad, sobre una población de casi 11.000 habitantes. Este creciente número de forasteros comenzó a preocupar ligeramente a la Corporación municipal en 1884, que se centraba en la presencia de una considerable cantidad de expresidiarios de raza negra que se veían como un peligro potencial. Para solucionar esta cuestión, se habilitaron una serie de medidas que perseguían devolverlo a su lugar de origen.

[213] Entre ellos están: Miguel Bosq, Enrique Casalón, José Fonspertuis, Bernardo Forstall y Valentín Baudet.

[214] RUIZ ALVAREZ, A. Matrícula de extranjeros en la isla de Tenerife a fines del siglo XVIII. In, *Revista de Historia Canaria*, nº 105-108, Tomo XX (1954). La Laguna: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de La Laguna, p. 102-111.
Se sabe que en este momento, de los 56 extranjeros, 13 eran franceses, 13 malteses, 12 italianos y 15 portugueses. Sorprende el número de francos, situación provocada por la Revolución que ocasionó que muchos de ellos buscaran refugio en otros lugares.

29. Anónimo: Publicidad de barcos para emigrantes (1890-1895).

En lo referente a la emigración, destaca, que como su contraria, dependía considerablemente de la situación económica insular, de la necesidad de mano de obra para trabajar en industrias u otros servicios, y sobre todo a las condiciones laborales y legislativas a las que estaban sometidos en los países de destino. Durante el siglo XIX, la emigración se solió practicar en dos modalidades: la salida individual en busca de fortuna o en la que se llevaba a familiares o a la familia al completo atraídos por la presencia en América de parientes o amigos que anteriormente habían realizado el camino que ahora pretendían llevar a cabo. Esta situación favorecía que los puntos de destinos fueran limitados, ilusionados por la presencia de lo conocido en el lugar donde pretendía afincarse y desarrollar su nueva vida. La segunda modalidad era aquella en la que los canarios salían con pautas fijadas que se materializaban en contratos firmados con organizaciones o gobiernos que procuraban dar vida a las extensiones de inmensos territorios donde no existía habitante alguno. Se tiene constancia, que entre 1818 y 1838 se produjo un traslado de personas con dirección a América que ascendió a un total de 18.278 canarios.[215]

Debe destacarse sus resultados irregulares y desprovistos de éxitos en algunas ocasiones, lo que llevó a que en 1842, se procurara controlar estas actividades mediante una real cédula de 13 de octubre. Poco caso se hizo a esta norma legal, prosiguiendo el movimiento de personas, que en algunos ocasiones, como los hechos acaecidos en 1874, acabaron en desastre no logrando alcanzar su destino en la Octava Isla. A pesar de los pesares, éstos continuaron realizándose hacia países que iniciaban su desarrollo,

[215] *Ibidem*, p. 334-336.
A ellos se le deben sumar unos 483 destinados al regimiento fijo de la ciudad de La Habana cuya procedencia era canaria.

como Venezuela y Brasil, que precisaban poblar sus amplias extensiones de terreno con individuos dispuestos a trabajar duramente para lograr el éxito y la fortuna.[216]

Estas idas y venidas, convirtieron a Canarias en una de las regiones con mayor movimiento de personas de todo el territorio español, estando inmediatamente por debajo de los gallegos. Entre 1948 y 1965 salieron de las Islas un total de 96.492 personas rumbo a América, regresando menos de la mitad, unos 41.693 individuos.

[216] En 1881 salió una expedición salió desde Santa Cruz para Venezuela, mientras que al año siguiente su origen cambió, siendo en este caso Brasil.

CAPÍTULO III

EL TRÁNSITO DESDE LAS EPIDEMIAS A LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA

3. CAPITULO III. EL TRÁNSITO DESDE LAS EPIDEMIAS A LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA.

3.1. MALES, INFECCIONES Y EPIDEMIAS.

Con la llegada de los barcos castellanos a las Islas Canarias para dar comienzo a la Conquista, se establecieron dos ópticas antagónicas: la castellana con una visión de portadores de civilización, orden y estabilidad promovidas por la Corona Española y la Iglesia, y la indígena, en la que estaban presentes el sometimiento, la esclavitud y la muerte. Esta última percepción no solo arribó a las Islas ayuda de espadas, lanzas y trabucos, sino que se materializó en forma de epidemias que sigilosamente diezmaron la población aborigen.

30. José de Rivera: Joven con molinillo y un viejo tirando de una carreta con un cadáver (ca. 1640).

La peor epidemia que ha golpeado Canarias desde que se tiene constancia histórica fue la *modorra*, enfermedad que trajeron los conquistadores castellanos como un «regalo maldito» a las costas isleñas y que les favoreció considerablemente en la toma de posesión de los nuevos territorios. Existen indicios documentales que apuntan a como esta epidemia se cebó con la población aborigen de la isla de Tenerife entre 1494-1495, llegando a causar la muerte a un 20 % de ésta[217]. Esta trágica situación no era desconocida para los habitantes de las Islas, ya que a mitad del siglo XIV habían sufrido consecuencias semejantes con la peste portada por los normandos a su llegada a Lanzarote, lo que ocasionó un desastre de considerables dimensiones entre sus habitantes.

[217] La población guanche existente en el momento de la conquista de la Isla de Tenerife se cifra entre 15.000 a 20.000 personas, dependiendo de la fuente que se consulte.

Independientemente de la gripe y la peste, el siglo XVIII vino marcado por sucesivas epidemias de fiebre amarilla, de las que la de mayor ferocidad fue la acaecida en 1701, momento en el que seccionó la vida a unas 9.000 almas residentes en Tenerife. A ella se le unió, en el siglo XVIII, la nueva epidemia causada por esta enfermedad, que trajo la fragata Nivaria cuando llegó a las costas insulares procedente de la ciudad de la Habana en el año 1862. La autoridades competentes tardaron en tomar las riendas de la «trágica cuestión que tenían entre manos», situación que sembró el terror entre los pobladores de Santa Cruz, que al igual que *alma que se lleva el diablo*, partieron tierras a dentro buscando la salvación. Esta medida provocó que la epidemia se extendiera por toda la geografía insular, hecho que llevó al fallecimiento de unos 2.200 afectados.[218]

Otra epidemia, que durante la segunda mitad del siglo XIX asoló a Archipiélago, fue el cólera. De considerable y desastrosas dimensiones fueron sus consecuencias, centrándose en las islas de Gran Canaria y Tenerife. La primera de ellas, sufrió las fatales consecuencias de esta enfermedad en 1851, causando un total de casi 6.000 bajas en esta Isla. Años más tarde, en octubre de 1893, dio comienzo en Santa Cruz, manteniéndose esta situación crítica en la ciudad durante cuatro meses. La dolencia, traída por un barco italiano, mantuvo incomunicada y paralizada a la urbe durante un considerable tiempo, todo ello motivado por los casi 1.750 enfermos que fueron ubicados en lugares distantes y preparados para tal fin, como el Lazareto, y otros menos adecuados para el tratamiento del cuerpo, como las ermitas de San Telmo, San Sebastián y de Nuestra Señora de Regla. El total de fallecidos en esta epidemia fue importante, unas 400 personas, pero no superable en número con respecto a otra azotes anteriores.

La despedida del siglo XIX y el inicio del siglo XX, estuvieron protagonizadas por epidemias de viruela y fiebre tifoidea. En lo referente a la primera, se estrenó en 1897 con la muerte de unas 17 personas, cifras superadas considerablemente en su resurgimiento en Santa Cruz en los años 1912 y 1913. Con respecto a la segunda, fueron reiterados los brotes que afectaron a los pobladores de las playas de Añazo, situación

[218] Las autoridades civiles y sanitarias se vieron desbordadas ante el terror que supuso para la población la epidemia, siendo nada efectiva la incomunicación que establecieron para que la enfermedad no se propagara por la Isla.

que perduró hasta 1906. Fue necesario el uso del Lazareto, dispositivo creado para el aislamiento años atrás, y que prácticamente había caído en desuso. La mortalidad no fue alta, pero los daños y secuelas infringidos a los habitantes de la ciudad fueron de considerable magnitud.

Tras esta situación de emergencia, en 1918 entró por la puerta principal de Las Palmas, su puerto, una de las epidemias más agresivas de las que han asolado a las Islas, la gripe española. La enfermedad se extendió rápidamente por el territorio insular ocasionando más de 500 defunciones entre hombre, mujeres y niños. De ahí cruzó a la isla de Tenerife, instalándose en la zona norte, donde igualmente realizó grandes estragos entre sus pobladores. A esta «plaga» se le unieron las bajas ocasionadas por los conflictos bélicos mundiales y brotes importantes de sarampión, tosferina y escarlatina, llevaron a un descenso considerable de la población isleña.

3.1.1. EPIDEMIAS DURANTE EL SIGLO XIX: FIEBRE AMARILLA, CÓLERA-MORBO Y FIEBRES PALÚDICAS.

Durante los siglos XVI y XVII, Tenerife se vio asolado por la peste de Landres[219] que diezmó la población, a la que siguieron en el siglo siguiente, el XVIII, el tabardillo y las viruelas. El siglo XIX, en cambio, será protagonizado por la fiebre amarilla.

La inauguración de este siglo, en el campo epidemiológico, fue llevada a cabo por la gripe, que en 1807, se presentó en la isla de Tenerife, cebándose con la ciudad de La Laguna. Esta situación no se trasladó a Santa Cruz gracias a las medidas higiénicas que el cirujano del Batallón de Canarias, Joaquín Viejobueno, hizo cumplir fielmente. Esta oportunidad brindada por la diosa Fortuna, no se volvió a repetir en el tiempo, ya que, tres años después, en 1810, la capital se vería envuelta en una epidemia de fiebre amarilla que se llegó a considerar como la peor sufrida hasta la fecha desde la epidemia de peste de 1582[220]. Fue introducida por el puerto capitalino en dos navíos procedentes de Cádiz, el San Luis Gonzaga y el Fénix[221]. Desde un primer momento, los galenos no

[219] *El Día* (Santa Cruz de Tenerife), 22 de enero de 2004.
[220] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo IV, p. 141-145.
[221] DÍAZ PÉREZ, A. M. Y FUENTE PERDOMO, J. G. DE LA. *Estudio de las grandes epidemias en Tenerife. Siglos XV-XX*. Santa Cruz de Tenerife: ACT, Cabildo de Tenerife, 1990, p. 83.

relacionaron la fiebre prolongada con la enfermedad, retrasando la implantación de medidas que la enfermedad, lo que provocó que se diseminara con rapidez[222]. Con la llegada del invierno, se colocaron muros en las calles que pretendían disminuir la circulación de los afectados, impidiendo así el contagio de otros vecinos. El primer caso fue diagnosticado el 12 de octubre de este año, en una mujer puérpera domiciliada en la calle San José. Los despojos de los fallecidos se les dio sepultura en la ermita de Regla, lugar estratégico de la ciudad, caracterizado por su distancia del núcleo poblacional.

31. D. E. Rodríguez y Núñez: Personal del Hospital de Coléricos en Santa Cruz de Tenerife (1890).

Pasaron los años sin evolucionar la ciencia médica, portando tan solo el cordón sanitario, como herramienta que evitaba la diseminación del mal por el resto del territorio. Con la incertidumbre en las espaldas, se procuró difundir todas aquellas pautas que debían seguirse para bloquear su propagación, pues aún se ignoraba el mecanismo que le posibilitaba pasar de un individuo a otro.

Algunas personas aseguraban que el mal había sido importado desde Veracruz, aunque en ese momento la ciudad de Cádiz sufría el azote de esta epidemia llena de muerte y enfermedad.

[222] BETANCOR GÓMEZ, M. J. *Epidemias y pleito insular. La fiebre amarilla en Las Palmas de Gran Canaria en el periodo isabelino*. Madrid: Ediciones del Cabildo de Gran Canaria y CSIC, 2002, p. 31-38.

Desde la ignorancia se daban numerosas y, en algunos momentos, curiosas recomendaciones, que variaban de un municipio a otro, llegando a culpabilizar a los presos franceses de *envenenar las aguas con el mal*: en La Laguna se instó a confeccionar una barrera humana que procurara evitar el contacto con el puerto; en Santa Cruz, el lavado de la ropa con agua salada o cristalino líquido, este último, que escaseaba considerablemente, a lo que se unía advertencias de carácter higiénico y alimentario que se ajustaran a la situación. Además se aconsejaba la fumigación de mercancías, casas y ropas que pudieran haber estado en contacto con los enfermos o los objetos venidos de Cuba o Estados Unidos.[223]

Tal fue la rápida expansión de la enfermedad y el volumen de afectados, que los tres grandes hospitales capitalinos, los Desamparados, San Carlos y el Militar, estaban saturados, surgiendo, ante la necesidad, la obligación de habilitar una vivienda particular para poder albergar a los enfermos. Esta dificultad para el alojo se proyectó hacia los enterramientos, lo que se tradujo en un importante problema, ya que se carecía de espacio físico en la ermita de Regla para tal proceso desde los últimos días de octubre. La carencia de espacio que permitiera llevar a cabo los rituales funerarios llevó a plantearse definitivamente la necesidad de la construcción de un camposanto para la ciudad, obras que dieron comienzo en febrero del año siguiente en un solar muy próximo a la calle de San Sebastián, al que se le otorgó el nombre de San Rafael y San Roque.

Santa Cruz, incomunicada por los cordones sanitarios con San Andrés y La Laguna, quedó despoblada, bien por bajas por fallecimiento, bien por abandono de la urbe con la mayor premura. Estas barreras se ubicaron en el Bufadero y en el Molino, respectivamente. Tanto los facultativos de Santa Cruz, como los del municipio de La Laguna, coincidían en semejantes medidas para tratar la epidemia: incomunicar a los enfermos; trasladar a otro lugar de la Isla a los enfermos sanos aglutinándolo en determinados puntos de ésta; y asepsia diaria de las viviendas.[224]

---

[223] La Corporación municipal solicitó al Comandante General el desinfectar todos aquellos artículos o mercancías que procedieran de otros lugares, a modo de medida desesperada ante la ignorancia de la procedencia del mal.
[224] *Ibidem*, p. 86.

A comienzos de 1811, la Junta de Sanidad creyó que la enfermedad estaba controlada. Para sorpresa de los habitantes de la isla, durante el verano el mal regresó, lo que llevó a que Vicente de Cañas, duque del Parque se trasladara de Gran Canaria a Tenerife el 3 de agosto, huyendo hacia La Laguna e instaurando un cordón sanitario en La Cuesta. Al ver la posibilidad de ser relevado en su cargo, creó un cierto ambiente de malestar, reclutando adeptos mediante ciertos presentes, como el arreglo de carretas o la creación de escuelas públicas. No resultando su estrategia, mantuvo una férrea oposición a las autoridades y las decisiones que éstas tomaban. En septiembre, se envió a Lanzarote al Teniente General Pedro Rodríguez de la Buria, con el ánimo de sustituir al duque en el Gobierno Militar de Canarias. Así como quien ve a Dios Padre, desde Gran Canaria, Lanzarote y Tenerife mostraron síntomas de apoyo y felicitación. Vicente de Cañas le recomendó a de la Buria su permanencia en la isla conejera negándole entrevista alguna. Esta reacción llevó a que el Teniente se personara en Tenerife entrando por el puerto de La Orotava. Poco después, la Corporación municipal reconoció el cargo de Teniente General como representante del Rey en las Islas. Pese a este acto público, de Cañas no quería entregar el poder, lo que astutamente llevó a reunirse con él para pactar su marcha de la isla, el 30 de noviembre de ese mismo año.[225]

En septiembre de 1811, el vómito negro estaba presente en casi todas las partes de la urbe capitalina, situación ocurrida por segunda vez, advirtiéndose que el síndrome no era tan dañino, estando presente en aquellos individuos que durante el primer brote habían marchado a diferentes zonas de Tenerife. A Santa Cruz se le unió el Puerto de La Orotava en el que surgieron casos como resultado de no respetar el cordón por parte de un santacrucero. Ante esta situación, se procuró un cordón sanitario que no impidió que tanto La Orotava como el Realejo cayeran bajo los efectos de la enfermedad. El periodo de dolor y muerte causado por esta plaga transcurrió en un menor espacio de tiempo que su precedente, pero fueron tales lo daños ocasionados que pasaría largo tiempo para restablecerse por completo. Desde el Estado, se dispusieron partidas y ayudas para arropara al Puerto de La Orotava, y a las ciudades de Santa Cruz de La Palma, Arrecife y Las Palmas.

[225] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo IV, p. 147-148.

La siguiente tragedia epidémica que asoló la Isla, fue traída por los franceses en 1827 desde Toulon: era la viruela. En un plazo de un año, segó la vida de unos 250 individuos, quedando múltiples señales en los rostros de aquellos que habían logrado sobrevivir a ella. Nuevamente, en 1846, un barco procedente de las Antillas trajo la destrucción y la muerte con la fiebre amarilla, a la que los galenos denominaron gastroenteritis para evitar el pánico y sus consecuencias. Tanto La Orotava como el Puerto, instalaron rápidamente un cordón sanitario que se ordenó suprimir sin causa aparente; La Laguna se vio exenta del mal, cosa que no ocurrió en Santa Cruz, donde llegó en septiembre, pero tras una dura lucha con él se logró exiliar para diciembre de ese mismo año.

32. Tomás Padró (Dibujo) y Capuz (Grabado): *Barcelona, Fiebre Amarilla* (1870).

Varios años más tarde, en octubre de 1862, llegó a la Isla el tifus americano, traído nuevamente desde el mar, por la fragata Nivaria que había partido desde La Habana en dirección a la capital de las Canarias. Hasta marzo de 1863 no se logró eliminar por completo dejando un saldo importante de bajas, unas 5.072 personas por toda la Isla, la gran mayoría de ellos de La Laguna, unos 4.311. Tal fue el descontrol durante este momento, que aunque la Junta de Sanidad recomendaba el no regresar a sus domicilios, las personas lo hacían ya finalizando el año[226]. Desde el municipio vecino de Santa Cruz se procedió a la

[226] *Ibidem*, p. 88.
El barco había recalado primeramente en Vigo, donde estuvo 16 días. Posteriormente puso rumbo hacia Santa Cruz de Tenerife, donde llegó el 31 de agosto de 1862 sin incidente sanitario

recaudación de fondos para los desamparados, donativos a los que se unieron los remitidos desde la Península y la isla de Cuba.[227]

Diez años más tarde, en 1873 aparecieron dos nuevos casos de fiebre amarilla, a los que se unieron algunos de viruela en 1876, y varios de difteria y sarampión en 1892. Al año siguiente, en 1893, se experimentó un cambio en cuanto a la clase de epidemia, su punto de entrada y los mecanismos de propagación. En octubre de este mismo año, el cólera-morbo, que ya había querido hacer acto de presencia en Santa Cruz en 1884, accedió por el pueblo costero de San Andrés, propagándose por todo el sur de Tenerife hasta llegar a Arona y Vilaflor, aunque curiosamente no afectó tampoco a Güímar, lugar donde los vecinos construyeron un muro a modo de cordón sanitario.[228]

Finalizando el siglo, en 1897, una epidemia asoló a la isla de Tenerife, uniéndose las fiebres tifoideas con la viruela, durando hasta 1900, y repitiendo cada cierto tiempo hasta 1927, momento en el que se fabricó la vacuna en el Instituto Provincial de Higiene de Santa Cruz. Junto a estas dos enfermedades, en 1899, surge un brote de fiebres palúdicas, desconocida hasta la fechas en estas tierras, surgiendo en Bufadero, y Valleseco, a lo que se le unieron Tahodio y Almeida, amenazando con entrar de lleno en la ciudad. El origen de tal mal, se ubicó en las aguas que corrían por el barranco de Tahodio, que habían traído el mal y lo habían propagado por diferentes pueblos cercanos a la capital.

Si observamos las epidemias que afectaron a la isla de Tenerife durante el siglo XIX, encontramos que en catorce veces se vio afectada por una u otra enfermedad: gripe en 1807; fiebre amarilla en 1810, 1811, 1846, 1862, 1863 y 1873; viruela en 1827, 1845, 1846, 1876 y 1897; difteria y sarampión en 1892; cólera-morbo en 1893; fiebre tifoidea

---

alguno. Ya en la Isla, de los siete tripulantes, a cuatro se les diagnosticó de *calentura inflamatoria*, siendo sustituido posteriormente por fiebre amarilla.

[227] COLA BENÍTEZ, L. *Santa Cruz, Bandera amarilla. Epidemias y calamidades (1494-1910);* Santa Cruz de Tenerife: Organismo Autónomo de Cultura, Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 1996, p. 183-202.

[228] *Ibidem*, p. 89.
En Las Palmas gracias a la ayuda popular se instituyó una Comisión de Higiene, encargada de conocer el estado de las viviendas de los enfermos y distribuir antisépticos y comida entre los desvalidos.

en 1897; y por último, fiebre palúdica en 1899[229]. Si atendemos al número de defunciones, encontramos que durante el siglo XIX, la fiebre amarilla causó 2.661 muertes, la viruela 250 y el cólera-morbo unos 382 individuos.[230]

3.1.2. EPIDEMIAS DURANTE EL SIGLO XX: GRIPE.

El siglo XX vino marcado por una considerable mejora del bienestar físico de los habitantes de las Islas, que favorecía que los acontecimientos epidemiológicos acaecidos durante el siglo anterior no aparecieran con el ánimo de disminuir la población existente. A ello, ayudaron considerablemente los avances de la medicina preventiva que poco a poco articulaba una serie de dispositivos que favorecían la desaparición de las malignas enfermedades, uniéndose el aumento considerable de conocimiento por parte de la población para prevenir y evitar su aparición y propagación.

En 1906 en Santa Cruz surgen algunos casos de tifus que ocasionan cinco bajas, gracias a las medidas aplicadas para su diseminación: apertura del lazareto, con funciones de hospital, a cargo del médico Agustín Pisaca Fernández y Naveira[231]; los cerdos y sus cochineras fueron ubicados en el extrarradio de la capital; se desinfectaron las aguas de Los Lavaderos, El Toscal y Cabo-Llanos; se retiraron todos aquellos residuos que pudieran facilitar la propagación; y por último, se demolieron las barracas o casas que pudieran favorecer la infección o estuvieran infectadas, junto al cierre provisional de las escuelas y academias de la ciudad. La población capitalina no tomó muy en serio todas aquellas recomendaciones médicas, pues creían que era peste bubónica que se quería maquillar para evitar daño alguno a los intereses comerciales de las Islas. En La Laguna se procuró a toda costa, bloquear el posible ascenso por La Cuesta de la enfermedad, dejando fuera de servicio el tranvía y habilitando unas dependencias para albergar la *estación de fumigación*. Esta discrepancia en relación al diagnóstico de la enfermedad, llevo a que galenos de la isla de Gran Canaria, unos 19 en total, accedieran a certificar que era pestilencia la enfermedad instalada en Santa Cruz. Para dar fin a esta

[229] *Ibidem*.
[230] *Ibidem*, p. 154.
[231] COLA BENITEZ, L. (1996). *Opus cit.,* p. 243-245.

divagación absurda, las autoridades encomendaron al médico Comenge clasificar la enfermedad, quien desecho la hipótesis de la peste.[232]

33. Anónimo: Hospital improvisado para socorrer a los afectados de la epidemia de gripe española ocurrida en el año 1920.

El último eslabón epidemiológico que asoló a Canarias, fue la gripe española, que llegó en 1920. A pesar de ubicarla en España, a la hora de denominarla, tal afección se produjo de forma pandémica en numerosos continentes de la geografía mundial. Incapaces de conocer sus fundamentes, destacan las medidas higiénico-preventivas que se impusieron bajo la mano de Joaquín Viejobueno en La Laguna, la más afectada de todas las urbes y que se especifican a continuación: tomar nota de los contagiados menos pudientes y trasladarlos al hospital, donde se dispondrá de un aislamiento total custodiados por militares; tratar con mucho cuidado a los afectados, comprobando una mayor gravedad en los malnutridos; aplicación de cataplasmas para combatir las altas temperaturas de la fiebre; proporcionar abrigo y cama a los enfermos afectados.

El número de afectados llegó a un total de 76 personas entre el pueblo de la Guancha y el de San Juan de la Rambla, 37 en el primero y 39 en el segundo. En la actualidad, estudios posteriores han dado a conocer que lo que se denominó como gripe

[232] DÍAZ PÉREZ, A. M. Y FUENTE PERDOMO, J. G. DE LA (1990). *Opus cit*, p. 137-138.

española, que en ese momento asolaba la población mundial, correspondía a una simple afección bronco-pulmonar.

3.2. PREVENCIÓN E HIGIENE

El no padecer enfermedades y saber cómo no contraerlas, desarrollando todas aquellas actividades higiénico-dietéticas que pueden evitarlas, constituye un importante paso adelante en la historia de las diferentes sociedades. Desde que el hombre existe, el sanador se ha ocupado de curarle, pero a esto le ha seguido otra manera de cuidarle más perfeccionada que se ha materializado en la de prevenir la enfermedad. Esta actividad, que implica el cuidado de la salud, es conocida comúnmente como *higiene*, palabra que viene del término griego *Hygieie*, nombre que se daba a la diosa de la salud[233]. Dicha cuestión fue retomada por la medicina hipocrática, secularizándola y otorgándole el sentido de un conjunto de actuaciones que deben ser seguidas por cualquier individuo para mantener la salud y prevenir la aparición de enfermedades.[234]

Algunos autores de la época renaciente advirtieron en sus libros y tratados que frecuentemente los conceptos de prevención y tratamiento de la enfermedad eran confundidos, debido a que entre éstos es difícil establecer una separación completa entre los procedimientos que persiguen, la prevención y los que buscan la curación en el individuo. Bartolomé Hidalgo de Agüero establece que tanto uno como otro no tienen implícitas idénticas finalidades, sino que son dos facetas complementarias de un único propósito, alcanzar la salud perdida: *La cura de la peste es en dos maneras, una que llaman preservativa, que es antes de que venga, y otra curativa que es cuando está presente.*[235]

---

[233] LAÍN ENTRALGO, P. La Medicina Hipocrática. In, *Revista de Occidente*. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset, 1970, p. 37-56.
Alcmeón de Crotona (siglo VI antes de Cristo) fue el primero en relacionar el estado de salud con el recto equilibrio (*isonomía*) de las distintas potencias que dualmente se oponen entre sí en cada naturaleza (*physis*) individual: lo caliente y lo frío, lo húmedo y lo seco, lo amargo y lo dulce,… Además, define por primera vez, en términos naturales (*physiológicos*) el estado de salud, trasladando a la visión de la *physis* un concepto tocante a la constitución de la *polis* griega: la *isonomía*, o igualdad de derechos de todos los ciudadanos ante la ley (*nomos*).
[234] ROSEN G. *History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993, p. 67-69.
[235] HIDALGO DE AGÜERO, B. Thesoro de la verdadera cirugía y vía particular contra la común… Barcelona, por Sebastián de Comellas, 1622. In, CARRERAS PACHON, A. *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1976; p. 91.

Dos etapas son las que podemos diferenciar en la Historia de la Higiene, aunque el comienzo y final de una, u otra, es difícil de delimitar, pudiendo solaparse una época con otra, o viceversa. La primera de ellas, la *higiene privada*, consistente en un conjunto de actividades de carácter privado, bajo la responsabilidad de las personas, para garantizar su salud individual. Nació en la Grecia clásica, fundamentada en la teoría humoral hipocrática, y se transformó en la Edad Media por la influencia de la teoría miasmática. La segunda, la *higiene pública*, en la que las autoridades son las responsables de asegurar la salud de las poblaciones. Nace durante la Edad Media como resultado de la pandemia que supuso la llamada «Muerte Negra». Estas dos formas de concebir la higiene sufrirán cambios importantes durante los siglos XVII a XIX hasta que en el siglo XX se transformen en lo que hoy llamamos *salud pública.*[236]

3.2.1. LA IDEOLOGÍA CIENTÍFICA Y SOCIAL DE LA HIGIENE.

El *higienismo* es una corriente de pensamiento que se desarrolla fundamentalmente a finales del siglo XVIII, cuyos artífices e impulsores fueron principalmente médicos y otros profesionales. La base fundamental del pensamiento higienista está centrada en el impacto que produce en los europeos el proceso de la revolución industrial y que queda claramente definido durante el Romanticismo. Los higienistas manifiestan un discurso en el que está impresa una denuncia constante de la carencia de salubridad en las urbes industriales, y las condiciones precarias de vida y trabajo de sus empleados; pero no solo presentan un discurso crítico de carácter científico y social, sino que lo argumentaban y hacían aportaciones con las que pretendían solucionar estas situación, incorporando diversas medidas de tipo higiénico-social, que proporcionaron unas condiciones dignas a la población.

Tanto en el continente europeo, como en España, los médicos fueron los profesionales que mantuvieron una destacada preocupación por la salud pública, desarrollando una producción literaria, a lo largo del ochocientos, que se materializó en una abundante literatura científica en la que se abordaba el tema de la higiene. Inicialmente, la higiene fue entendida como una parte de la actividad profesional médica

[236] PEÑA, C. Y GIRÓN, F. *La prevención de la enfermedad en la España Bajo Medieval*. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2006, p. 15.

centrada en la preservación de la salud pública, elaborándose destacados trabajos epidemiológicos que versaban sobre enfermedades epidémicas, tales como el cólera-morbo y la fiebre amarilla sobre todo, además de enfermedades cuya presencia en las urbes era una constante como la viruela, el tifus, la difteria o la escarlatina, entre otras; y, por último, las enfermedades profesionales, que se incorporan al panorama laboral tras la revolución industrial.[237]

34. Mary Beale: Retrato de Thomas Sydenham (1688).

Esta marcada preocupación de la sociedad del siglo XIX, obligó a que los miembros de la corriente higienista desarrollaran en conjunto una línea de *pensamiento social*, en la que estaban presentes conceptos como el *pauperismo, moralidad* o *beneficencia*, a los que se le unieron aquellos que en ese momento estaban de moda, como los sistemas políticos, la lucha de clases y las reformas sociales, que poco a poco se comenzaron a producir en el panorama europeo. Además, la preocupación, se centró en conocer, por medio de la actividad investigadora, la situación sociogeográfica de la clase obrera y el impacto que la industrialización había provocado en la salud pública de aquellas personas que, poco a poco, se incorporaban a la creciente industria; también, se trabajó la estadística aplicada a la geografía, centrada en localidades y comarcas o regiones concretas, desde un enfoque médico, que como resultado aportó conocimientos acerca del origen y desarrollo de las epidemias, y sobre la morbilidad en general, fuertemente mediatizadas por la climatología y el medio local.

El amplio campo de la higiene abordó una cuestión a la que hasta la fecha no se le había dado la consideración que merecía: el espacio urbano. La limpieza y la salubridad de las ciudades se centrará en la creación de las diferentes infraestructuras y

[237] Los estudios realizados por los miembros pertenecientes a la corriente higienista proporcionan abundante información sobre el medio geográfico, económico y social, ya que entre sus ideas ésta presente una concepción de la enfermedad como mal social.

dispositivos necesarios para unas óptimas condiciones; de esta manera, se propondrán servicios de saneamiento, como mataderos, alcantarillado, cementerios, haciéndose un considerable hincapié en el entorno donde el obrero de desenvuelve y las características de sus viviendas. Además, existirá una importante preocupación por los edificios públicos de ocupación colectiva, tales como hospitales, cárceles o templos, para los que se establecerán una serie de recomendaciones, en algunos casos, o directrices, en otros, que facilitaron la adquisición de condiciones higiénicas adecuadas. Muchos de estos temas no son tratados de forma monográfica, apareciendo de manera esporádica, con una presentación de carácter empírica, que se entrelazan para lograr un discurso uniforme y coherente.

Las ideas y creencias a las que se llegaron con las reflexiones de los médicos e higienistas estaban inscritas en un conjunto de teorías muy consideradas por los movimientos científicos que procedían del siglo XVII, donde se buscaba una relación entre las condiciones climatológicas y la enfermedad. Estas *constituciones epidémicas*, habían sido expuestas y discutidas sistemáticamente por el médico inglés Thomas Sydenham (1624-1689), quien había estudiado la pandemia que afectó a Londres en la década de los sesenta de ese mismo siglo, estableciendo una estrecha relación entre las fiebres y las características climáticas. Estuvo muy influenciado por los tratados hipocráticos, lo que le llevó a retornar al *concepto de constitución epidémica*, dividiendo las enfermedades agudas en epidémicas, estacionarias, intercurrentes y anómalas[238]. Michael Foucault afirma que:

> *La constitución de Sydenham no es una naturaleza autónoma, sino el complejo de un conjunto de acontecimientos naturales: cualidades del suelo, climas, estaciones, lluvia, sequedad, centros pestilentes, penuria...*[239]

Durante la segunda mitad del XVIII, en el panorama europeo, se establecieron dos corrientes claramente definidas: la inglesa, donde la geografía médica contaba con un gran número de cultivadores de renombre, entre los que destacan Cleghorn, Hillary

---

238 LAÍN ENTRALGO, P. (1982). Opus cit, p. 317.
Algunos autores han interpretado en la obra de Sydenham, que el alcance de la «constitución epidémica» se reduce al *aspecto meteorológico del año*.

239 FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México; Buenos Aires: Siglo XXI, 1978, p. 42.

Rutty y R. Jalison[240]; y la francesa, donde se había mostrado una creciente preocupación y curiosidad por el espacio y la relación de éste con la enfermedad[241], lo que llevó a iniciar una tarea sistemática de observación, y recopilación de datos meteorológicos, hidrológicos y demográficos. Hautesierck, en 1776, propone a los galenos militares franceses, un trabajo investigador que procuraba abordar *El estudio de las topografías (la situación de los lugares, el terreno, el agua, el aire, la sociedad, los temperamentos de los habitantes), observaciones meteorológicas (presión, temperatura, régimen de vientos), análisis de las epidemias y de las enfermedades reinantes, descripción de los casos extraordinarios*[242]. Esta situación generó que en el panorama franco se produjeran numerosas topografías médicas, entre las que cabe destacar la dedicada por Meneuref a París en 1786, los trabajos de Lepecq de la Cloture sobre Rouen en 1778, la monografía de Bouquet sobre el distrito de Boulogne y la *Topografía Médica de Montpellier* de Murat.[243]

En este momento existe una destacada preocupación por las causas de la enfermedad. Claro ejemplo es el médico italiano, G. M. Lancisi (1654-1720), quien ayudado por algunas ideas de los químicos del siglo precedentes sobre la *fermentación* de las aguas estancadas, encontró que en los *vapores* emanados de los pantanos la causa fundamental de las enfermedades y epidemias[244]. Desde mediados de siglo XVIII,

---

[240] ACKERKNECHT, E. H. Medicina y sociedad en la Ilustración. In, *Historia Universal de la Medicina*, Tomo V, 1973, p. 143-151.

[241] FOUCAULT, M. (1978). *Opus cit,* p. 49.
En 1786, J. J. Meneuref aseguraba que *(…) existe una cadena que vincula en el universo, en la tierra y en el hombre, a todos los seres, a todos los cuerpos, a todas las afecciones: cadena cuya sutileza al eludir las miradas superficiales del minucioso experimentador y del frío disertador descubre al genio verdaderamente observador*.

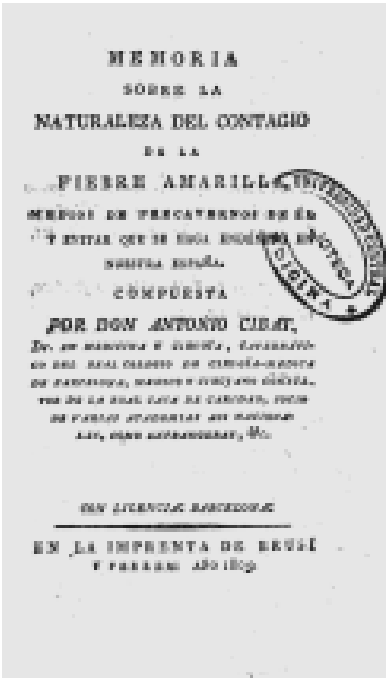
[242] *Ibidem*, p. 52.

[243] FOUCAULT, M. (Dir.); ALLIAUME, J. M.; BARRET-KRIEGEL, J.-M.; BÉGUIN, B.; RANCIÈRE, D.; et alii. *Politiques de l'habitat: 1800-1850*. Paris: Collège de France/Equipe de recherches de la Chaire d'histoire des systèmes de pensée, 1977. (Informe para el Comité para la Investigación y el Desarrollo en Arquitectura). Paris: Corda, 1977; Y FOUCAULT, M. y otros: *Les Machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Paris; P. Mardaga, 1979.

[244] URTEAGA, L. Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. In, *Geocrítica*. Cuadernos críticos de Geografía Humana. Año V, nº 29; Barcelona: Universidad de Barcelona, noviembre de 1980, p. 6.
En las últimas décadas del setecientos, y en relación con el avance de la química y su influjo en la medicina, se producen intensos esfuerzos para precisar la naturaleza de los componentes de estos miasmas y su comportamiento químico. Para J. P. Janin (1731-1799) estos vapores pestilenciales tienen *carácter alcalino,* mientras que para Guyton de Morveau (1737-1816), las

los miasmas aparecen por doquier, muchas veces como complemento de las alteraciones atmosféricas, manteniendo su protagonismo hasta la segunda mitad del siglo XIX, atribuyéndosele el origen de epidemias como el cólera, las tercianas y la fiebre amarilla, entre otros.

35. Portada de *Memoria sobre la Naturaleza del contagio de la fiebre amarilla*, por Antonio Cibat (1805).


MEMORIA
SOBRE LA
NATURALEZA DEL CONTAGIO
DE LA
FIEBRE AMARILLA
COMPUESTA
POR DON ANTONIO CIBAT,

En España, destaca la figura del médico Antonio Cibat quien escribe en 1805, sobre la acción contagiosa de la fiebre amarilla: *El gas animal que se levanta del cuerpo de los contagiados, si no es diluido por el aire agitado, forma una neblina que ocupa la circunferencia de los afligidos, que son su centro, del que emanan como otras tantas fuentes los vapores o miasmas contagiosos (…)*[245]. Ubicó el núcleo de estas *emanaciones malignas*, en *lugares de podredumbre,* tales como cloacas, cementerios o cárceles, en los cuales proponía que fueran sometidos a vigilancia, limpieza y aislamiento que favoreciera la desaparición de dichos hedores. Esta generalización de las doctrinas miasmáticas, que la ciencia médica procura custodiar y guardar, trajo consigo la aceptación de una serie de puntos focales de la enfermedad, desde los que los mortíferos miasmas se difunden.

Estos estudios científicos y médicos que se realizaron sobre el medio urbano, constituyeron una reflexión sobre este espacio y sentaron las bases para una sistemática preocupación por los vientos, que se consideraban agentes de la dispersión de los

emanaciones pútridas son *amoniacales* y para Latham Mitchill (1764-1831), representante de la escuela americana, los miasmas son el resultado de *la acción del septon -un óxido de nitrógeno- sobre el oxígeno*. En consonancia con estas teorizaciones, se concretarán desde finales del XVIII una serie de medidas terapéuticas y preventivas, consistentes principalmente en la fumigación de los lugares apestados o con peligro de contagio con diversas sustancias, como el ácido nítrico y clorhídrico y el gas cloro.

[245] *Ibidem*, p. 6-7.

miasmas. A todo ello, se le unía una persistente atención sobre aquellos lugares concretos que eran considerados como focos de peste o enfermedad y que podían causar epidemias, tales como pantanos, mataderos, estercoleros, …, y que, por tanto, debían ser objeto de vigilancia y ordenación.

36. Anónimo: Johan Peter Frank, Lanzedelly (1845).

En este momento, junto a la importante consideración que se tiene a las doctrinas miasmáticas, se le unía la idea de la *enfermedad como fenómeno social*, muy difundido durante el siglo XIX. Casi terminando el siglo XVIII, se estableció una corriente que albergaba a algunos médicos que otorgaban una destacada importancia a factores como la pobreza, el exceso de trabajo, la mala alimentación, el hacinamiento en barrios insalubres, y otros factores de tipo económico-social, que daría una explicación al impacto de determinadas enfermedades sobre la población del momento. El médico austriaco J. P. Frank (1745-1821), publicó, en 1790, un folleto que tituló, *La miseria del pueblo, madre de enfermedades*, documento de considerable peso en el pensamiento médico de la época, que modifica el pensamiento que hasta la fecha se tenía sobre las condiciones de vida y trabajo de las clases proletarias, apareciendo como focos o agentes de procesos patógenos, que el médico debe escrutar estrechamente a la hora del juicio diagnóstico. Junto al folleto, escribió entre 1779 y 1819, un extenso tratado de higiene pública titulado System *einer volltaendigen medizinischen Jolize,* en 6 Tomos, donde se recogen las principales doctrinas sobre Sanidad Pública de la época, además de aparecer desarrollada una teoría social de la enfermedad.[246]

La medicina practicada durante la perfiló lo que será uno de los puntos neurálgicos del paradigma higienista del siglo XIX: la consideración de un «espacio

[246] CASTIGLIONI, A. (1941). *Opus cit*, p. 611.

social», que debe unirse al espacio puramente físico, para ser estudiados y analizados a la hora de desentrañar los procesos morbosos. Existirán dos rasgos fundamentales, la fidelidad al legado hipocrático, y la sugestión de la observación empírica, que constituirán una de las características metodológicas más habituales en las monografías médicas de este momento.[247]

Todos estos descubrimientos ocurridos durante la segunda mitad del siglo XVIII, ayudaron a que numerosos médicos establecieran conexiones entre la morbilidad-mortalidad y el medio ambiente. Tímidamente se habían relacionado las aguas, los vientos, el aire, los climas, el suelo, la alimentación con la aparición de epidemias, su difusión a través de miasmas y la distribución espacial de las enfermedades. Tras dejar atrás la idea del cuerpo humano como lugar privilegiado de enfermedad, la medicina se enfrentó a un espacio mucho más amplio, primeramente físico para acabar fusionándolo con el social. Esta disciplina será la primera en elaborar un estudio del espacio como coadyuvante de la enfermedad, en relación constante con la ubicación geográfica.

A estas inquietudes científicas individuales, se le unió un marcado interés desde determinados grupos de científicos durante la segunda mitad del siglo XVIII, en el que se da inicia a una *política de la salud* impulsada por los estados absolutistas que gobiernan en el panorama europeo, además de instrumentalizar, a través de las sociedades científicas, las nuevas demandas sociales que se imponen ante el impacto de enfermedades endémicas y nuevas epidemias, como fiebre amarilla y cólera, constituyéndose así un marco institucional y social que ayuda a explicar el desarrollo del higienismo[248]. Es durante este periodo cuando se produce una reorientación de las actitudes sociales ante el fenómeno de la enfermedad. En contraposición a épocas anteriores, el tradicional fatalismo que presidía cualquier brote, vendrá sustituido por un desarrollo de medidas de saneamiento y control. Esta nueva preocupación se materializó en la arquitectura donde, en lugar de los viejos hospitales generales y asilos que diferenciaban entre enfermos, locos, ancianos y mendigos, se dio inicio al estudio de dispensarios y hospitales especializados y bien diferenciados.

[247] KUHN, T. S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Tecnos, 1975, p. 34.
[248] URTEAGA, L. (1980). *Opus cit*, p. 10.

A partir de 1720, se implantaron una serie de *estrategias de prevención* que asentaron en dos ejes que se movilizaron paralelamente: desde el poder, se adoptaron nuevas tecnologías de la salud, tales como las citadas estrategias que buscaban prevenir el surgimiento de las epidemias, o las tentativas para difundir la vacunación antivariólica de finales de la centuria, que proporcionaba una nueva forma de enfrentarse a la enfermedad y las consecuencias de esta en la población. En un primer momento, los gobiernos inician una serie de medidas que procuraban conocer la situación en la que se encontraban los servicios sanitarios presentes en sus territorios. Tres ejemplos se exponen a continuación: el inglés J. Howard elabora un informe sobre el estado de los hospitales y las cárceles en su país[249]; en Francia, se le encarga a la Comisión oficial nombrada en 1785[250] para informar sobre la situación hospitalaria; y, por último, los dictámenes presentado por los inspectores de epidemias que recorrieron España, para informar a la Junta de Sanidad sobre la situación de la sanidad en todo el territorio. Todos estos ejemplos, responden a la necesidad de recoger una amplia información sobre el estado de la sanidad y el posible daño que pudiera infringir al *cuerpo social*. En una segunda fase, la vigilancia de los puntos críticos o fuentes de contagio no fue su objetivo, sino que el espacio urbano en general se descubrió como lugar privilegiado de análisis.[251]

Como es de suponer, las sociedades científicas no estuvieron apartadas de este proceso científico y social, siendo éstas las que instrumentalizaron las nuevas políticas de salud pública, de las que fueron ejemplo las Academias de Medicina. En España, la medicina era una de las primeras disciplinas científicas en dotarse de instituciones

[249] HOWARD, J. *The state of the Prisons in Englad and Wales* (1777), y *An Accout of the principal lazaretos in Europe* (1789).

[250] Se publicaron numerosos trabajos y memorias sobre hospitales, como la *Mémoire sur la construction d´un hôpital*, de 1783 de Hugues Maret o la *Mémoire sur la nécessité de transférer et reconstruire l´Hôtel-Dieu à París*, que los arquitectos Coquéau y Bernard Poyet publicaron en 1785. Las más famosas e importantes, no obstante, fueron las *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, publicadas en 1788 por el cirujano J. R. Tenon.

[251] FOUCAULT, M. (1978). *Opus cit,* p. 13.
En palabras de Foucault: *La ciudad con sus principales variables espaciales aparece como un objeto a medicalizar. Mientras que las topografías médicas de las regiones analizan datos climáticos o hechos geológicos sin posible alternativa, y no pueden sugerir más que medidas de protección o de compensación, las topografías de las ciudades diseñan, al menos esquemáticamente, los principios generales de la planificación urbanística*.

propias. En 1734 se crea la Real Academia Médica Matritense, y no es hasta mediados de siglo, cuando aparecieron Colegios de Cirugía en Cádiz, Barcelona y Madrid. Estas instituciones tendrán una influencia decisiva en la reforma de la enseñanza y la práctica médica, así como en la investigación científica en el campo de la Salud Pública. Finalizando este siglo, el XVIII, desde las Academias de Medicina se fomentaron estudios sobre geografía médica, también denominadas *topografías médicas*. El interés por este género de investigaciones aumentó notablemente durante el siglo siguiente, caldo de cultivo de la investigación científica de la ciudad y de las diferentes tipologías arquitectónicas que el higienismo desarrolla a lo largo de todo el siglo XIX, especialmente en su segunda mitad[252]. A ellos, se une un enfoque denomina *ecológico,* que va a dominar la literatura higienista, presente hasta la sacudida que supuso una revolución científica basada en los descubrimientos bacteriológicos realizados en 1880, que estableció la base de una nueva explicación sobre el origen y naturaleza de las enfermedades contagiosas denominado *mentalidad etiopatológica.*[253]

37. Robert Koch, descubridor del bacilo de la tuberculosis (Fuente: *Les Prix Nobel*, 1907).

A partir de 1880, se descubrieron la mayoría de los microbios productores de las enfermedades infecciosas, fabricándose, en la medida de las posibilidades, todas aquellas vacunas con la finalidad de luchar racionalmente frente a los causantes de las enfermedades. El aislamiento de gérmenes patógenos fue de considerable relevancia a partir de 1871, momento en el que A. Hansen localizó el agente causante de la lepra. En la siguiente década, L. Laveran

[252] Las topografías médicas dedican un buen número de páginas a tratar el marco urbano, atendiendo a la descripción de calles, el estado de las viviendas, el abastecimiento de agua y sistema de alcantarillado, describiendo minuciosamente los edificios considerados *focos de mefitismo*, como hospitales, casas de beneficencia, inclusas, cuarteles, cárceles, cementerios, templos, y teatros, entre otros.
[253] LAÍN ENTRALGO (1978). *Opus cit.,* p. 489.

encuentra el plasmodio de la malaria (1880), R. Koch descubre el bacilo de la tuberculosis (1882) y, un año más tarde, se aísla el *vibrión colérico*. Paulatinamente, los microorganismos causantes de enfermedades como la peste, la disentería, la fiebre amarilla o la difteria, que habían asolado a las poblaciones mundiales en los últimos siglos, sucumbieron ante una actividad científica que buscaba erradicar cualquier situación o agente dañino para la Humanidad.

Algunos autores como Kuhn, han denominado como *revolución bacteriológica* a este proceso, caracterizando las revoluciones científicas como *(…) aquellos episodios de desarrollo no acumulativo en que un antiguo paradigma es reemplazado completamente o en parte, por otro nuevo e incompatible*[254]. Es a partir de este momento, cuando se establecen claramente las diferencias entre la medicina tradicional y la nueva medicina bacteriología: mientras la primera se basaba en la teoría de los miasmas, con la presencia de un interés supraindividual (medio ambiente, marco social,…) y empleaba como herramienta de lucha frente a las enfermedades las cuarentenas y fumigaciones, la segunda basaba sus conocimientos en la existencia de microorganismos centrada en el individuo con sus fenómenos internos y luchaba con ellos mediantes el empleo de las vacunas. La nueva epidemiología abandonó los estudios empíricos de carácter general y se centró en el laboratorio siguiendo un método experimental bien definido.

La figura de Méndez Álvaro, uno de los higienistas mejor formados e informados del panorama español, da testimonio de la llegada de las corrientes higienistas a este país. En un discurso pronunciado en 1882, su actitud, cautelosa y reticente, es un magnífico ejemplo de cómo son recibidas por los profesionales médicos estos nuevos conocimientos:

> *Si estos prodigios de la ciencia moderna ofrecieran el carácter de positivos, que algunos les otorgan, hallaría la higiene en su aplicación la profilaxis de muchas terribles enfermedades, y la humanidad estaría, por tanto, de enhorabuena. Más, sin incurrir en un prematuro y poco reflexivo entusiasmo, y mientras se averigua cuál sea el legítimo papel de esos organismos patogénicos, debemos limitarnos a exponer las ventajas ya obtenidas y sospechadas, a concebir esperanzas muy lisonjeras para un porvenir más dichoso. El tiempo aclarará si esos organismos (...) son causa, o efecto de las enfermedades en que se observan, o si su aparición*

[254] KUHN (1975). *Opus cit.*, citado en URTEAGA (1980). *Opus cit.*, p. 24.

> *se reduce a pura coincidencia con un estado ya morboso del organismo que favorezca su desenvolvimiento*.[255]

En 1915, J. Ferrán, descubridor del bacilo del cólera, publicó un opúsculo dedicado al tema de la higiene. En él, diferenciaba claramente entre la *gran higiene* y la *pequeña higiene*, considerando además que hasta entonces, en España solamente se había desarrollado la segunda, precisándose implantar la primera. Las define a cada uno de la siguiente manera:

> *Consiste esta defensa en la inmunización individual específica por medio de vacunas inofensivas. A esta manera de protegernos contra las enfermedades microbianas, tan sumamente sencillas y eficaces, la llamo yo gran higiene. El segundo procedimiento consiste en destruir los microbios por todos los medios imaginables o en alejarlos de nosotros. Su eficacia es innegable en ciertos y determinados casos; pero como obra con frecuencia a ciegas, fracasa muchas veces, resultando por esto y por muchas causas onerosísima. Al cúmulo de preceptos y dictados para poner en práctica el segundo procedimiento, es lo que yo llamo pequeña higiene.*[256]

A partir de 1880, se creó una redefinición de los problemas a abordar por este campo, sus métodos y técnicas para resolverlos. Este intento de innovar encontró resistencia entre los higienistas más apegados a lo modelos convencionales. Se produjo una campaña de crítica implacable contra la higiene tradicional orquestada por los nuevos investigadores, que quedó fielmente retratado en el volumen de publicaciones sobre Microbiología, que provoca, poco a poco, un decrecimiento del interés por los estudios higiénicos con enfoque ecológico.

3.2.2. LA INTRODUCCIÓN DEL HIGIENISMO EN ESPAÑA.

El convulso siglo XIX español, estará caracterizado por una política y economía heterogénea y compleja. A la herencia ilustrada del XVIII se le une el afianzamiento de la ideología liberal, visionada como una ruptura con todo lo anteriormente establecido en España, y caracterizado por el sistema político del Antiguo Régimen. Con la muerte de Fernando VII se producirán una serie de cambios políticos y sociales que constituirán la cimentación de algunos de los más importantes logros científico-sociales de este país.

---

[255] URTEAGA (1980). *Opus cit.*, p. 25.
[256] *Ibidem*.

Estos logros, entre otros, se condensaron en una marcada necesidad de mejorar la atención médica a las clases sociales más desfavorecidas. Existían en el territorio español, una alta tasa de mortalidad secundaria a enfermedades y epidemias que afectaban a un gran sector de la población sin diferenciar clase social alguna. Poco a poco se fueron identificando posibles causas de estas cifras escalofriantes que diezmaban la población, como eran la desnutrición y el hacinamiento. A ello se unió un contacto frecuente de los galenos con estos problemas y con la población afectada, situación que ayudó a los primeros estudios sobre la mortalidad, así como a una frecuente denuncia de las condiciones reales y míseras de la población.

Algunos higienistas como Turner Thckranh, Arnold, Chadwick, Villermé o Virchow, motivados por la publicación, en 1790, de la obra del médico vienés J.P. Frank titulada *La miseria del pueblo, madre de enfermedades,* contribuyeron con sus estudios a refundar la higiene, que junto a la medicina legal, conformaban la denominada medicina pública[257]. Con la higiene se pretendió abarcar todos aquellos campos existentes de actuación relacionados con la sociedad y las enfermedades, conformándose una nueva disciplina bien definida. Higienista como el español Celestino Gómez, definen clara y acertadamente el marco de conocimiento en el que se mueve la Higiene:

> *…es ley en la humanidad que el hombre eduque su cuerpo, lo mantenga en salud, fuerza y belleza, y establezca entre todos sus órganos, miembros y sentidos una recíproca relación, conservándose sano, fuerte y digno del objeto para el que fue creado. Cultivando su espíritu en medida y proporción, puede darle un desarrollo armónico con su cuerpo, estableciendo entre ambos esa intimidad de vida y de expresión que constituye el ideal de la Humanidad y el principal objeto de la Higiene. Considerado este ramo del saber bajo un punto de vista tan elevado, abraza todos los objetos de la Naturaleza, porque en realidad no hay nada en el Universo que no pueda ser útil o perjudicial al hombre; así se comprende que la Higiene haya sido objeto, no sólo del estudio de los médicos sino también del de los sabios, filósofos, moralistas y políticos*.[258]

Las innovadoras ideas pertenecientes a la corriente higienista, penetraron en España, a mediados del siglo XVIII, gracias al credo liberal de base ilustrada que

[257] ALCAIDE, R. La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. In, *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. nº 50; Barcelona: Universidad de Barcelona, 1999.
[258] PAULIER, A. *Manual de Higiene pública y privada*. Valencia: Librería de Pascual Aguilar, 1881.

favoreció la llegada de documentos y tratados sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades laborales. La segunda mitad de este siglo vendrá definida por las actuaciones sobre los problemas del proletariado que abordarán médicos como José Masdevall, Francisco López de Arévalo o Ambrosio María Ximénez de Lorite[259], para dar paso a un desarrollo mucho más exhaustivo en la primera mitad del siglo XIX. En este periodo, figuras como los médicos Ignacio María Ruíz de Luzuriaga y Mateo Seoane Sobral serán los artífices del asentamiento de las bases y posterior desarrollo del Higienismo español. El primero, era un médico internista formado en los mejores hospitales y escuelas ingleses, que ocupó un cargo de carácter estratégico en la Administración española, dirigiendo los asuntos relacionados con la Salud Pública[260]. El segundo, junto con sus discípulos, Pedro Felipe Monlau y Francisco Méndez Álvaro, constituyó la triada de médicos que férreamente defendieron el higienismo durante la primera mitad del siglo XIX.

38. Mateo Seoane: *Memoria Histórica del cólera-morbo asiático en España* (1858).

MEMORIA HISTORICA
DEL
COLERA-MORBO ASIATICO
EN ESPAÑA.
Por el editor y redactor único de el Divino Valles,
DON MARIANO G. DE SAMANO.
TOMO I.
MADRID: 1858.

Mateo Seoane (1791-1870), fue un vallisoletano que cursa sus estudios de medicina en Salamanca donde los concluyó en 1812. Sus tintes políticos liberales llevaron a su inhabilitación para la docencia, así como el destierro a diferentes puntos del territorio peninsular. Durante esta época, ejerció de médico rural, a la que se unieron actividades políticas que favorecieron el derrocamiento del régimen absolutista imperante en España, logrando, en 1820, la inauguración del Trienio

[259] LÓPEZ PIÑERO, J. M. *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964; p. 115-117.
[260] LÓPEZ PIÑERO, J. M. *Diccionario histórico de la Ciencia Moderna en España*. 2 Tomos. Barcelona: Editorial Península, 1983, p. 275-278.

Liberal. Es ahora cuando su papel político y social es mucho más activo, llegando a ocupar un escaño como diputado y ser el principal responsable de Proyecto de Código Sanitario de 1822, que aunque no llegó a aprobarse, pesó considerablemente en la organización de la sanidad e higiene pública española. Nuevamente instaurado el absolutismo en 1823, se exilió a Londres, donde permaneció durante una década, constituyendo un hito en el movimiento liberal en el exilio. Algunos de los trabajos más relevantes de su época londinense tratan sobre el cólera, llegando incluso a publicarse en la España absolutista algunas de sus obras. En 1834 se acogió a una amnistía decretada para los liberales por la regente María Cristina, salvoconducto que le permitió su regreso a España, donde se convirtió en una de las personalidades científicas más prestigiosas.[261]

39. Anónimo: Retrato del médico Pedro Felipe Monlau y Roca (1840-60).

Entre sus aportaciones, a parte de las políticas y legislativas, está la creación del Cuerpo de Sanidad Militar en 1836, a lo que se unió su vocalía en la Junta Suprema de Sanidad y su condición de consejero del Consejo de Sanidad del Reino, desde su constitución en el año 1845. En el campo de la docencia médica, destacará por la elaboración de Plan General de Estudios de 1845, así como en la legislación española sobre higiene pública con su participación en la elaboración de la *Ley Orgánica de Sanidad* de 1855. Fue destacada su producción científica que hizo llegar a los profesionales médicos mediante artículos y memorias, en los que está presente una

[261] ALCAIDE, R. (1999). *Opus cit.*, p. 3-5.
Su estancia en tierras inglesas coincidió con una férrea influencia de Jeremy Bentham (1748-1832), filósofo y jurisconsulto británico, además de ser una de las personalidades que contribuyeron a la formación del pensamiento constitucionalista europeo de principios del siglo XIX. Dicha influencia en la obra de esta triada, le da la posibilidad de entrar en España a unos presupuestos higiénicos de marcada índole social y democrática, junto a estudios médico-sociales procedentes de la corriente higienista germánica encabezada por J. P. Frank.

destacada preocupación por el avance de las ciencias médicas y la higiene en nuestro país.

Sus discípulos más influyentes, Monlau y Méndez Álvaro, sobresalieron por sus conocimientos avanzados sobre el cólera, sus excelentes contactos con las más altas figuras del higienismo inglés y su conocimiento de los estudios higiénicos que se desarrollaban en la Europa continental. El médico barcelonés, Pedro Felipe Monlau y Roca (1808-1871), fue otro de los más destacados protagonistas del movimiento higiénico en España. Se licenció en medicina en 1831, y obtuvo el grado de doctor dos años después. Adscrito al cuerpo de Sanidad Militar en 1833, mantuvo, como su maestro, una ardiente actividad política liberal que compaginó con una importante actividad y producción científica. A ello debemos agregar su ejercicio como docente en universidades como las de Barcelona, Valencia o Madrid. En 1851 se le designa como delegado médico español en la primera Conferencia Sanitaria Internacional de París, cargo que repitió ocho años más tarde; entre 1847 y 1855, estuvo asociado al Consejo de Sanidad del Reino[262]. Para Monlau la higiene pública es *…la referente a la conservación de la salud de las colecciones de individuos, de los pueblos, de los distritos, de las provincias, etc., estudia todas las causas de insalubridad pública y consigna los preceptos oportunos para remediarlas*[263]. Tras emitir esta consideración, divide su estudio en cinco secciones: la *Atmosferología*, que trata aspectos relacionados con el aire, las poblaciones y la policía médica sobre el medio urbano; la *Cosmetología*, que hace referencia a los vestidos y la limpieza; la *Bromatología*, que trata de los alimentos y los condimentos; la *Gimnástica*, dedicada al ejercicio, las profesiones y el reposo; y por último, la *Perceptología*, que trata de las sensaciones, a las que divide en externas e internas, y que contiene los temas relacionados con el estudio de la población (natalidad, mortalidad, fecundidad, matrimonio o poblacionismo).

El médico higienista Francisco Méndez Álvaro (1806-1883), nacido en Ávila, aunque desde muy temprana edad marchó, junto con sus padres, a Madrid. Es allí,

[262] *Ibidem*, p. 5-7.
[263] *Ibidem*, p. 6.
Realiza una recopilación de las leyes, decretos, reglamentos, providencias y demás disposiciones oficiales, antiguas y modernas, relacionadas con el campo de la sanidad e higiene pública general y municipal.

donde inicia y continúa su formación académica, iniciando estudios médicos en el Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid en 1823. Doctorado en 1834, los años siguiente los pasó ejerció de médico rural hasta que, en 1836, ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar, en la Plana Mayor, cuyo organizador era Mateo Seoane, quién lo tomó como ayudante y pupilo. Al año siguiente abandonó la práctica médica, dedicándose al periodismo y a la vida política dentro del partido moderado. Entre sus cargos políticos están: alcalde de Madrid, Diputado en Cortes, vocal de la Junta de Beneficencia, presidente de la Junta Municipal de Beneficencia de Madrid, consejero de Instrucción pública y, entre 1847 y 1854 , secretario del Consejo de Sanidad del Reino.

40. Bernardo Blanco Pérez: Francisco Méndez Álvaro (entre 1801 y 1900).

Fue un excelente conocedor del proyecto higienista británico y en general, de los últimos avances en materia higiénica llevados a cabo en Europa. Además, se preocupó de la mortandad causada por las epidemias en España, a los que dedicó artículos que abordaban temas relacionados con la fiebre amarilla, la viruela, el cólera, la lepra, la gripe y la pelagra, entre otros muchos. Intervino además, en la elaboración de la *Ley de Sanidad* de 1855, junto a Seoane, y en decretos como el de 1854, por el cual se organizaban los partidos médicos, se planificaba la asistencia gratuita a los pobres, se regularizaba el servicio de Higiene Pública y Medicina Legal, y se establecía la vigilancia del ejercicio de la profesión. Debe destacarse la reforma hospitalaria de Madrid en 1845, preámbulo del inicio de una larga serie de proyectos referentes a la mejora de las instituciones sanitarias de nuestro país, que no culminará hasta 1882. Uno de los logros institucionales fundamentales en la historia del higienismo español en el que participó Méndez Álvaro, fue la fundación de la Sociedad Española de Higiene, que él presidió, cuyos objetivos se dirigían a *propagar los conocimientos higiénicos, crear institutos de*

higiene, fomentar esta disciplina desde el punto de vista de la docencia y de la investigación, y confeccionar una estadística demográfico-sanitaria.[264]

La diferencia entre Méndez Álvaro y Monlau, es el talante político ligeramente conservador del primero, aunque es el prototipo de liberal moderado. Puede decirse que su producción científica destacan dos obras: *Consideraciones sobre la higiene pública y mejoras que reclama en España la higiene municipal* (1853) y *La habitación del menesteroso, considerada bajo el aspecto higiénico social* (1874)[265]. La primera, está considerada el alegato higienista más importantes de su tiempo; la segunda, más densa que la primera, en el que la visión del higienismo español es visto con unos ojos más cautelosos y conservadores.

El periodo comprendido entre 1868 y 1874 supuso para los sectores más conservadores españoles un momento de peligro muy próximo al anarquismo social. Este periodo recortó libertades y reprimió a determinados sectores de la sociedad, imponiendo limitaciones a nivel electoral, de prensa y en la enseñanza. Pese a todo ello, desde los grupos políticos más conservadores se procuraron un crecimiento económico y una modernización de un país obsoleto, en el que era precisa la presencia de la paz social. Para su logro se necesitaba establecer una serie de concesiones que socialmente se reclamaban, entre las que se encontraban numerosas cuestiones que estaban presentes en el discurso higienista del siglo XIX.

Los conocimientos, que tanto Monlau como Méndez Álvaro habían aportado a la ciencia favorecieron marcadamente el continuismo de las doctrinas higienistas españolas. Caló tan hondamente en la conciencia de los individuos, que desde las Universidades se comenzaron a crear un espacio, que en forma de cátedras de higiene, hecho que manifestaba a la población la importancia de esta disciplina. Junto a ellas, se fundaron Academias donde formar a los profesionales en los principios más básico y fundamentales, destacando la fundada en Cataluña en 1887. A su vez, se redactaron

[264] MÉNDEZ ÁLVARO, F. *El Siglo Médico*. Tomo XXVIII. Madrid: 1881.
[265] El segundo es una contestación al discurso titulado *El problema relativo al hogar del obrero,* pronunciado por el académico electo Rogelio Casas de Batista en la recepción pública en la Real Academia de Medicina de Madrid.

reglamentaciones y se habilitaron leyes, ampliamente divulgadas, que procuraban la lucha contra las enfermedades y epidemias.[266]

Dentro del entorno barcelonés, se consolidaron dos destacadas personalidades del movimiento higienista: Juan Giné Partagás y Rafael Rodríguez Méndez, ambos continuadores de la escuela higienista fundada por Monlau. El primero, Juan Giné Partagás (1836-1903), fue un médico licenciado en Barcelona en 1858 y doctor en 1862. Entre 1863 y 1866, trabajó como ayudante en la facultad de Medicina de Barcelona, para posteriormente marchar a Santiago de Compostela donde tomará posesión de su cátedra. Al año la abandona para regresar a Barcelona donde es nombrado catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina, y ganado posteriormente la de Clínica Quirúrgica. Será nombrado Decano de esta Facultad en 1892, cargo desde el que procurará impulsar la construcción de la nueva Facultad y del Hospital Clínico.[267]

Debe destacarse que representó a España en el *Congreso Internacional de Higiene de Ginebra* de 1882 y fue nombrado director del Cuerpo Médico Municipal de Barcelona. Entre sus obras que abordan la temática higienística destacan básicamente dos: el *Tratado de higiene rural* (1861) y el *Curso elemental de Higiene privada y pública* (1871-1872) [268]. El primero constituye un resumen de sus arduas experiencias como médico rural antes de incorporarse como ayudante en la Facultad de Barcelona; en el segundo, trata los múltiples aspectos urbanísticos tales como las vías públicas, la vivienda, la población, el abastecimiento y evacuación del agua para consumo humano, los edificios públicos, tales como cárceles, mataderos, hospitales y escuelas, entre otros, los establecimientos bromatológicos y la policía sanitaria rural. Además, aborda la

[266] Madrid y Barcelona se convierten en los núcleos poblacionales más destacados donde hay un mayor vigor los estudios higiénicos con las realizaciones sociales derivadas de ellos.
[267] LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1965). *Opus cit.*, p. 178-180.
Su actividad intelectual fue muy amplia y polifacética, pues compaginó estudios de Psiquiatría, Dermatología e Higiene, con una fecunda producción literaria en la que destacó como autor, traductor y compilador, además de como periodista desde la tribuna de dos publicaciones médicas barcelonesas de gran importancia: *El Compilador Médico* y *La Independencia Médica*, revista que fundó en 1869. En 1866 fundó el Instituto de Medicina de Barcelona, institución extraoficial que sirvió como ensayo de una escuela libre de medicina, y en 1873 fue nombrado director del manicomio de *Nueva Belén* en Sant Gervasi de Cassoles (Barcelona).
[268] Fue premiado por la Real Academia de Medicina de Madrid en 1876.

higiene industrial en sus diferentes vertientes[269]. Tanto una como la otra, se caracterizan por presentar un espíritu utilitarista y práctico, no exento de eclecticismo en algunas de las fases de su producción literaria y científica. En lo referente a su ideología, pese a estar considerablemente influida por Pedro Felipe Monlau y Roca, Giné presentó una mente más abierta en lo referente a la comprensión de los cambios sociales y de algunas de las reivindicaciones obreras, aunque siempre observa a la clase obrera y sus problemas desde una posición burguesa conservadora, carente de compromiso social.

41. Anónimo: Retrato del médico granadino Rafael Rodríguez Méndez (1901-05).

En segundo lugar destacó médico granadino Rafael Rodríguez Méndez (1845-1919), quien estudió medicina y se doctora en el año 1870 en Madrid, desempeñando en la Facultad de Medicina de Granada diversos cargos como: auxiliar de las cátedras de Higiene, Patología general, Clínica de Obstetricia, Terapéutica y Fisiología, entre otros; fue también el encargado de la Sección de Dermatología y Sifiliografía[270]. En 1874 marchó a Barcelona para tomar posesión de la cátedra de Higiene Privada y Pública de la Universidad, magisterio que desempeñó hasta su jubilación. Su dilatada trayectoria estuvo marcada por una actividad importante, ocupando numerosos cargos: vicepresidente de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña,

[269] ALCAIDE, R. (1999). *Opus cit.*, p. 15-17.
Divide a la Higiene Industrial en dos grandes tipos: la *extrínseca* o aquella referida a las circunstancias independientes del trabajo (la vivienda, el salario, el régimen alimenticio,…), que inciden en la población obrera y expone los medios conducentes a aumentar el bienestar y conservar la buena salud de los industriales cuando están fuera de las influencias directas del taller; y la *intrínseca* que examina las condiciones particulares relativas a la materia, lugar, naturaleza y agentes de trabajo a que se hallan sometidos los obreros, a fin de encontrar los medios más adecuados para sanear las industrias.
[270] PLANAS Y VIVES, G. Biografía del Dr. Don Rafael Rodríguez Méndez. In, *Revista de Higiene y Policía Sanitaria*, Año III, nº 28, Barcelona: 1892, p. 50-55.

presidente de la Sección de Higiene de la misma entidad, codirector del Instituto-manicomio de Sant Boí de Llobregat (Barcelona), miembro de la *Société Française d'Hygiène*, el Ateneo Antropológico de Madrid y el Colegio de Profesores de Cataluña, secretario general del *Congreso Médico Internacional* celebrado durante la Exposición Universal de Barcelona en 1888, y presidente de la Sección 1ª de Higiene de la misma Exposición. Posteriormente fue presidente del *Primer Congreso Internacional de Tuberculosis*, destacando como introductor de las doctrinas de Pasteur en nuestro país.[271]

En la producción científica e intelectual de este galeno, se conjuga la disciplina médica con la periodística. Participó en numerosas publicaciones actuando como divulgador social. Entre las obras divulgativas profesionales en las que realizó alguna publicación están: *Annual of the universal Medical Sciences* (Filadelfia), *Merck´s Bulletin of New Discoveries in Materia Medica and Practical Therapeutics* (Nueva York), *Journal d´Hygiène* (Paris), *La Independencia Médica* (Barcelona), *La Revista de Medicina y Cirugía prácticas* (Madrid), y la *Gaceta Médica de Cataluña*, revista que fundó, entre otros, en 1878. A su enorme tarea divulgativa debemos añadir su labor erudita que se materializó en numerosas obras, notas científicas, traducciones y prólogos, además de su contribución a la formación de la Estadística sanitaria española. Ideológicamente, fue de talante liberal y de avanzadas ideas, con un marcado evolucionismo en materias como las disciplinas científicas y políticas.

3.2.3. LA HIGIENE EN EL CONTEXTO DE LA URBE.

Numerosos fueron los problemas que se generaron en las urbes con el aumento importantísimo de población que se tuvo durante el siglo XIX. Estas dificultades se centraron básicamente en la vivienda y sus características. Numerosas disciplinas procuraron aportar sus conocimientos para lograr distintos modelos de ciudad que ayudaran a solucionar tales cuestiones que no eran más que el producto de una rápida industrialización que creció rápidamente en este momento. Todo ello nos lleva a realizar un pequeño paseo a lo largo de los diferentes preceptos e ideas presentes en las corrientes higienistas del siglo XIX que marcaron las pautas de la estructuración y

[271] LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1965). *Opus cit.*, p. 178-180.

distribución de la ciudad, identificándose estas cuestiones con el más alto grado de civilización, cultura y progreso.

Algunos autores, han querido diferenciar dos escenarios, comprendidos entre 1850 a 1936, en los que una vez institucionalizadas las diferentes disciplinas profesionales se procuraron hacer cargo de la problemática presente en el entorno urbano. El primer periodo comprende entre 1850 y 1890, momento en el que toma protagonismo la higiene pública, la química y ingeniería; en el segundo, establecido entre 1890 y 1936, la higiene pública da un paso a un lado, cediendo su protagonismo a la higiene social, constituyéndose durante este momento la ingeniería sanitaria, disciplina que paulatinamente adquiere e incorpora en su repertorio las competencias que tradicionalmente pertenecían a la higiene pública.[272]

La primera etapa, que abarca casi toda la segunda mitad del siglo XIX, se caracterizó por una temática urbanística propuestos por profesionales como farmacéuticos, médicos e ingenieros, y que comprendió desde la ubicación primigenia de las urbes (localización geográfica, situación geológica, clima, vientos,…) hasta su organización como ciudad, teniendo presente en todo momento los principios del higienismo. Sus propuestas se fundamentaban en los conocimientos que habían llegado de la filosofía hipocrática y vitruviana: búsqueda de climas suaves y considerablemente soleados, la dirección de los vientos dominantes, la posibilidad de la aparición de catástrofes naturales, a la vez que se recomendaba un alejamiento de los lugares pantanosos. Todas y cada una de estas recomendaciones tenían una base: la creencia que las condiciones del entorno estaban implicadas en la aparición de determinadas enfermedades patógenas[273]. Urteaga se pronuncia al respecto, comentado que esta teoría epidemiológica, que hacía hincapié en la influencia del ambiente sobre la salud y en la teoría de los climas del siglo XVIII, vinculaba las características físicas y morales de

[272] PAIVA, V. Medio Ambiente Urbano: Una mirada desde la historia de las ideas científicas y las profesiones de la ciudad. Buenos Aires 1850-1915. In, *Revista de Urbanismo,* nº 3, agosto de 2000.

[273] URTEAGA, L.: *Ideas medio-ambientales en el siglo XVIII. «Naturaleza, Clima y Civilización».* Madrid: Akal, 1997. Colección Historia de la Ciencia y de la Técnica, nº 27.
Todas y cada una de estas teorías epidemiológicas proceden de los conocimientos aportados por la medicina hipocrática, las cuales, como ya hemos explicado con anterioridad, formularon por primera vez la relación entre las condiciones climáticas, cambios estacionales y la «tipicidad» de la enfermedad que presentaba una región.

los hombres a las particularidades climáticas de los lugares que habitaban, constituyendo las primeras teorías sobre el ambiente aparecidas históricamente.

Esta teoría ambientalista sobre la enfermedad, durante el siglo XIX, sufrirá una serie de modificaciones como resultado de la adquisición de nuevos conocimientos sobre química, incorporándose una nueva imagen del padecimiento, donde se cree que su origen microbiológico, en el que las fermentaciones y sus gases deletéreos y sofocantes, unidos a materia orgánica producto de la descomposición, producían los miasmas causantes de las graves enfermedades del individuo. Es el aire, y no el agua, el que toma verdadero protagonismo, fundamental en la salud de los individuos, y principal vector en la transmisión de enfermedades epidémicas. Adosada a esta teoría, otra propuesta resulta arduamente interesante: ligado al «principio de circulación constante de la materia» con un matiz importante de carácter económico.

Durante este periodo, se consideró trascendente realizar intervenciones en el interior de la ciudad, en las que los higienistas colaboraron, renovando el interior de éstas, y proponiendo soluciones a sus ampliaciones que buscaban la mejora de las condiciones de vida de aquellos individuos que se incorporaban, poco a poco, a formar parte de la clase proletaria que perseguía una lucha revolucionaria contra la clase burguesa. Se propusieron, en primer término, el derribo de las murallas, muchas de ellas herencia del Medievo, que a modo de «corsé», impedían el crecimiento de las urbes hacia la zona de extramuros y si ayudando al crecimiento interior, que provocaba una concentración demográfica caracterizada por problemas tales como el hacinamiento, la insalubridad y la sobremortalidad. En todo ello, la especulación urbanística jugó un papel fundamental, aprovechando el suelo hasta cotas nunca vistas. Los higienistas atacan a este tipo de situaciones y proponen una expansión de la ciudad, lo que ocasionaría una reducción del precio del suelo y la especulación, favoreciendo de esta forma que los obreros pudieran acceder a unas viviendas más dignas y salubres. Esta expansión, se materializó mediante la incorporación a las ciudades de los ensanches, procurando la separación del núcleo urbano y originando poblaciones subalternas.[274]

[274] URTEAGA, L. Barcelona y la higiene urbana en la obra de Monlau. In, *Estudis i recerques*. *El nacimiento de la infraestructura sanitaria en la ciudad de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1987, p. 89-99, Serie Salut Pública, nº 6. p. 92.

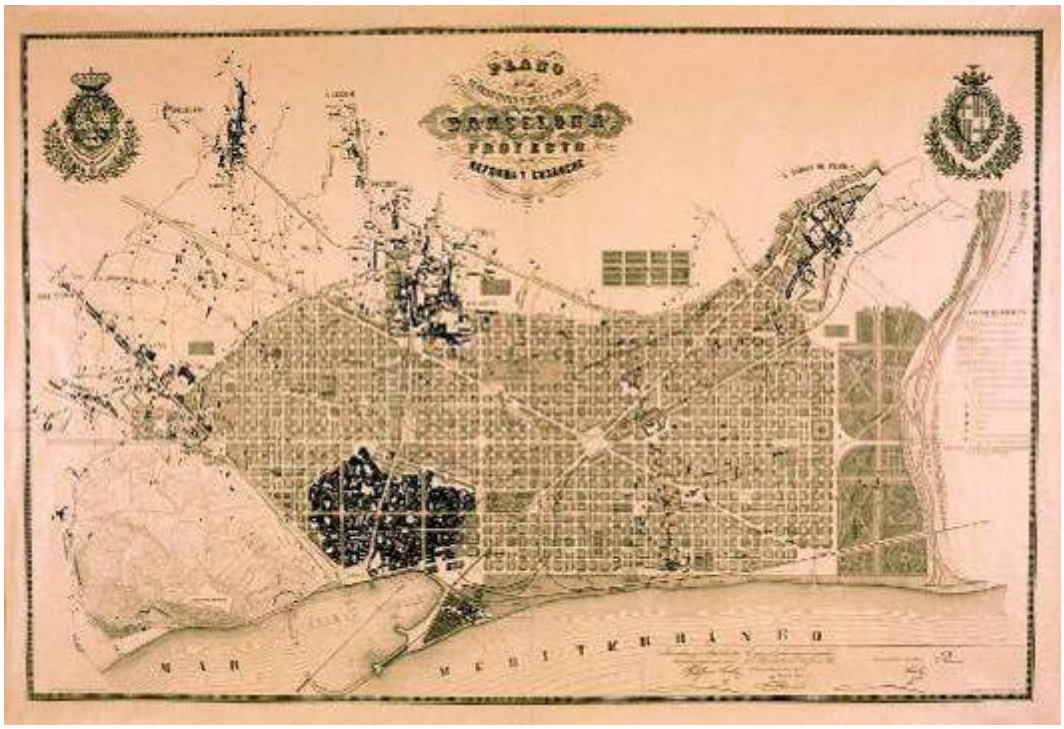
A todo ello, se unió un importante esfuerzo por aportar medidas dirigidas a ocasionar mejoras en las condiciones de vida de sus habitantes, incorporando una reforma del espacio interior de la ciudad ya existente. Independientemente de las modificaciones estructurales de las urbes con la eliminación de las murallas de la geografía urbana, los higienistas proponían el destierro desde interior de las urbes, de todas y cada unas de las actividades que supusieran una pérdida de la comodidad y la salud para sus habitantes; esto supuso, que hospitales, cementerios o mataderos, entre otros, fueran ubicados en el extrarradio urbanístico.

Igualmente, dentro de estas reformas, se le unieron las concernientes a la morfología del sistema viario, que ante las nuevas necesidades, requería una modificación de su trazado, junto con un aumento considerable de su anchura. Se proponían como óptimas aquellas calles largas, rectas y amplias, que favorecían la «ventilación y respiración» de la urbe y se adaptaban a una nueva necesidad, el espacio para el tráfico rodado. También se insidió en la mejora del abastecimiento de agua, de los alcantarillados y la pavimentación de las calles, esta última, para evitar el estancamiento del agua de lluvia y la aparición de arroyos, incorporando plazas, jardines y aceras que junto al mobiliario urbano aumentaron la calidad de vida en las grandes urbes europeas.[275]

En la segunda etapa se produce la entrada en escena de la higiene social, la ingeniería sanitaria y su concepción del medio urbano. En este momento, se producen dos cambios fundamentales: primeramente, las transformaciones secundarias a la revolución pasteuriana; y en segundo lugar, cambia la significación ideológica de las causas sociales que originan la enfermedad.

Pedro Felipe Monlau, en su obra titulada *Abajo las murallas !!!,* de 1841, esbozó las grandes líneas del pensamiento higienista, además de su idea sobre la muralla y lo que implicaba en la ciudad contemporánea. Este trabajo fue presentado en un concurso organizado por el Ayuntamiento de Barcelona cuyo objetivo era exponer las ventajas que implicaba el derribo de las fortificaciones y murallas podría reportar a la ciudad y su industria.

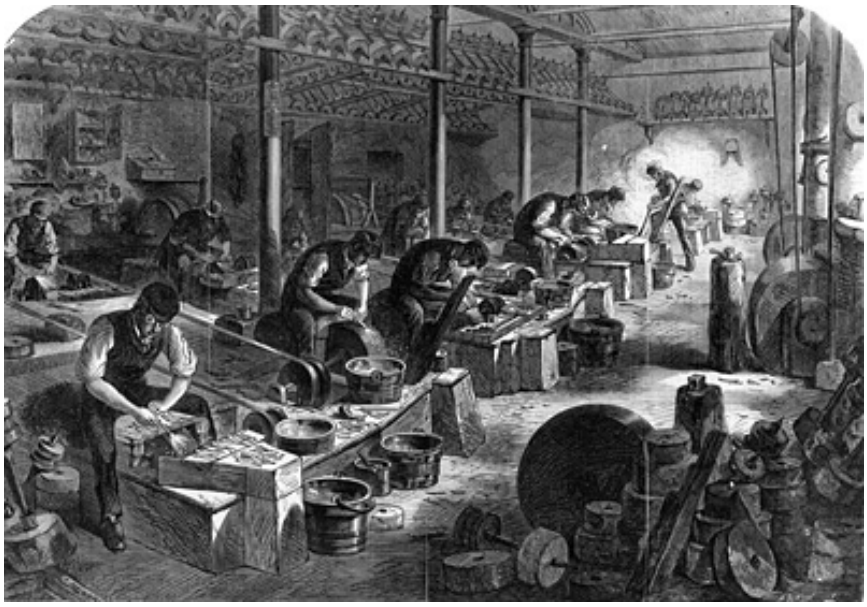
[275] Las infraestructuras para el abastecimiento de aguas y alcantarillados presentaban una situación obsoleta, llegándose en algunas ocasiones a continuar utilizando los sistemas establecidos desde la época romana, lo que no cubría las necesidades que planteaba la nueva ciudad industrial que se estaba creando.



42. Ildefons Cerdà. Proyecto de reforma y ensanche de Barcelona y sus cercanías (1859).

La teoría microbiana de las enfermedades se confecciona entre los años 1865 y 1885, gracias a las investigaciones que el químico Pasteur lleva a cabo, demostrando que la enfermedad esta ligada a la existencia de gérmenes patógenos específicos que la provocan, lo que desmantelaba la teoría de los miasmas presentes en cualquier elemento considerado antihigiénico. Esta ruptura con todas las ideas anteriores, da paso a una investigación focalizada y nominativa que busca un germen concreto que provoca una enfermedad. Para combatirla se crean las vacunas, al tiempo que se renuevan todas las medidas profilácticas existentes que carecían de sentido a partir de estos nuevos conocimientos científicos. A ello se agrega un cambio en la significación ideológica de las causas sociales que originan la enfermedad, retomando la higiene social el viejo cuerpo programático de la higiene pública: agua, recogida de basuras, abastecimiento de aguas y alcantarillado, pero incorporando otros muchos relacionados con causas indirectas, como los salarios, el alojamiento y las condiciones laborales, entre otros, apareciendo un repertorio terminológico desconocido hasta la fecha que incluye vocablos como medio fabril, medio social, medio ambiente, …, propios de la medicina social. Incluso se producen modificaciones dentro del ámbito industrial, relativas a la temática característica del siglo XIX, que crea conceptos como higiene industrial, enfermedades

profesionales, seguros contra la invalidez y vejez, y otras muchas expresiones que rememoran la problemáticas de la higiene poblacional.



43. Anónimo: Condiciones de trabajo durante la revolución industrial (finales del siglo XIX).

La presión ejercida en encuentros de profesionales de carácter internacional, unida a la indiscutible relevancia que adquieren temas tales como el agua, el tratamiento de residuos y la limpieza del subsuelo como pilares en la preservación y mantenimiento de la Salud Pública tras la acelerada revolución microbiológica, constituirán factores esenciales en la consolidación de la técnica sanitaria como rama independiente con cuerpo propio. Paulatinamente, surge una nueva disciplina, la ingeniería sanitaria, que pretende el estudio de todos aquellos grandes factores naturales considerados como salubres, tales como el aire, la luz, el suelo, el agua, el saneamiento y el tratamiento de sus residuos. Junto a estas atribuciones, con el tiempo, adquiere aquellas competencias que tradicionalmente habían sido tratadas por la higiene pública, incorporando una división de funciones entre higienismo social, que trata los temas centrados en la calidad de vida (las enfermedades profesionales, las epidemias, el alcoholismo, la prostitución, el alojamiento antihigiénico, el hacinamiento, la carencia social y económica, etc.) y la técnica sanitaria, que aborda las cuestiones relativas al medio material o físico, como los agentes naturales (aire, agua, sol, suelo) y el medio construido.

Este último, el denominado medio construido, hace hincapié en la organización material del espacio con un único objetivo, el mejoramiento de la salud y la calidad de vida. Si atendemos a los novedosos principios de la microbiología y los problemas presentes en el ocaso del siglo, habrá un intento de intervenir en la morfología de las urbes, centrándose en la orientación de las calles con el objetivo de asegurar el soleamiento mínimo diario de las viviendas, el abastecimiento de aguas, materiales higiénicos para la construcción de talleres industriales y evacuación de los residuos mediante cloacas, entre otros. El siglo XX, vendrá caracterizado por una preservación de la enfermedad y el acondicionamiento del hábitat construido, buscando una mayor confortabilidad en los individuos, labor que desarrollarán los profesionales en pos de la «idílica ciudad».

3.2.4. INICIOS DE LA HIGIENE PÚBLICA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE.

Si se quiere conocer realmente cuál era la situación de Santa Cruz durante la segunda mitad siglo XIX en cuestiones de salubridad, debemos recurrir a Alejandro Cioranescu. Cuenta que en ese momento, la ciudad era un verdadero desastre, ya que carecía de desagües que ayudarán a eliminar los desechos propios de la vida en la urbe; los barrancos y las viejas alcantarillas evacuaban las aguas residuales en las playas. Al pasear por las calles, existía la posibilidad de encontrar charcos de inmundicias nauseabundas que mostraban una imagen de la ciudad poco agradable a los residentes habituales como a los viajeros ocasionales. La zona del barrio de El Cabo, con su calle principal de La Noria, vertían al barraco de Santos sus aguas negras; la calle de la Luz o la de Barranquillo eran consideradas como los focos más virulentos presentes en la urbe. Incluso, las nuevas incorporaciones de barrios como el de Duggi, dejaban mucho que desear, existiendo entre éste y la calle Viera y Clavijo una situación extrema que llevó años lograr su acondicionamiento: *cuando no ahogaba el polvo, ensuciaba y apestaba el fangal que se formaba con las lluvias, ya que carecía de adoquinado*. Así pues, la ciudad de Santa Cruz de Tenerife no difería mucho del aspecto que podía presentar cualquier ciudad española o europea del momento, aunque con los matices propios de sus condiciones demográficas, económicas y sociales.[276]

[276] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*, Tomo IV, p. 75.

Estaban presentes en sus calles, numerosos agentes infecciosos e incómodos, tales como cucarachas, ratas, mosquitos y moscas incómodos, que hacían angosto el camino a una ciudad que procuraba presentar una imagen de saneamiento y limpieza aceptables. En sus calles eran habituales olores desagradables procedentes de desagües, estercoleros y aguas estancadas, que se mezclaban con otros particularmente específicos del día a día como los procedentes del puerto, de los depósitos de abono o la salazón de pescado, que desprendían olores intensos que en ocasiones eran considerablemente insoportables. Estas condiciones higiénicas, hacían de Santa Cruz un lugar peligroso, pese a que tempranamente se había procurado establecer numerosas medidas de protección, que según las épocas, los conocimientos y medios de que estaban a disposición de la Corporación municipal, se podían ejecutar o no. Pese a todo, se caracterizó por una carencia de ordenanzas promulgadas por el Ayuntamiento, lo que fue una constante durante este momento histórico, dando sensación de desamparo y falta de interés en esta cuestión, sumiendo a la ciudad en una penosa situación que fue criticada de manera continuada y contundente por la prensa escrita del momento.

El doctor, Juan Bethencourt Alfonso, en su artículo publicado, en febrero de 1879, en la *Revista de Canarias*[277], abordó la importancia de la higiene, otorgándole su importancia como herramienta que permitía lograr el grado de más óptimo desarrollo de cualquier civilización, que por ley natural es al que aspiran los pueblos, pues el *adelanto intelectual, moral y material de un pueblo (bases de su felicidad) esta* [sic] *en armonía con la práctica de los principios higiénicos*. Igualmente, efectúa una valoración del estado que en ese momento presenta Canarias, que carente de los conocimiento pertinentes para conseguir este estado, proponiendo poner los ojos en los ejemplos que se están efectuando en París y en otras urbes destacadas del continente europeo: …*con la rigurosa y sorprendente precisión con que copiamos las modas de París, a las naciones más civilizadas en sus prácticas higiénicas y en sus disposiciones dirigidas al saneamiento y salubridad de sus pueblos; imitemos sus esfuerzos para mejorar nuestras condiciones*

[277] BETHENCOURT ALFONSO, J. La Higiene en Santa Cruz de Tenerife. In, *La Revista de Canarias*, Año I, nº 6, 23 de febrero de 1879. Partes I y II, p. 81-82; Parte III, nº 7, p. 105-106; Partes IV, V, y VI, nº 17, p. 264-266.

de vida; sacudamos nuestra criminal pereza y arranquemos a nuestros hijos de una muerte probable.[278]

44. Anónimo: Retrato del médico Juan Bethencourt Alfonso (1890-1900).

Bethencourt Alfonso, destaca además en su artículo, la situación en la que se hallaban las autoridades de Santa Cruz, carente de los conocimientos y herramientas para proceder correctamente, materializándose en un mayor número de padecimientos y defunciones causados por numerosos errores. Entre ellos, se encontraba el de tener la creencia de que *ninguna epidemia podía generarse y desarrollarse en el territorio insular, procediendo todas de importaciones de otros puntos de planeta*. Esta fue la causa por la que desde los gobernantes locales se depositó la confianza de todas aquellas cuestiones relacionadas con la higiénicas en manos de la Dirección de Sanidad Marítima, controlando e inspeccionando ésta, el movimiento portuario de personas y mercancías. Esta carencia de los conocimientos adecuados, venía rematada por una atmósfera contaminada, malos hábitos higiénico-dietéticos y condiciones pésimas en las viviendas, entre otras.[279]

[278] *Ibidem*, p. 81.
[279] *Ibidem*, p. 106.
Nada queremos decir del envenenamiento de la atmósfera por nuestro sistema de cultivo, causa de fiebres palúdicas que se padecen en toda la zona que rodea a la población; ni de los monumentales estanques, y sobre todo de las presas, que dejan al descubierto las sustancias orgánicas arrastradas, a medida que la evaporación o necesidades del cultivo les hace perder sus aguas; ni del barranco llamado de Santos, con sus asquerosas y fétidas charcas, con sus insepultos restos animales, con su proverbial inmundicia y con nuestros trogloditas, habitantes amontonados en cuevas sombrías, húmedas y asquerosas, foco perenne de viruelas, tifoideas y otras enfermedades. Nada queremos decir del matadero público, situado dentro de la población, y sus nauseabundas inmediaciones; ni de los depósitos de materias orgánicas; ni de hediondas caballerizas; ni del fango envasado en muchos puntos, donde se refocilan y regodean a sus anchas los cerdos de la vecindad; ni de los sumideros que desembocan en las vías públicas, entorpeciendo el tránsito y ofendiendo la vista y el olfato; ni de ciertos sitios más o menos

45. Jordao da Luz Perestrello: Vista panorámica del Valle de La Orotava (1900-05).

En octubre de 1880, Tenerife tuvo la suerte de ser visitada por el profesor Jaccoud, catedrático de Patología Médica en la Facultad de Medicina de París, con el propósito de identificar, a lo largo de la geografía mundial, aquellos lugares que presentaran las condiciones más óptimas para las *enfermedades del pecho*. En su recorrido abordó estaciones como la de Madeira, Tenerife, Argel y la costa de Marruecos. Consideró que las características de estos punto eran óptimas para estas patologías, pero lo que no le convenció y creyó inadecuado fueron las condiciones higiénicas que no permitían el establecimiento de estaciones médica en esos lugares[280]. En el juicio emitido por el doctor Jaccoud, se preconiza las excelentes condiciones

comunes de la población, donde es necesario sortear los pasos para no embestir con algo que no huele a ámbar; ni de las capillas mortuorias, colocadas en el centro del pueblo, una de ellas entre la Escuela superior, el Instituto y la Cárcel, y debajo de las oficinas del Ayuntamiento, Diputación Provincial y Juzgado, donde hemos visto por muchas horas seguidas, depositados cadáveres de personas víctimas de enfermedades contagiosas, a despecho de nuestras leyes y ordenanzas rigurosas y precisas y contra la más rudimentaria noción de la higiene; nada queremos decir de estas ni de otras muchas causas que más o menos eficazmente contribuyen a impurificar el aire que respiramos.

[280] PÉREZ, V. Tenerife como estación médica. Juicio del profesor Jaccoud. In, *Revista de Canarias*, nº 58, p. 115-116 y nº 59, año III, mayo de 1881, p. 129-130.
De regreso a París elaboró unas lecciones que publicó en prensa en los primeros meses de 1881, donde daba a conocer su opinión sobre Tenerife, recogida por el doctor Víctor Pérez se defiende a duras penas en un artículo publicado en la *Revista de Canarias* el 23 de abril de 1881, conviniendo con el francés en sus apreciaciones sobre Tenerife.

climáticas de la Isla, enfatizando en las del Valle de la Orotava, situación que se vio enturbiada tras la experiencia que tuvo durante su estancia en Tenerife, que reprodujo en su informe de marera muy clara:

> *Conociendo estas particularidades tan netamente calificativas, y por otra parte, la tendencia de nuestros comprofesores ingleses, he visitado esta isla para apreciar su valor como residencia médica, y me veo obligado a rehusarle absolutamente tal carácter. La belleza del Valle de la Orotava es verdaderamente admirable para el doctor, pero el polvo y los mosquitos le molestan permanentemente, y por otra parte, no hay en toda la isla, ni en la Orotava ni en otro punto, una sola instalación conveniente para enfermos; los recursos alimenticios son completamente defectuosos bajo el punto de vista de su calidad; y no hay razón ninguna para esperar que esto cambie, porque los indígenas rechazan con una hostilidad cercana a la indignación la idea de adaptar su país para residencia de los tísicos. No quieren por ningún precio oír hablar de semejante transformación. La cuestión está, pues, juzgada, y la isla de Tenerife tiene que ser borrada de la lista de estaciones médicas, a pesar de las ventajas excepcionales de su clima, polvo y mosquitos a parte [sic]*.[281]

Algunas de estas consideraciones fueron reconocidas por el médico Víctor Pérez, pero a otras, respondió con contundencia, discrepando y viendo en la isla del Teide como estación médica, siendo la que más porvenir podía presentar por sus ventajas climáticas, reconocidas por este y otros tanto viajeros que arribaron a estos parajes.[282]

Junto al Valle de la Orotava, el profesor Jaccoud propone el pueblo de Vilaflor, por sus beneficios geográficos, topográficos y climáticos, como recomendará igualmente el médico orotavense Tomás Zerolo en su obra titulada *Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar en la Península Española, Islas Baleares y Canarias,* impresa en 1889: *… si estuviera bien instalada y provista de recursos, con las nuevas ideas que hoy reinan para prevenir y tratar la tisis pulmonar, sería muy pronto conocida y preferida indudablemente entre los pocos puntos en que hoy hay que escoger como clima de altura*[283].

Respecto a los mosquitos, el autor rechaza la acusación del francés, asegurando que sólo en días muy calurosos y en un mes de octubre tan

---

[281] *Ibidem*, p. 116.
[282] *Ibidem*, p. 117.
(...) *en las costas podemos tener varias estaciones con climas de país llano, de la más uniforme temperatura, y luego, subiendo gradualmente, tenemos puntos semejantes a los que hoy son más frecuentados y tan justamente renombrados por sus condiciones especiales, como son los de Davos, Samaden y Saint Moritz, los que llenaría Villaflor con indudable superioridad*.
[283] ZEROLO, T. *Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar en la Península Española, Islas Baleares y* Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Vicente Bonnet, 1889, p. 230-236.

desusadamente seco como el sufrido por el extranjero pudo haberlos notado en la Orotava. Y además,

> *... aunque no puede referirse a la parte ilustrada de nuestra población, es cierto que es muy grave para el país, porque hiere nuestros sentimientos y nuestra educación, lo que dice Mr. Jaccoud respecto a nuestro horror a la tisis. Apelemos si no, a todos los profesores de nuestro archipiélago, y todos tendrán historias tristes, desgarradoras que contar sobre el abandono que se hace de enfermos atacados de este mal, el que será contagioso en ciertos y raros casos.*[284]

Las condiciones higiénicas de la Isla también son retratadas por Víctor Pérez, describiendo tanto su estado como los dispositivos sanitarios que se poseían, coincidiendo con el profesor Jaccoud en la precariedad de sus condiciones, y proponiendo obtener beneficio de la crítica del galo, enmendando las debilidades para favorecer la afluencia de personas a Canarias:

> *No tenemos fondas a propósito para enfermos, ni buenos y variados alimentos, ni higiene en nuestros pueblos, ni establecimientos de hydroterapia ni de aeroterapia; ni lecherías adecuadas, ni paseos con asientos cómodos, ni distracciones para esta clientela escogida y difícil que deberíamos atraer a nuestras islas; pero todo esto podría proporcionarse si comprendiésemos la fuente de riqueza que sería la explotación de nuestro privilegiado clima y lo reproductor de los capitales empleados en estas mejoras*, (…) *Levantemos hoteles de planta para el intento, creemos establecimientos de hydroterapia tanto marítimos como de agua dulce; mejoremos nuestros paseos creando en ellos buenas sombras y recreos…y finalmente, hagamos que la higiene pública sea una verdad*.[285]

A estas aportaciones, tanto del profesor Jaccoud como del médico Víctor Pérez, en el mismo años, se unieron las del médico Antonio Soler[286], quien dedicado al campo de la Higiene, realiza, en un discurso leído en la Academia de Médico-Quirúrgica, una extensa exposición sobre la disciplina médica, enumerando aquellas ventajas de la aplicación de los preceptos higiénicos en los que las autoridades juegan un papel considerable para su instauración en el medio público y privado[287]. En el discurso

---

[284] PÉREZ, V. (1881). *Opus cit*, p. 129.

[285] *Ibidem*, p. 130.

[286] SOLER, A. Importancia de la Higiene. Discurso leído en sesión de la Academia Médico-Quirúrgica de Canarias el 22 de enero de 1882. In, *Revista de Canarias*, nº 77 y 78, p. 38-41, y nº 79, p. 69-72.

[287] *Ibidem*, p. 71.
Sin embargo, no se obtienen de la higiene todos los beneficios que es susceptible de proporcionar, ni introduce todos los óptimos y sabrosos frutos que hay derecho a esperar de ella. Todo el mundo conoce su valor, todo el mundo siente respecto hacia sus preceptos, todo el mundo da consejos

establece mecanismos que pueden permitir lograr este objetivo, agregando que *a fin de que cada cual, en la medida de sus fuerzas y en la esfera de sus atribuciones, coadyuve al mejoramiento de las deplorables condiciones de que dejo hecho mérito.*[288]

> *Mejorar las condiciones higiénicas de nuestras habitaciones, dándoles más luz, más ventilación, una cantidad de aire que esté más en relación con el consumo de oxigeno que individualmente y colectivamente nos es indispensable; sanear la atmósfera, impidiendo la evaporación de sustancias deletéreas, depurándola de todos los agentes que tan perjudiciales son para el normal desempeño de las funciones respiratorias y circulatorias; procurar que la alimentación sea más sana, esté más en armonía con las necesidades del organismo; perseguir la sofisticación de los alimentos y bebidas, creando médicos-higienistas que dotados de conocimientos idóneos, ejerzan con el debido celo las múltiples ocupaciones que abraza este importante ramo de la salubridad pública; luchar con la prostitución y con el crimen moralizando las costumbres, estudiar las causas del progresivo crecimiento de la tisis, investigar el origen de las afecciones tifoideas (que van haciéndose endémicas en algunas localidades); dar a las juntas de sanidad los medios materiales y la conveniente organización para que puedan cumplir el cometido que tienen asignado; extender la beneficencia domiciliaria con el suficiente tino y el bastante tacto para que no se abuse de ella…Hacer que la higiene entre a formar parte de la instrucción, difundir por do quiera la ilustración, multiplicando las escuelas, fundando bibliotecas públicas, pero una sólida, asentada sobre firmes bases y adecuada a las necesidades y profesiones de cada cual; consagrar a la demografía sanitaria toda la importancia a que la hacen acreedoras las grandes ventajas que proporciona«. Y para finalizar, reivindica para la mujer »en la familia y en la sociedad el justo y equitativo papel que esta llamada a desempeñar, pues, como madre, como amante, como esposa, como hermana, como amiga, ejerce constantemente una influencia muy directa sobre el hombre y aún sobre los pueblos*.

En lo referente a las viviendas existente en Santa Cruz, Bethencourt Alfonso manifiesta que no presentan las condiciones más propicias si tenemos en cuenta que el clima y las características de las Islas favorecen un mayor espacio en sus habitaciones y en su disposición, detectando carencias importantes en éstas que refleja claramente en su artículo:

---

refiriéndose a ella, y su nombre sirve de égida para todas las invenciones, pero cuando se llega al terreno de la práctica y se desconoce su valor, se olvidan sus preceptos, no se cumplen ni aún sus más rudimentarias leyes. Y al abordar la cuestión en Canarias, sus palabras no pueden ser más significativas: ¡Cuantas infracciones de las leyes higiénicas en torno nuestro! ¡Cuan poco atendidos sus saludables principios! ¡Cuantos males ocasionados por el punible abandono de todos! Causa profunda lástima, verdadero dolor nuestro estado, y el ánimo se apena cuando contempla una región tan pródiga y espléndidamente dotada por la naturaleza, de condiciones topográficas y climatológicas tan envidiables, y la ve sujeta a las más pésimas y detestables condiciones higiénicas.

[288] *Ibidem*, p. 72-74.

> *De dimensiones reducidas y pequeñas, pero no pequeñas como pudiera creerse comparándolas con las de otros países, sino tan cortas y escasas, que al más despreocupado en cuestiones de higiene se le subleva el instinto de conservación; tienen sus luces, cuando cuentan con más de una, dispuestas de manera que no sólo no es directa la que reciben sino que hacen imposible una buena ventilación; a más de dar por lo regular a un patio oscuro y húmedo donde ordinariamente esta el estanque. De ordinario ese patio sirve de lavadero, de corral de animales, de sucia cloaca para todas las inmundicias de la casa, y no pocas veces de estercolero. Cuando no se le destina a peores usos, existe un hoyo (en algunas ocasiones de pared medianera con el estanque, no siempre obstáculo a frecuentes comunicaciones) en el fondo de un cuartito estrecho y asqueroso; cuartito que tiene la singular propiedad de que toda persona que le visite sale corriendo, con las manos en la nariz, llorando a lágrima viva debido a las grandes emanaciones de ácido sulfhídrico y amoniaco que desprende la fétida cavidad*.[289]

A todas estas condiciones, que notablemente mellaban la salud de los individuos que habitaban en ellas, se le unía la extremada cantidad de humedad, ubicada sobre todo en las plantas bajas de las casas producto de la infiltración de agua en los habitáculos o de la capilaridad de los materiales, que favorecían su penetración. Además destaca Bethencourt Alfonso, otro tipo de forma arquitectónica, que por el articulado de sus dependencias, le parecía tan o peor que todo lo anteriormente reseñado. Estas eran las *ciudadelas,* tipología arquitectónica que surge al inicio del siglo XIX, y de la que este autor comenta que

> *… no se sabe que admirar más, si la falta de vigilancia de nuestras autoridades, tolerando la construcción de estas verdaderas celdas mortuorias, o la ignorancia de los propietarios que especulan, inconscientemente, con la salud y moralidad de infelices y pobres inquilinos*. (…) *son como niños raquíticos con cara demacrada y de mirada brillante por la fiebre que les consume, mujeres anémicas, cloróticas, flacas y arrugadas a los 25 años y trabajadores envejecidos en el primer tercio de su vida. En definitiva, familias de seis o más personas, que hacinadas en un cuartito ¡y qué cuartito!, que sólo contiene 40 metros cúbicos de un cuerpo gaseoso que no es aire. Testigos de esta situación son el Hospital, el asilo de Beneficencia, la casa de Expósitos, los hediondos lugares de la prostitución, y en último término, la fosa común del cementerio.*

Tanto el aire como la vivienda presentes en ese momento en Santa Cruz eran considerados por los profesionales sanitarios como los motivantes del surgimiento de muchas de las enfermedades que padecían sus habitantes entre las que se encontraba la tisis. Bethencourt Alfonso establece que *la observancia de la higiene, que dista de ser*

[289] BETHENCOURT ALFONSO, J. (1879). *Opus cit,* parte III, nº 7, p. 105-106.

imposible, lo aminoraría, y cortaría lo que de enorme y extraordinario tiene. Para esto se requiere la voluntad de todos, y particularmente de los que más entiendan y pueden[290].

Otra destacada personalidad de la sociedad santacrucera que abordó este tema fue el arquitecto Manuel de Cámara en un artículo publicado en 1880 en la *Revista de Canarias*[291], en el que, primeramente, realiza un breve recorrido por todas aquellas patologías que los habitantes de Santa Cruz padecen:

> *... el origen de las enfermedades, así endémicas como epidémicas y esporádicas, se encuentran en la naturaleza del suelo, en el aire, en las aguas, en los alimentos, en las costumbres, en los edificios y en otras causas aún mal conocidas. La falta de limpieza de muchas habitaciones reducidas, húmedas y si ventilación de las plantas bajas de los edificios y sus pequeñísimos patios, da por resultado el que se vicie la sangre, y como consecuencia, toda suerte de males y predisposiciones morbosas...*[292]

46. Jordao da Luz Perestrello: Vivienda de pajizo en el Valle de La Orotava (1900-1905).

Cámara, preocupado por la situación en la que viven los vecinos de esta urbe, afirma que la Higiene en Santa Cruz está considerablemente descuidada, causas de las mejoras físicas y morales, que hacen prosperar los pueblos, siendo sinónimo de adelanto y cultura en una sociedad. Muestra un notable interés por la higiene pública y privada en la cuestión compleja del saneamiento de una población, reconociendo que el aumento de habitantes de una ciudad lleva en sí el de padecimientos y defunciones, como consecuencia de la aglomeración misma, la cual conlleva la existencia de numerosos microorganismos causante de enfermedad y de muerte; aboga por las reformas y los ensanches, que proporcionan mayor espacio para el esparcimiento de los ciudadanos y la mejora de las condiciones de vida.

[290] *Ibidem*, p. 106-107.
[291] CÁMARA, M. DE. Saneamiento de Santa Cruz de Tenerife. In, *Revista de Canarias,* nº 37, p. 166-168 y nº 38, p. 180-182, ambos de 1880.
[292] *Ibidem*, p. 166-167.

Además, y remitiéndose a las concepciones vitruvianas, destaca la importancia de la dirección, longitud y ancho de las calle, las dimensiones de las manzanas de casas, el alto de éstas, …, haciendo hincapié en que todo estas características de la urbanización influyen considerablemente en la salubridad, debiendo estar bien documentadas y avaladas por principios basados en el estudio general y científico de las ciudades, determinados éstos por leyes, reglamentos y ordenanzas, cuya observancia es imprescindible:

> *Allí donde se atiende a la ciencia, y donde el buen criterio en la aplicación de sus principios predomina, se ve el adelanto sensible y palpablemente; pero, por el contrario, allí donde impera el capricho, donde el interés individual se sobrepone al colectivo, se consigue muy poco en el sentido del ornato, de la comodidad, y lo que importa más, en el de la salubridad*.[293]

Aborda, además, la importancia de la distribución y canalización de aguas en la urbe, asemejando éstas últimas con las arterias que llevan del preciado líquido, la sangre, por todo el organismo, mientras que otorga a las venas la labor de las cloacas, agentes eliminadores de desechos e inmundicias. También tiene en cuenta el saneamiento de las calles, dando relevancia a los adoquines y aceras, que facilitan el aseo de éstas e impiden la presencia de aguas estancadas. En lo referente a la vivienda, marca interés en el aire y la ventilación de los habitáculos, donde la pureza es fundamental para un buen estado de salud. Considera trascendental, tanto la cantidad de aire como su composición formal y la proporción de sus elementos para que sea respirable.[294]

Cámara no entiende como se han desatendido todas y cada una de las premisas expuestas por los higienistas, que favorecen las condiciones de salud en la ciudad, expresando:

> *Si se demuestra* –nos dice Cámara– *que no es indiferente que una casa este o no bañada por los purificadores rayos del sol; si se prueba, con datos numerosos basados en el cálculo y el estudio, cuanto influyen en nuestra vida las buenas*

[293] *Ibidem*.
[294] Considera que la función respiratoria, al cambiar estas proporciones, la convierte de saludable en insalubre, y deduce de ese estudio la capacidad de las distintas dependencias de una casa según el uso al que va destinada y el número de individuos que han de ocuparla. El aire es aún más necesario para la vida del hombre que la comida, y su pureza es imprescindible a nuestra salud.

> *condiciones de la casa ¿de qué depende el poco aprecio que se hace de todas esas consideraciones, y que por lo general no se practiquen los principios y consejos de la ciencia?¿Cómo se explica que, siendo la salud lo que más estima el hombre, tan poco nos cuidemos de examinar lo que conviene a su conservación?¿A cual causa atribuir ese desdén tan frecuentemente manifestado hacia todo lo que sobre el particular tenga visos de científico?¿Cómo comprender que se diga: Conformes con que todas esas cosas y otras cosas sean lo técnico, lo útil, lo bueno; pero hay que sacrificarlo a la economía, al interés del momento, a las circunstancias, a ciertas exigencias? ¿tan insignificante es la consideración de que la vida media del hombre es corta en nuestro pueblo? ¿ofrece un interés tan secundario la salud de los individuos para posponerla a intereses de otra índole?.*[295]

A estas numerosas preguntas, responde con una perplejidad certera, estimando como necesario un mayor interés en las características y condiciones de las edificaciones, exiliando de nuestra mente el concepto de casa como inversión, sin tener en cuenta su salubridad:

> *Si nuestra casa es salubre, aireada y bien cuidada, conseguiremos los buenos resultados en otro lugar expuestos, de la regularidad de las funciones de nuestro organismo, y por lo tanto la salud; si, por el contrario, es oscura, mal ventilada, infestada, respiramos en un aire que es un veneno lento, de influencia sensible a todas las edades (…) Pero sea el interés mezquino el que guíe la edificación, la pobreza del propietario o la estrechez del solar sobre el que se malconstruye la que se imponga, lo cierto que no se verifican adelantos en el concepto de insalubridad, y se contribuye a aumentar el número de los que perecen*.[296]

Para Cámara, al igual que para otros autores que abordan este tema concreto, como Bethencourt Alfonso, la humedad, presente en las casas de cualquier tipología, son la causa que origina determinadas patologías. A ello, se unen las características de las edificaciones, que en ojos de este constructor era calificada de «mala». En su texto, observa que existe una marcada preocupación por los daños que a la propiedad causa este fenómeno, sin atender a los que ocasiona a la salud de los que habitan en las casas que de tal mal adolecen. Como buen entendido en la materia, la humedad que afecta al interior de las edificaciones proviene del suelo, secundario a vicios en la construcción, en la permeabilidad de los materiales y del común uso de los malos morteros, así como defecto de su ventilación.

Este tipo de situaciones podrían ser remediadas con un conjunto de normas legislativas, entre ellas las ordenanzas y reglamentos, que con el cumplimiento de sus

[295] *Ibidem*, p. 181.
[296] *Ibidem*, p. 181-182.

prescripciones estarían solventadas estas prácticas. El capítulo 5 del presente trabajo de investigación, estudia la normativa y legislación sanitaria, donde hemos podido comprobar que su principal característica fue la no aplicación o retraso, secundario a la carencia de medios:

> *Las ordenanzas tropiezan con la libertad de aquellos que la conciben como la facultad de hacer cada cual lo que su interés o capricho le dicta, contienen preceptos y reglas que se compaginan mal con la regla de interés, que es la única que algunos saben. Para muchos resulta un tiránico código, e incluso podría decirse que se han hecho para tener el gusto de faltar a ellas*.[297]

Cámara agrega que para que esto sea una realidad y se tomen las medidas correctoras oportunas,

> *… se necesita el convencimiento de que la casa significa algo más que el recinto cerrado donde nos resguardamos de la intemperie; es preciso el convencimiento de que tiene marcada influencia sobre nuestro organismo; es preciso que nos acostumbremos a no vivir al acaso, que procuremos que la tisis no nos consuma, que el reuma no nos vuelva achacosos, que la neuralgia no nos impida usar de la inteligencia*…[298]

Junto al temática de la vivienda en Santa Cruz, el arquitecto aborda un tema ya tratado por otros autores con anterioridad: las ciudadelas. Para referirse a ellas nos dice que *es de todas invenciones la peor que conozco*, centrando su atención en las condiciones higiénicas y el hacinamiento que este tipo de estructura arquitectónica proporcionan, donde se comparten gran número de equipamientos que considera deberían ser de uso exclusivo para cada una de las viviendas. Existía constancia de que eran los focos de las epidemias que asolaban a la ciudad. Otra cuestión a la que alude, es la relacionada con la alteración del orden moral de sus moradores, que considera una cuestión no vana, caracterizados por individuos sin trabajo debido al escaso desarrollo industrial, que convivían en diferentes habitáculos que no pasaban de ser lo que denominaba cuartuchos, mezclando las edades y los sexos, y conductas de adultos con la de jóvenes y niños, caldo de cultivo de la escuela del vicio y la mendicidad. El

[297] *Ibidem*, p. 182-183.
Cámara confiaba en que se comprendiera la utilidad de entender bien la economía y se procurará fabricar las casas de dos pisos, evitando los inconvenientes de las casas terreras, reservando la parte baja a las habitaciones de importancia secundaria, con los dormitorios situados en el piso alto, así como las estancias de labor, estudio, etc.
[298] *Ibidem*, p. 182.

anonimato y la dificultad de control, el hacinamiento y la proliferación de enfermedades apuntaba una situación problemática que nuestra burguesía quería exiliar de las urbes.

Desde las autoridades locales, este tipo de construcción era declarado como deplorable, como consta en una inspección de la Comisión Sanitaria de 1903. Por estas mismas fechas, el prestigiosos médico higienista doctor Comenge fue comisionado por el gobierno para informar sobre la situación sanitaria de la capital santacrucera, a la que calificó de miserables, proponiendo la creación de tres barriadas de nuevos diseño, dos de ellas próximas a la costa y una en el extrarradio de la capital, en la zona denominada de Salamanca. Para costearlas, así mismo, propone el uso de fondos provenientes del Ministerio de la Gobernación, lo que indica que las viviendas económicas existentes no debían servir como ejemplo ni se les podía sacar ningún partido.

47. Anónimo: Vista panorámica de Santa Cruz de Tenerife (1893).

Cámara, para concluir su intervención, recuerda la conveniencia y necesidad que una ciudad como Santa Cruz tenga alcantarillados en óptimas condiciones. Además, justifica su alegato en el estado higiénico que presenta la ciudad, confiando que tiene pocas esperanzas de que sean tomadas en cuenta por las autoridades, a pesar de su importancia,

> *Porque pienso que se opondrán a ello los efectos de la única enfermedad endémica que en nuestro país se padece, y cuya enfermedad, de categoría distinta a las que al principio enumeré, me llevaría, si no abrigara la esperanza en el porvenir, a sospechar que las generaciones que nos sucedan, ni aún siquiera tendrán fuerzas*

para llorar, cual nuevos Jeremías, el atraso y la ruina de nuestras antiguamente afortunadas peñas y decantado paraíso canario.

Con Bethencourt Alfonso, esta cuestión que queda en el aire, se aclara perfectamente, indicando los responsables de las condiciones míseras de muchos lugares de la urbe santacrucera:

> *La negligencia y poca voluntad de todas aquellas personas que por cualquier concepto están llamadas a dirigir la opinión pública y a indicar las reformas aconsejadas por lailustración y el buen criterio, pero además, para desdicha de Santa Cruz, hace muchos años que sufre las consecuencias de la actitud extraordinariamente rara y excepcional de sus hijos más importantes. Divididos en tantos grupos cuantos son los partidos políticos de la Península, y fraccionados dentro de estos grupos en tantas porciones cuanto distinto es el criterio de sus hombres más valiosos, luchan, no negaremos que por un ideal político, pero lo hacen de una manera tan original y desusada, de un modo tan poco favorable a los intereses de nuestra localidad, que no dudamos en declarar que es esa lucha una de las causas que más influyen en nuestro malestar*.[299]

Esta situación deplorable e insana de los diferentes rincones de la ciudad era conocida por la clase política local, que no encontraba herramientas o mecanismos con los que poder articular un saneamiento adecuado, o, en el peor de los casos, poco interés mostraba por esta cuestión, situación que se recoge en el texto:

> *A la sombra de las banderas políticas y a pretexto de combatir ideas, se oculta en ocasiones el verdadero objetivo de muchos individuos, que no tienen otras miras ni se inspiran en otros sentimientos que en sus rencillas y odios personales; que no tienen por norma de su conducta más que el deseo de su venganza. Empujados por la pasión y dominados por la fiebre del despecho, olvidan no pocas veces hasta el patriotismo que deben a su pueblo, al que sacrifican si el resentimiento individual lo exige. Con esta manera de sentir y proceder, cada día aumentan las susceptibilidades, los disgustos, la intolerancia y el encono, dando lugar a que cada grupo político haya levantado una muralla moral en su derredor, que abarca hasta las cuestiones sociales, donde se parapetan para hostilizarse con toda clase de medios, desvirtuando y falseando las intenciones y los mismos hechos; dificultando y entorpeciendo con todo género de trabas, sea cual fuere, el asunto de interés local de que se trate….Y esta lucha feroz y encarnizada tiene por campo los intereses del pueblo, e indirectamente la felicidad y la desgracia de centenares de familias*.

Tal era la situación antihigiénica de la población, que desde la prensa local se produce una constante crítica y denuncia de esta situación, arremetiendo contra la Corporación municipal en más de una ocasión. Procurando hallar una solución a tal

[299] BETHENCOURT ALFONSO, J. (1879). *Opus cit,* parte III, nº 7, p. 206.

situación, el médico municipal Agustín Pisaca, a la cabeza de la Comisión de Salubridad, elaboró un plan de saneamiento, que plasmó en su memoria sobre *La Higiene de la población de Santa Cruz* [300] . Como de costumbre, la carencia de fondos fue la causante de que el plan estratégico que pretendía eliminar las condiciones insalubres de la urbe no se llevara a cabo, pudiéndose, en última instancia, aplicar las recomendaciones referentes a lavanderas, carne, plaza de abastos y retretes públicos.

El arquitecto Manuel de Cámara funda el 2 de enero de 1887, la Sociedad de Higiene, organismo que une sus esfuerzos a la Comisión de Salubridad, proponiendo planes de saneamiento a los que los médicos habían añadido sus consejos. Posteriormente, se crea un Comité de Saneamiento mediante una real orden de 29 de marzo de 1928, para velar por el saneamiento del puerto y de la ciudad, y que ejecuta algunas intervenciones como la creación de barriadas dotadas de casas baratas y la ampliación de los establecimientos sanitarios. Ayudados por la modernización de la vida urbana, la ciudad fue conducida hacia nuevas fórmulas sanitarias, higiénicas y administrativas, que cambiaron sustancialmente, en las décadas centrales del siglo XX, las condiciones de vida en la ciudad.[301]

3.3. LEGISLACIÓN Y POLÍTICA EN MATERIA DE SANIDAD (SIGLOS XIX Y XX).

Previo a la creación de la Sociedad de Higiene, se había constituido mucho antes la Junta Superior de Sanidad, cuyas actividades habían tenido un carácter intermitente debido a la poca estabilidad de las instituciones. Creada mediante la real orden de 3 de octubre de 1799, se habían conformado a su vez juntas subalternas en las provincias y en los municipios. La junta local de Santa Cruz no se constituyó hasta 1803, quedando así confirmado el privilegio y condición de villa. El Cabildo de La Laguna, seguía por aquel entonces, nombrando diputados de salud para el puerto, como lo venía haciendo desde hacía tres siglos, a pesar de la oposición del Consistorio municipal.

La Junta Suprema de Sanidad fue suprimida en 1805, creándose las provinciales, entre ellas, la de Canarias. Ante esta nueva concesión, el Comandante General presentó

[300] Publicado en el Boletín Oficial de 26 de junio de 1885.
[301] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*., Tomo IV, p. 77-78.

al Gobierno Central un escrito en el que se dejaba bien claro el significado de todo esto y las dificultades que acarreaba la aplicación de esta disposición. Propone la creación, para cada una de las Islas, de una junta propia, presidida por el Jefe Militar correspondiente. A partir de este momento, hubieron en Santa Cruz dos juntas sanitarias, la Junta Provincial, presidida por el Comandante General; y por otra parte, la Junta Municipal de Sanidad, instalada en Santa Cruz desde 1813.[302]

48. Joaquín González Espinosa (J.G.): Vista parcial de la calle de La Noria en Santa Cruz (1920-1925).

En cuanto al régimen asistencial, que tradicionalmente había estado sustentado por el ánimo caritativo, desde el siglo XVIII se comenzó a organizarse por medio de entes benéficos creados y mantenidos por la iniciativa particular. Con el régimen constitucional creado en 1822, se intentó agrupar a estos organismos bajo la Junta de Beneficencia a nivel provincial, que desapareció con el mismo régimen; entre 1837 y

[302] *Ibidem*.
La Junta Provincial, aprobada por la Suprema del Reino el 24 de abril de 1812, se componía del Comandante General, que era entonces La Buria, como presidente; el alcalde mayor de la isla, José Antonio Morales, como vicepresidente, y el fiscal de Guerra, Francisco de Paula Fernández Bredero, como vocal secretario, mas un vocal por cada una de las islas; y la Junta Municipal de Sanidad, que se componía de los dos beneficiados de la Concepción y del Pilar, el médico municipal, dos regidores y dos vecinos. En 1837 se redactó un nuevo reglamento para todas las juntas de sanidad de la provincia, cuyas actividades, simplemente rutinarias en tiempos normales, cobraban alguna importancia en los casos de emergencia, sobre todo en casos de epidemia.

1841 se utilizaron los modelos anteriores a 1822, para volver a las directrices de 1822 en al año 1841, momento en el que se establece el reglamento de Beneficencia. Fue, por lo tanto, una de las muchas iniciativas de carácter social tomadas por las Cortes constitucionales, y que sólo asomaron a la realidad, porque a cada conato de institucionalización le correspondía un retorno del absolutismo, que volvía a colocar las agujas del reloj en la hora cero.

Finalmente, la real orden de 29 de diciembre de 1853 declaraba provinciales todos los establecimientos de beneficencia de las Islas y los ponía bajo la administración de una Junta provincial de Beneficencia. Había entonces un establecimiento de asistencia militar y cuatro establecimientos diferentes de asistencia civil: el Hospital de Desamparados, la Casa de Misericordia, la Casa de Huérfanos y de Maternidad y una Cuna de Expósitos. El Ayuntamiento capitalino, que al principio se aprovechó de esta oportunidad para quitarse de encima el peso de los gastos de Beneficencia, acabó añadiendo a esta lista una Casa de Socorro que había costeado íntegramente. Hubo después algunas sociedades benéficas entre las que sólo se ha mantenido y ha prosperado la Cruz Roja[303]. A partir de 1916 todos los asilos y establecimientos benéficos pasaron bajo la administración de la Corporación insular, es decir, el Cabildo Insular. Cuando se daba el caso de epidemia o de carestía de víveres, la asistencia a los pobres se solía improvisar atendiendo a las necesidades que iban surgiendo, destacando la ayuda prestada por comerciantes y burgueses de la capital isleña.

La organización de la asistencia a los pobres se procuró organizar sobre unas bases permanentes, que tuvieron una importante dificultad para su establecimiento. El primero de los proyecto fue presentado a la Diputación Provincial en 1814 para la creación de una casa de misericordia «con el fin de hacer útiles a los holgazanes y mendigos»; la institución, con numerosas dificultades, no se fundó hasta octubre de 1842, por el Intendente de Rentas y Jefe Político Interino, Epifanio Mancha. Este asilo, solo para ancianos, presentaba instalaciones semejantes a las que se dispusieron para la

[303] La Cruz Roja estableció su comisión central para Tenerife el 21 de agosto de 1895. Tiene local propio en la calle San Lucas, edificado a partir de 1914. Otras sociedades benéficas fueron La Bienhechora, establecida en 1886 en la calle La Luna, La Benéfica, en la calle de la Curva; la X, fundada a fines de siglo, su director Rafael Hardisson y Espou y luego Patricio Estébanez planeó la construcción de un asilo para pobres que después se convirtió en Hospitalito de niños.

Casa de Huérfanos, donde los varones pasaron a ocupar una sección del Hospital de Desamparados, y las mujeres una casa de alquiler frente al mismo Hospital, en la calle de San Carlos.

Más tarde, los ancianos pudieron ocupar otra casa, propiedad de la Junta de Beneficencia, en la calle La Noria. Pasados los años, se creó otro asilo para ancianos pobres que se inauguró en una casa de la calle de la Caleta el 13 de enero de 1912, fecha a partir de la cual quedaba prohibida la mendicidad callejera en la ciudad. También han funcionado en distintas épocas cocinas económicas o gratuitas para los pobres en momentos de mayor presión económica, de epidemias o de guerra.[304]

Sobre el grado de pobreza y mendicidad en la ciudad de Santa Cruz, en el artículo realizado por Bethencourt Alfonso, se articula una reflexión que aborda esta cuestión. Destaca la existencia de *una clase social que, olvidada o despreciada por los hombres, ni aún puede alcanzar los beneficios de una acertada dirección de los intereses comunes dentro del orden de cosas establecido: aludimos al pauperismo*. En cuanto a la asistencia a administrar a estos individuos, el galeno aboga que sea el municipio quien debe dispensarla y no dejarla en manos de la caridad:

> *…en circunstancias normales, en la vida ordinaria de la sociedad no debe abandonarse la existencia de tantos desgraciados a los sentimientos más o menos generosos del individuo; y que los pueblos cometen un inmoral y espantoso crimen no imponiéndose la cristiana carga de sustentar a todos sus miembros inhabilitados para el trabajo. Así como la familia tiene el deber de dispensar toda clase de protección y cariño al padre anciano y al hermano desvalido, en lugar de arrojarlos al camino o a algún establecimiento de beneficencia (¡si lo hay!) donde, aparte de no llenar cumplidamente su misión y ser insuficiente para recoger tantos desheredados, pierden la libertad y la vida íntima de las personas queridas, así el Municipio debe enjugar las lágrimas y dar el pan de cada día a sus hijos castigados por el infortunio (…) ¿no es verdaderamente criminal, y altamente ofensivo a la dignidad humana, permanezcamos con los brazos cruzados, llorando y condoliéndonos de todos esos infelices, eso si, pero sin dar el menor paso, sin hacer la menor gestión para poner término a tanta iniquidad? Y no se crea es difícil y oneroso llevar al terreno de la práctica esta reparación al principio de justicia, especialmente en nuestras islas, donde el espíritu del hombre, influido por la naturaleza, vive y esta preparado para la realización de las grandes obras humanitarias. ¿Por qué cada municipio no incluye en su presupuesto, y en primer orden, la cantidad suficiente para el sostenimiento de sus pobres de solemnidad,*

[304] Durante la epidemia de 1893, en noviembre y diciembre se abrieron listas de suscripción para cocinas económicas para pobres. En enero y febrero de 1907, ante un nuevo temor de epidemia, las cocinas funcionaron durante tres semanas.

prohibiendo en absoluto la mendicidad en su jurisdicción? Con esta justa, equitativa y cristiana medida, desaparecería la más notable deformidad de nuestra actual organización social.[305]

De una manera general, la Beneficencia no ha dejado en Canarias fundaciones trascendentes y de marcada importancia. Los creados por la caridad individual se han mantenido en malas condiciones económicas y han acabado desapareciendo cuando no han sido respaldadas por el Estado. Cioranescu manifiesta que en 1920 había en Canarias 31 fundaciones de beneficencia, con un capital de 99.099 pesetas, que representa 2'24 pesetas por habitante. Este presupuesto era uno de los más bajos a nivel nacional y en él estaban presentes establecimientos privados y públicos. Sin embargo, las dificultades económicas estatales se derivan a la mala situación de los medios de la beneficencia, impidiendo suministrar todos aquellos recursos precisos para cubrir esta necesidad[306].

3.3.1. SITUACIÓN POLÍTICA EN ESPAÑA DURANTE LOS SIGLOS XIX Y XX.

La guerra de la Independencia (1808-1814) es el acontecimiento universalmente aceptado que permitió que la contemporaneidad entrara en España y es, además, el primer referente de una *historia nacional*[307]. En un primer momento, la guerra fue una cuestión regional del enfrentamiento entre Inglaterra y la Francia napoleónica, pero acabó favoreciendo, lo que algunos autores han querido ver como el primer ensayo global de desmantelamiento jurídico del Antiguo Régimen a través de las leyes que surgen de las Cortes de Cádiz, al tiempo que en agosto de 1811 declaran abolido el régimen señorial y, un año después, el día 19 de marzo, aprobaban la Constitución.

Es sencillo comprender la crisis del Estado del Antiguo Régimen, si se atiende a la dimensión transoceánica que tenía la Corona de los Borbones a la que pertenecían numerosos territorios. En el verano de 1811 los ejércitos franceses ocupaban la mayor parte del territorio de la Península, situación a la que se une la Independencia de Venezuela, lo que dará inicio al proceso de emancipación de los territorios españoles en América. Estos sucesos surgen como resultado de la crisis del Estado transoceánico,

[305] BETHENCOURT ALFONSO, J. (1879). *Opus cit,* parte III, nº 7, p. 206.
[306] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*., Tomo IV, p. 79.
[307] PAREDES ALONSO, F. J. *Historia contemporánea de España: Siglo XIX*. Barcelona: Editorial Ariel, 2008, p. 39-53.

definido éste como un conjunto territorial vinculado por la persona del monarca, así como por las relaciones económicas y sociales de orden señorial, inmersos en el despotismo ilustrado[308].

49. Jaontiveros: Frontispicio de la Constitución Española de Cádiz (1812).

El año 1765, puede situarse con el punto en el que se produce la fase final del Estado transoceánico, momento en el que ocurren las reformas ilustradas más avanzadas, concluyendo en 1826, año considerado como el de la independencia del área continental americana y año en el que fracasa, durante el Congreso de Panamá, el proyecto de Simón Bolívar de una unión ínter geográfica suramericana. En el territorio peninsular se completa el proceso con el final de la monarquía absoluta tras la muerte de Fernando VII en 1833. La dificultad para renovar en los planos social, económico y político son las causas fundamentales que explican la descomposición de este tipo de Estado entre los siglos XVIII y XIX[309]. La desarticulación de la monarquía absoluta de los Borbones españoles, en ese momento Carlos IV, fue provocada por la invasión napoleónica, ya que la Corona actuaba como nexo que articulaba a ambos lados del Atlántico. El intento continuista de Fernando VII, en 1814, no cuajó, pese a que

[308] *Ibidem*, p. 5-37.
España había sido un Estado sin parangón si lo comparamos con los países vecinos que presentaban como sistema político el Antiguo Régimen, por contener algo tan peculiar como un imperio colonial de carácter estamental, muy diferente del modelo colonial británico.
[309] *Ibidem*, p. 19-40.
Esta dificultad de «regeneración» interna se hizo más visible cuando se produjo el violento choque con el exterior. Las estructuras del viejo edificio borbónico se estremecieron al ser desplazadas por la máquina de guerra de una nueva y pujante potencia europea: la Francia resultante de la revolución.

se intento desde determinados estamentos fortalecer la figura de la Corona con el propósito de subsistir y provocar un efecto continuista.

Los últimos restos que quedaban del Estado transoceánico eran Cuba, Puerto Rico y Filipinas. Cuba era la principal plataforma colonial después de la pérdida del Imperio continental, sirviendo desde el descubrimiento de estas nuevas tierras como trampolín hacia el continente. Desde España se pusieron en práctica dos formas de actuación para el control de la Isla: atendiendo a lo económico, se estableció una práctica arancelaria sobre las exportaciones e importaciones cubanas, cuyo objetivo era aumentar el contenido de las arcas públicas; y al plano político, se le otorgaron de plenos poderes al capitán general. La obra abolicionista que se estableció en las Cortes de Cádiz quedó suspendida en 1814, con el restablecimiento del absolutismo. Tras la muerte de Fernando VII en 1833 nuevamente se instaura un ideario abolicionista que desmiembra al Antiguo Régimen, pero no logra borrar su huella por completo. Con la desamortización eclesiástica de Mendizábal en 1836, junto a la desaparición de los señoríos, nobles y burgueses asumieron la propiedad de estos territorios, situación que provocó un alto descontento entre las clases campesinas.[310]

Para una correcta comprensión del liberalismo español, este debe ser contemplado desde una doble perspectiva: como una realidad alterada por el intervencionismo militar en forma de pronunciamientos; o como la permanencia de un sistema que mantuvo en lo fundamental sus principios, independientemente de la versión que adquirieran y de su mayor o menor alcance. Pese al protagonismo militar en la acción política, la finalidad no era la instauración de una dictadura militar sino la defensa, en último término, de alguna de las versiones del liberalismo, actuando éstos en nombre de los partidos que configuraban la familia liberal. De esta manera, la evolución del sistema liberal estuvo mediatizada por los distintos grupos sociales que se fueron incorporando a la actividad política, y muy cerca del sucesivo desarrollo económico y social del país. En los primeros momentos, el liberalismo español representaba intentos sucesivos de acomodo a las realidades sociales, económicas y culturales cambiantes del momento. La evolución política del siglo XIX español fue muy

[310] *Ibidem*, p. 168-173.

particular, diferenciándose considerablemente de la acaecida en otros países europeos, más en la forma, que en los contenidos[311]. Es con la Constitución de Cádiz de 1812, cuando jurídicamente el Estado liberal empieza a tomar cuerpo, pero sólo en el campo de los principios, ya que anteriormente éste era superfluamente atendido. España fue uno de los primeros países europeos en consolidar una constitución basada en la soberanía nacional, con división de poderes y derechos individuales.

El Trienio liberal comprendido entre 1820 y 1823, rescató la Constitución, desarticulando jurídicamente el Antiguo Régimen, concretando y aglutinando a las familias políticas del liberalismo español. Guiado por la mano castrense del absolutismo europeo, esta corta experiencia no soportó el embate del absolutista. Durante la década de los treinta, se establece una política denominada reformismo fernandino, encontrándonos, justo antes de la muerte de Fernando VII, un proceso de transición pactada que llevará al establecimiento del sistema liberal. Así, todos aquellos principios absolutistas quedaron filiados a la figura de Carlos María Isidro y el nombre de carlistas, pese a que la hija de Fernando VII, **Isabel II**, fue proclamada reina a los tres años de edad. Cuestiones como la sucesión y la Guerra Carlista fueron el resultado de dos formas de entender la salida a la crisis política.[312]

La Constitución de 1845 estructuraba un modelo liberal de naturaleza restrictiva. Había sido creado por un sector de la elite política en parte protagonista de la transición liberal de los años 30. El moderantismo fue una formula global de construcción del Estado, que parte del principio de la soberanía compartida, las Cortes con el rey, y un sistema representativo limitado por el sufragio censitario, el falseamiento electoral y la actuación determinante del entorno de Palacio. Superadas las soluciones de urgencia de la década anterior, en un contexto condicionado por la Guerra Carlista, el moderantismo fue el primer intento de articulación del Estado liberal sobre un conjunto de reformas que abarcaban la administración, la justicia, la hacienda, la educación y fijaba las relaciones con la Iglesia a través del Concordato de 1851, que

[311] A escala europea, sólo dos modelos responden a una dinámica evolutiva: Gran Bretaña y Bélgica. Los restantes modelos responden a un esquema de actuación sujetos a numerosos desajustes que llevan a la transformación de la escena política como consecuencia de una serie de avances y retrocesos, que en algunos casos llegaron a situaciones de violencia.
[312] *Ibidem*, p. 177-184.

establecía una estrecha ligazón entre ambos marcos institucionales. Dada la frágil articulación de la sociedad civil, las elites políticas del moderantismo tendieron a sustituir esa articulación por una organización sustentada en una pirámide de notables que encaja a la perfección con las relaciones clientelares clásicas de comunidades rurales configurando una primera infraestructura del tejido caciquil.

En 1854 el régimen moderado dejo el testigo durante dos años a la otra rama de la familia liberal: el partido progresista, previo pronunciamiento militar, sin un cambio significativo de las elites políticas. Así se abren dos años de reformulaciones. La caída de los moderados estuvo provocada en última instancia por su propio carácter excluyente, fijando una característica de la trayectoria del liberalismo español, posteriormente reproducida, y que obligaba a las partes excluidas a recurrir invariablemente al apoyo de unos militares, convertidos en líderes de partido, para imponer su propio recambio excluyente. Así, las situaciones políticas se sucedían unas a otras por la vía del pronunciamiento. El bienio comprendido entre 1854 y 1856, cuya máxima expresión jurídico-política fue la Constitución non nata de 1856, dejó su impronta sobre todo en el campo de la economía al reorientar la política económica hacia parámetros más liberales. La legislación bancaria y ferroviaria del periodo permitió una mayor apertura al capitalismo europeo, la construcción de un embrionario sistema financiero y el primer trazado ferroviario español, fueron pieza básica en la estructuración del mercado nacional.

La Constitución de junio de 1869, y su desarrollo posterior, proporcionaron un marco de libertades públicas sin parangón posible en experimentos anteriores, en el que se estableció la estructuración del Estado democrático en la fórmula de la monarquía parlamentaria, liderada por **Amadeo de Saboya** (1870-73). Pero la imposibilidad de articular un sistema coherente de partidos como basamento del régimen acabó impidiendo su funcionamiento. En este aspecto el fracaso de la monarquía amadeísta representa también el fracaso de un sector de la elite política ejemplificado en los enfrentamientos entre Sagasta, Ruiz Zorrilla o Serrano.

Este régimen concebido sin carácter excluyente, no actuó como equilibrador, materializándose en insurrecciones de carlistas y republicanos: los levantamientos republicanos de 1869 o la sublevación general carlista de 1872 son buenos exponentes de dicha situación. En términos sociales, sectores populares de origen rural o urbano,

que habían pretendido una mayor dimensión reformista, en temas tales como la propiedad de la tierra, la cuestión de las quintas o las relaciones capital-trabajo, vieron frustradas sus aspiraciones. Ni el campesino andaluz consiguió colmar su hambre de tierra, ni el naciente movimiento obrero, con la llegada de la Internacional a España a finales de 1868, encontró cauces para su desarrollo al cuestionarse su legalidad. Tampoco la efímera República (1873- 74), instaurada para llenar un vacío de poder tras la abdicación de Amadeo I, encontró suficientes bases políticas y sociales de sustentación. Ni su vocación reformista, ni su proyecto de estructuración federal del Estado lo lograron.

50. Anónimo: La reina Isabel II de España (finales del siglo XIX).

El **Sexenio democrático** (1868-1874) dejó una huella perenne en el desarrollo del liberalismo español: formas de organización de la sociedad civil, libertades individuales, niveles de participación, modernización del Estado y del sistema judicial, régimen representativo, extensión del debate intelectual... en parte asumidos, por convicción o imposición, por el régimen político de la Restauración, preparado minuciosamente por Cánovas del Castillo y que se abre en 1875 tras el pronunciamiento del general Martínez Campos y la coronación de **Alfonso XII**. Algunos autores han denominado sistema canovista, a aquel basado en la Constitución de 1876, siendo la resultante de las variables históricas del liberalismo español: sincretismo de doctrinarismo y principios democráticos conforme el régimen se desarrolle. En este momento, se reproduce la idea de la soberanía compartida, al tiempo que en la práctica diseña un funcionamiento político dominado por el turno de partidos y la utilización del engranaje caciquil. Para Cánovas era la mayor dosis de liberalismo que podía soportar la estructura social y económica del país, buscando un punto de equilibrio que evitara el intervencionismo militar y amortiguara la hipótesis de radicalización social. De todas formas, lo concebía como un sistema elástico, en el que se fueran incorporando reformas que empiezan a cuajar en el decenio de los años 80,

dirigidas por Sagasta, y culminadas en 1890 con la reinstauración del sufragio universal masculino.[313]

Durante el **primer tercio del siglo XX** el panorama histórico-político español presenta más similitudes con los países europeos occidentales de lo que en principio se ha supuesto. En toda Europa asistimos a la crisis de los sistemas políticos del liberalismo más notables que había predominado a lo largo del siglo XIX. Las masas irrumpen en los espacios de poder, siendo la época de la primera construcción de la democracia de masas, lo que genera un conjunto de reacciones defensivas por parte de las tradicionales elites de poder que difícilmente asimilan las nuevas realidades sociales que emergen al compás de los procesos de modernización. Así los primeros decenios del siglo XX, más que entenderlos bajo la clave de la inestabilidad política permanente, resulta preciso articularlos en un marco más amplio de comprensión que tenga en cuenta los desfases y desajustes entre los diversos ámbitos en los que se realizan las prácticas políticas y económicas de los conjuntos sociales en sus múltiples diversidades.

En 1900, España está tremendamente afectada por la crisis de 1898. La pérdida de las últimas colonias, Cuba, Puerto Rico y Filipinas, en la guerra contra los Estados Unidos de Norteamérica, abrió un gran debate intelectual sobre *los males de la patria*. Fue la hora de los regeneracionistas para que el país recobrase el pulso, planteando una estrategia de acción para transformar los tres planos fundamentales del quehacer social del hombre: políticamente, era preciso superar las prácticas caciquiles y que la política respondiese a los movimientos de opinión pública y a la libre controversia entre los ciudadanos, ensanchando los cauces de la toma de decisiones; socialmente, los discursos regeneracionistas aspiraban a la constitución de un país de clases medias; y económicamente, la extensión de la industrialización siempre estaba presente. En suma los regeneracionistas pretendían una serie de modernizaciones con el objetivo de conformar un Estado revitalizado y la consolidación de una sociedad civil. En Cataluña y el País Vasco estos discursos añadían variantes muy significativas que hacían referencia a la ordenación del Estado, reclamando el autogobierno.[314]

[313] VILAR, P. *Historia de España*. Madrid: Barcelona, 2008, p. 102-147.
[314] PAREDES ALONSO, F. J. (2008). *Opus cit.*, p. 429-459.

Uno de los grandes problemas que tuvo el mundo político monárquico fue la desmembración de los dos partidos históricos en familias, labor que logran Cánovas y Sagasta. Pero cuando ambos desaparecieron, el panorama cambió radicalmente. A pesar de la altura y significación de los nuevos políticos, ninguno de ellos logró reproducir la *auctoritas* de sus antecesores. Así resultaba más complicado enfocar un plan de reformas, desde unas plataformas políticas fragmentadas. La hondura de las reformas necesarias, aparte de la vocación suficiente para llevarlas a cabo, exigía unas estructuras más consolidadas.

Hasta 1912 se recoge una secuencia de proyectos reformistas frustrados y como contrapartida un auge de las demandas sociales que configuran nuevas realidades políticas. Los dos intentos regeneracionistas más relevantes correspondieron al gobierno largo de Antonio Maura (1907-1909) desde el partido conservador y al bienio de Canalejas (1910-1911) desde las filas liberales. Los esfuerzos del primero se centraron en la búsqueda de nuevos cauces políticos que además acentuarán su protagonismo en el partido conservador. La ley electoral de 1907 fue su realización más significativa. En su programa ya se atisba cierta veleidad corporativa que posteriormente tomará cuerpo en el maurismo autoritario. La Semana Trágica de 1909 y las disensiones en el campo conservador acabaron con el gobierno de Maura[315]. El proyecto político de Canalejas abrió el debate sobre tres cuestiones de gran calado: las relaciones Iglesia-Estado, por ahora controlando la proliferación de órdenes religiosas, las relaciones capital-trabajo y la posible reordenación del Estado, con la aprobación de la Mancomunidad de Cataluña, que entrará en vigor en 1914, a base de la reunión de las cuatro diputaciones catalanas

[315] Importante el significado de la Semana Trágica por los ingredientes que intervinieron en ella: en primer lugar el rechazo de la población de Barcelona a la guerra de Marruecos, siempre impopular, que actúa como principal variable exterior de la evolución política española durante el primer tercio del siglo XX; en segundo lugar la capacidad de movilización del anarquismo barcelonés, en proceso de organización, que dará lugar en 1911 al nacimiento de la Confederación Nacional del Trabajo (CNT) protagonizando, en competencia con la socialista Unión General de Trabajadores (UGT), el sindicalismo español hasta 1939; y en tercer lugar el auge del nacionalismo catalán que en 1907 ha conseguido su primer gran triunfo electoral, desplazando a los partidos dinásticos, bajo la denominación de Solidaritat Catalana que agrupó al catalanismo conservador de la Lliga y a los pequeños grupos republicanos. La Semana Trágica tomó una expresión anticlerical en la quema de conventos y fue sofocada por el ejército. La represión posterior, cuyo exponente mayor fue la ejecución del pedagogo anarquista Ferrer Guardia, favoreció la caída de Antonio Maura.

en un solo organismo presidido por Prat de la Riba, veterano teórico del catalanismo conservador.

51. Anónimo: El General Miguel Primo de Rivera y Orbaneja (1930).

A partir de 1912 la política española entra en una pendiente de inestabilidad y crisis que desembocará en la dictadura de 1923. Los gabinetes se suceden demencialmente, sin que pudieran cuajar programas de gobierno alguno. A pesar de que surgen proyectos razonables de corte reformista, cada vez resulta más complicada la consecución de mayorías estables. La fragmentación de los partidos dinásticos se hace más acusada y voces autorizadas como la de Santiago Alba apenas encuentran eco. Esta crisis política se refiere fundamentalmente al mundo monárquico regulado por la Constitución de 1876.

En septiembre de 1923 el general **Primo de Rivera** encabezó un golpe militar en nombre del ejército como corporación, dando inicio a siete años de dictadura que dejó en suspenso al mundo constitucional de 1876 como respuesta a la crisis política y a la guerra de Marruecos, con la responsabilidad desde la Corona. La dictadura concilió en sus primeros tiempos un consenso, llegando su gran momento en 1925, cuando una intervención militar hispano-francesa resolvió la guerra de Marruecos. La otra cuestión que interesa destacar corresponde a la política económica de marcado carácter nacionalista que plantea el intervencionismo estatal que se tradujo en numerosas obras públicas que activaron la economía; este modelo, será el referente para el diseño de la autarquía franquista tras la Guerra Civil.[316]

Tras 1926, se acrecentó la oposición a la dictadura. Su visión centralista la enfrentó a los nacionalismos catalán y vasco, a lo que se unió la oposición del anarcosindicalismo, principal objeto de la represión de la dictadura desde 1923. Poco a

[316] *Ibidem*, p. 483-538.

poco, las antiguas elites políticas se pasaron al campo opositor con intentonas insurreccionales que encontraron algún apoyo militar. El momento decisivo fue en 1929, cuando el Ejército negó su concurso a una dictadura cuyo principal error estratégico fue la imposibilidad de dotarse de unas estructuras institucionales propias. Finalmente Primo de Rivera perdió el apoyo del rey y presentó la dimisión en enero de 1930. Alfonso XIII salió mal parado de la dictadura. Se le reprochaba haber sido el inductor del golpe de 1923, haberlo propiciado o en todo caso no haber hecho nada por evitarlo. Por aceptación o por inacción se hacía responsable al rey, comandante y jefe del Ejército. La opinión pública republicana salió reforzada de la dictadura, sobre todo gracias al apoyo de los principales sectores intelectuales del país que elaboraron un discurso cuyo mensaje latente o explícito hacía hincapié en la incapacidad de la monarquía para modernizar España.[317]

Poco efectivos fueron los esfuerzos de los gobiernos Berenguer y Aznar (febrero 1930 - abril 1931) para restablecer la situación constitucional de 1876. Las disensiones internas y los fallos estratégicos en el campo monárquico, unidos al auge del republicanismo, cuyo discurso se hizo hegemónico, frustraron esa especie de retorno al pasado como si nada hubiera sucedido. Finalmente las elecciones municipales del 12 de abril de 1931 adquirieron una naturaleza plebiscitaria de hecho sobre la forma de gobierno. El triunfo de la conjunción republicano-socialista fue masivo en los grandes centros urbanos, verdaderos barómetros de la opinión pública. Falto de apoyos, Alfonso XIII suspendió el ejercicio de sus funciones regias y tomó el camino del exilio, prácticamente al mismo tiempo que se proclamaba la República.[318]

La instauración del régimen republicano, con la **II República Española**, lograda gracias al pacto entre republicanos y socialistas, supuso una alteración del rumbo de la

[317] *Ibidem.*
[318] *Ibidem*, p. 491-521.
En este proceso fue básico el papel jugado por amplios sectores de la intelectualidad de la época, que crearon la Agrupación al Servicio de la República. Eran los elementos más representativos de la llamada *edad de plata* de la cultura española, que aglutinó a las llamadas generaciones de 1898, 1914 y 1927, que alcanzaron su mayor relevancia en el campo literario con figuras tan destacadas como Unamuno, Valle-Inclán, Ortega y Gasset, Gregorio Marañón, Federico García Lorca o Rafael Alberti. En este despertar intelectual tuvo un particular protagonismo la Junta para Ampliación de Estudios, con figuras de la talla de Santiago Ramón y Cajal, Simón Bolívar, Ramón Menéndez Pidal o Blas Cabrera.

política española. La etapa reformista se extendió hasta octubre de 1933. Por el Gobierno de España, pasaron políticos que iban desde los republicanos más moderados encabezados por Niceto Alcalá Zamora, presidente de la República desde diciembre de 1931 hasta abril de 1936, al republicanismo de centro izquierda, personificado en la figura de Manuel Azaña y su grupo de Acción Republicana, pasando por el partido radical de Alejandro Lerroux, cargado de contenidos populistas.[319]

La Monarquía Española, junto a las corrientes conservadoras, quedó fuera de la circulación política el 14 de abril de 1931, tardando tiempo en recomponerse dentro de la nueva situación. En 1932 se organizó la Confederación Española de Derechas Autónomas (CEDA), a cuya cabeza estaba Gil Robles, configurada por diversos grupos como Acción Popular y la Derecha Regional Valenciana. El problema estribaba en el difícil encaje de la CEDA en una república laica y progresista según la Constitución de diciembre de 1931 que había definido el nuevo régimen como una *república de trabajadores de toda clase*. La derecha monárquica antiparlamentaria, antirrepublicana y partidaria de una monarquía corporativa se organizó en torno a Calvo Sotelo en Renovación Española. La versión española del fascismo nació en 1933 con la reunión de diversos grupúsculos en Falange Española de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista, dirigida por José Antonio Primo de Rivera, hijo del dictador, cuya escueta aparición previa al Alzamiento del 1936 no contradice su importancia posterior. En una ambientación análoga se situaban los restos del carlismo histórico.[320]

Desde la instauración del régimen, éste fue visto, por el conservadurismo español como una opción de izquierdas, cuya vocación reformista procuraba modificar numerosas pautas tradicionales y cuestionaba ámbitos seculares de poder. El laicismo, el contenido social y la posibilidad de reordenar el Estado, previstos en la Constitución de 1931, presentan un amplio proyecto reformista que coloca en posición expectante a los conservadores. Esta incomoda tendencia política con el nuevo marco constitucional, no tardó mucho en hacerse sentir. Simplificando la cuestión, puede afirmarse que entre

[319] En cuanto al PSOE pronto se convirtió en el partido con mayor impronta electoral y calado social del arco republicano, pero sujeto a fuertes conflictos internos en los que se entremezclaban las rivalidades personales y los argumentos contrapuestos de cuál debía ser el papel del partido en la joven democracia republicana.
[320] PAREDES ALONSO, F. J. (2008). *Opus cit,* p. 502-541.

1932 y 1936 las diferentes formulaciones y organizaciones conservadoras se movilizaron para reivindicar la reforma de la Constitución y cuyo máximo se colocó en una negación por parte del régimen republicano a partir de la insurrección armada en colaboración con sectores del ejército. Dentro de este marco, se inscribe la intentona golpista por parte del ámbito castrense liderada por el general Sanjurjo en agosto de 1932, situación fácilmente resuelta por el Gobierno republicano.

El programa reformista procuró modificar situaciones que abrieran a la Nación hacia modelos que se habían desarrollado en otros países europeos. Pese a ello, éste fue depurado y parcialmente ejecutado entre 1931 y 1933. Abarcaba un amplio repertorio de temas de muy diferente índole: la propiedad de la tierra, la configuración y conformación del Ejército, las relaciones entre Iglesia y Estado, la redefinición del Estado, las relaciones capital-trabajo, las relaciones de género y la universalización de la cultura, entre otras. Algunas de estas reformas se emprendieron de manera contundente y con decisión, otras con tibiamente rociadas de inexperiencia y desconocimiento.[321]

52. Anónimo: Alegoría de la Segunda República Española (1931-1936).

Una de las reformas mayor trascendencia fue la agraria, que ocasionó una de las polémicas más intensas y sangrantes del periodo republicano. Con ella, se pretendía una transformación de las estructuras de la propiedad de la tierra, situación anclada en los modelos del Antiguo Régimen, y que abrió la esperanza de numerosos campesinos procedentes de los grandes latifundios españoles. La sociedad liberal que surgió durante la tercera década del siglo XIX, había propuesto un modelo antagónico a los modelos reformistas republicanos, favoreciendo la concentración de tierras en unas pocas manos privilegiadas. La desaparición de los

[321] *Ibidem*.

señoríos convirtió a la nobleza en grandes terratenientes. Las desamortizaciones de Mendizábal y Madoz se hicieron en beneficio de una novedosa clase social, que comenzaba a surgir, la burguesía. Esta situación había llevado al campo a un lugar originario de conflictividad social, situación que se mantuvo perenne hasta la finalización del siglo XIX. El 14 de abril de 1931 supuso para la España agraria un momento decisivo para alterar radicalmente la rancia y secular situación. Sin embargo la ley, de Reforma Agraria de 1932, constituía un articulado legal que técnicamente era complicado y ambiguo, con cierta timidez en puntos de trascendencia para efectuar una adecuada reforma. A ello, se unió un planteamiento con un ritmo tan lento en su desarrollo que hizo surgir entre la población agraria una sensación de desengaño, sin que ello evitara el temor de los propietarios y su oposición al nuevo régimen.[322]

La separación Iglesia-Estado originó una situación de malestar por parte del clero español. La quema de conventos de mayo de 1931 en Madrid no ayudó a crear las condiciones para el debate de esta cuestión, a lo que se unió la expulsión de los jesuitas y el papel jugado por el primado cardenal Segura, que ahondaron el problema. La laicización del Estado, de la sociedad y de las relaciones entre ambos, era una de las reivindicaciones básicas del republicanismo histórico en cualquiera de sus variantes y condición necesaria para la democratización política. La Constitución promulgada en 1931 estableció que el Estado no tenía religión alguna, ni sufragaba ningún culto, además de imponer severas restricciones a las congregaciones para ejercer la enseñanza.

En 1931, el Ejército español era una maquinaria obsoleta y carente de operatividad ante cualquier situación bélica que se pudiera plantear. En él se dieron dos vertientes: una a favor del movimiento reformista característico de la política republicana, y otras, en contra de Gobierno republicano y sus actuaciones. Pero se imponía un programa de modernización técnica y política de la mano de Manuel Azaña, quien era un gran conocedor del tema y estableció una reforma en profundidad del mundo castrense, que fue mayoritariamente entendida en los cuarteles como un ataque a la corporación: disminución del número de oficiales, sustitución de hombres por

[322] PAYNE, S. G. *La primera democracia española. La Segunda República 1931-1936*. Barcelona: Paidós, 1995, p. 103-150. Colección Estado y Sociedad.

máquinas, reformar de las enseñanzas militares, así como asociarlas a la Universidad, someter a los militares al poder civil, limitar su influencia política, republicanizando a la institución, conformando éste el horizonte de las reformas.

Pero, la cuestión más delicada y escabrosa que produjo numerosas tensiones en todo el territorio nacional, fue la reordenación del Estado que abandonaba el centralismo. La Constitución de 1931, establecía claramente el carácter unitario de la República, reconociendo la pluralidad cultural de España y estableciendo los cauces para la descentralización política. En 1932 entró en vigor el Estatuto Catalán, primer peldaño de la futura federación a la que pretendían llegar en Cataluña. Cuando se produce el estallido de la Guerra Civil, en 1936, el Estatuto Vasco estaba en avanzado proceso, siendo aprobado por las Cortes el primero de octubre de 1936. El Estatuto Gallego estaba en una fase anterior y no llegó a aprobarse. La iniciativa estatutaria apenas se había puesto en marcha en otras regiones españolas. El Estatuto Catalán provocó desesperación y desasosiego en ámbito castrense y en los sectores más conservadores de la política española, que veían en la nueva legislación los primeros pasos hacia un territorio fracturado y roto.[323]

Entre 1931 y 1933 la coalición republicano-socialista desarrolló movimientos centrífugos que acabaron por cuartearla. Téngase en cuenta que la coalición se creó con el objetivo de abrir las puertas al régimen republicano y procurar su primera institucionalización, pero una vez conseguido esto, el día a día de la política favoreció que afloraran diferencias ideológicas y personales. La ruptura de la coalición republicano-socialista obligó a convocar elecciones para octubre de 1933. Por primera vez la mujer participó en unas elecciones parlamentarias. La desunión de los antiguos partidos de la coalición facilitó el triunfo relativo de la CEDA. El sistema electoral mayoritario premiaba con exceso a los partidos más votados. De ello se benefició la

[323] No podemos olvidar que el 14 de abril de 1931 en la Puerta del Sol de Madrid tuvo su correlato en la plaza de San Jaime de Barcelona cuando Françesc Macià proclamó la República Catalana, dentro de la República Española, es decir, adelantó una definición federal para el régimen recién instaurado. De hecho el Gobierno provisional estableció un pacto con el nacionalismo republicano catalán que logró bajo la dirección de Maciá unirse en un único partido, Esquerra Republicana de Catalunya, y conseguir la hegemonía política en detrimento de la conservadora Lliga. El pacto planteaba la aprobación de un estatuto autonómico para Cataluña.

CEDA en 1933, como la hará el Frente Popular en febrero de 1936. El bienio 1934-1935, justamente se le calificó con el apelativo de contrarrevolucionario, ya que se produce un vuelco en la política durante este periodo. La CEDA era una coalición de partidos de diferente procedencia ideológica pero unidos en su tajante oposición al modelo de República nacido en 1931. En sus filas había sectores proclives a una salida política autoritaria o antiparlamentaria, análoga a otras dictaduras europeas, que convivían con sectores demócrata-cristianos capaces de aceptar la República siempre y cuando la Constitución fuera reformada en profundidad, sobre todo en lo referente al tema religioso.[324]

A lo largo de 1935 la política se radicalizó, concentrándose en dos bloques antagónicos. A la derecha cada vez tomaron más arraigo las soluciones autoritarias en sus diferentes versiones; en la izquierda la aproximación se realizó a través de la estrategia del frente popular antifascista propugnada por el partido comunista. Mientras tanto el presidente Alcalá Zamora reiteraba su idea de constituir un partido de centro que actuara como factor de equilibrio. Las elecciones de febrero de 1936 dieron la victoria al Frente Popular. De manera excepcional los anarquistas votaron en pos de la amnistía para los 12.000 presos políticos por los sucesos de Asturias. Para los partidos republicanos el triunfo significaba que la República recobraba sus señas de identidad de abril de 1931 y su talante reformista. Pero las circunstancias interiores y exteriores habían cambiado y los niveles reivindicativos también. Para el movimiento obrero las transformaciones sociales deberían abordarse con decisión y profundidad, alcanzando cotas mucho más elevadas que las previstas en 1931.

Manuel Azaña formó el gabinete del nuevo gobierno con miembros procedentes de las filas republicanas, renunciando los socialistas a entrar en éste. Esta situación provocaba que el gobierno fuera débil para la tarea que habría de afrontar, y no era lo menor controlar a sus propias bases sociales, proclives a realizar las reformas a través de las acciones directas, cuyo mejor exponente fueron las ocupaciones de fincas. En el mes de abril el parlamento destituyó al presidente de la República, Niceto Alcalá Zamora, incompatible con la nueva situación frente populista, eligiendo en mayo como

[324] PAREDES ALONSO, F. J. (2008). *Opus cit.,* p. 522-541.

presidente a Azaña. El candidato más razonable era el socialista Indalecio Prieto, pero las divisiones en el interior del PSOE frustraron la operación: Largo Caballero se opuso frontalmente. Y la jefatura del gobierno cayó en manos del inoperante y gris Casares Quiroga, sometido políticamente a Manuel Azaña, incapaz de gestionar una situación política muy radicalizada en el Parlamento, en la calle y en los cuarteles.[325]

La **Guerra Civil Española** dará comienzo con el sublevamiento del ejército contra el gobierno republicano entre los días 17 y 20 de julio de 1936. Se trataba de una rebelión militar que poseía también un sólido apoyo político y civil. Desde el triunfo del Frente Popular en las elecciones de febrero de 1936, el alzamiento militar había sido cuidadosamente preparado, a base de los jefes y oficiales integrados en la Unión Militar Española (UME). La dirección técnica recayó en el general Mola, comandante militar de la plaza de Pamplona, y se desarrolló con cierta facilidad dada la inoperancia del Gobierno para combatirlo. En los primeros meses de la guerra, el poder del gobierno republicano fue meramente nominal. En gran medida la historia política republicana a lo largo de la Guerra Civil se concentra en el esfuerzo por reconstruir el poder del Estado. Su primera expresión la encontramos en el gobierno constituido por Largo Caballero en septiembre de 1936 y su logro más acabado a partir de la gestión del primer gobierno presidido por Juan Negrín, en mayo de 1937. Hasta esta fecha la situación política en la zona republicana responde al dilema de que la guerra esta intrínsecamente unida a la revolución, secundada por la CNT y el POUM, o la prioridad de vencer al enemigo común y dejar aparcada la revolución para un futuro incierto, defendida por el Partido Comunista Español (PCE), la mayoría del PSOE y los pequeños partidos republicanos.

Quedó abolida la legislación reformista del periodo anterior a la Guerra Civil, tanto en los ámbitos económico y social como religioso. Hasta octubre de 1936 el primer

[325] PAYNE, S. G. (1995). *Opus cit,* p. 103-150.
En términos políticos, en la sublevación de julio de 1936 confluyen varios vectores. El sustrato fundamental es de corte monárquico-corporativo, y vendría representado por la significación ideológica del partido Renovación Española, liderado por Calvo Sotelo. A él se unían la falange, los carlistas, sectores de la CEDA y un conjunto indeterminado ideológicamente pero claramente antirrepublicano, conservador y por tanto, contrario al frente popular y al proyecto reformista de 1931-1933. En esta última tendencia se situaban la mayoría de los generales rebeldes. El 20 de julio de 1936 ya era evidente que la guerra civil era un hecho. La rebelión militar había fracasado en las grandes ciudades de impronta republicana y obrera. Por el contrario el Gobierno no había podido contener el golpe en las regiones más conservadoras del país.

entramado de gobierno de los rebeldes fue la Junta de Defensa Nacional, presidida por el general Cabanellas y de composición enteramente militar. Para los militares el tema del mando único era una necesidad inmediata, el vértice de una política de guerra eficaz. Franco era el general mejor colocado para ejercer este mando. A pesar de la oposición del general Cabanellas, el primero de octubre se publicó el decreto convirtiendo a Franco en generalísimo de los ejércitos y en jefe del Estado español, mientras durase la guerra. Posteriormente la marcha de la guerra y una eficaz propaganda que elaboró y divulgó la teoría del caudillo invicto, impregnada de connotaciones religiosas, incrementó progresivamente el poder absoluto de Franco. En abril de 1937 unificó a todos los grupos políticos que habían apoyado la rebelión militar en un partido único: Falange Española Tradicionalista y de las JONS. Las desapariciones sucesivas de los generales Sanjurjo y Mola, y de José Antonio Primo de Rivera, fusilado, éste último, en la cárcel de Alicante el 20 de Noviembre de 1936, facilitaron la consolidación del poder de Franco. El apoyo de la Iglesia Católica a la rebelión militar entraba en la lógica de las complicadas relaciones entre Iglesia y Estado desde 1931. La dura persecución anticlerical a lo largo de los primeros meses de la guerra en la zona republicana vinculó, más si cabe, a la Iglesia con los sublevados. La doctrina oficial de la Iglesia quedó expuesta en la Carta Colectiva de los obispos españoles que el Cardenal Gomá hizo pública el primero de julio de 1937: el derecho a la rebelión contra el mal gobierno; la sublevación como fenómeno preventivo frente a una revolución comunista en ciernes; el carácter religioso de la guerra en términos de cruzada.[326]

Las consecuencias de la guerra fueron terribles en todo el territorio español, menos dura en Canarias, lugar de donde se partió para la reconquista de España: destrucciones urbanas, del patrimonio histórico o del tejido económico, a lo que se agregó un importante número de bajas en la población: unos 250.000 muertos y desaparecidos y 400.000 exiliados. Entre estos últimos había individuos muy cualificados

[326] *Ibidem*.
La postura del Vaticano aunque favorable a la causa franquista fue mas cautelosa que la de los obispos españoles, seguramente por influencia de los sectores católicos liberales de otros países europeos. Tal fue el caso francés, algunos de cuyos obispos presionaron al Vaticano desde finales de 1937 para que se aprobase el restablecimiento del culto católico en la España republicana, medida propuesta por el gobierno presidido por Negrín. Sin embargo el Vaticano, alegando motivos de seguridad archivó una cuestión que había provocado inquietud en los medios políticos franquistas.

por su labor intelectual y profesional, que fueron a poblar los centros urbanos de muchos países, en especial de México. Los muertos de la guerra lo fueron en combate o en la retaguardia. De todas las operaciones bélicas la más mortífera fue la batalla del Ebro. Sobre todo en los primeros meses del conflicto la represión en ambas retaguardias alcanzo gran intensidad. En el lado republicano cabe hablar de una represión incontrolada, que adquiere un fuerte tono anticlerical y coincide con los momentos de mayor debilidad del Estado. En la zona nacional la represión fue más sistemática y calculada, emprendida directamente por las nuevas autoridades militares con el fin de desarticular cualquier tipo de resistencia de los militantes republicanos y exterminarlos.

53. Pablo Picasso: *Guernica* (1937).

El gobierno republicano fue sucedido por la **Dictadura del General Franco**, también llamada Franquismo, que estableció algunas de sus características más relevantes durante la guerra civil, donde se afirmó la teoría del caudillaje alrededor de Franco. Las medidas políticas adoptadas bajo la supervisión de Serrano Suñer, cuñado del dictador, en los años de la guerra y los inmediatos de la posguerra se encubrieron bajo la retórica combinada y cargada de ambigüedades del fascismo triunfante y del nacionalcatolicismo, materializada en la creación del partido único Falange Española Tradicionalista (FET) y de las JONS, y el protagonismo de una Iglesia militante fortalecida con el nuevo gobierno. El Franquismo se sustentará sobre tres pilares: el nacionalcatolicismo, los militares franquistas y el partido único[327]. Con la dictadura de

[327] *Ibidem*.

Franco se destruyó el proceso de modernización que desde inicios del siglo XX había emprendido la sociedad española y encarnado paradigmáticamente la II República. La sistemática represión que caracterizó a los miembros del alzamiento desde julio de 1936, fue la piedra armilar sobre la que se asentó la dictadura. Cientos de miles de republicanos partieron hacia el exilio en los últimos meses de la Guerra Civil tras la caída de Cataluña.[328]

Altamente costosa para la sociedad española fue el exilio, opción por la que se decantó la elite cultural y científica que había alentado la modernización de España desde los presupuestos del regeneracionismo y la Institución Libre de Enseñanza, y la apuesta por Europa tras el *desastre del 98* fue perseguida con particular saña, como portadora de los valores liberales y abiertos a las nuevas corrientes científicas y de pensamiento que trataban de acercar a la sociedad española a la modernidad. Las leyes de Responsabilidades Políticas de 1939 y de Represión de la Masonería y el Comunismo de 1940, como posteriormente el Tribunal de Orden Público, fueron las herramientas legales que se emplearon para una represión indiscriminada y sin garantías jurídicas.

Cuando la Segunda Guerra Mundial cambio de signo la retórica fascista de Falange fue convenientemente atemperada, remarcando el componente del conservadurismo reaccionario español, adobado de un marcado anticomunismo. Quedaba así claro el carácter instrumental que para el dictador tenía su alianza con la Italia fascista y el nacionalsocialismo, más próximo al pensamiento antiliberal y antimoderno del ultamontanismo católico representado por el nacionalcatolicismo. De ahí sus diferencias sustanciales con el fascismo y el nacionalsocialismo, fue una dictadura alérgica a las masas, más allá de su instrumentación circunstancial mediante la exacerbación de un rancio nacionalismo españolista, cuyo poder y longevidad se asentó en el permanente recuerdo de la guerra civil para cohesionar la adhesión de los sectores de la sociedad española que apoyaron al bando nacionalista e imponer el terror y la persecución a los vencidos en la guerra, a través del ejercicio sostenido de la represión.

[328] ROMERO SAMPER, M. *La oposición durante el franquismo*. *El exilio republicano*. Madrid: Ediciones Encuentro, 2005, p. 13-39.
Unas 450.000 personas estaban refugiadas en Francia al finalizar la guerra, cerca de la mitad de ellos no retornaron, lo que los condenó a un exilio interminable en el país vecino, el resto a su regreso engrosó las filas del exilio interior; otros tantos fueron objeto de la represión, unos 270.000 fueron internados en campos de concentración, sometidos a consejos de guerra; 50.000 terminaron frente al pelotón de fusilamiento, otros muchos fueron condenados a largas penas de cárcel, muchos de ellos convertidos en mano de obra esclava en los batallones de trabajo. Todavía en 1950 había 30.000 presos. Los que lograron escapar a la muerte o a largas condenas de presidio fueron sometidos a una sistemática depuración, que llevó a la pérdida de sus empleos, sobre todo en el sector público, y al destierro, atemorizados por el terror y la represión iniciaron un largo exilio interior que no termino hasta la muerte del dictador y la consolidación de la democracia en España.

54. Anónimo: Francisco Franco tras finalizar la Guerra Civil Española (1939).

En lo referente a los costes materiales de la guerra fueron cuantiosos, pero notablemente inferiores a los sufridos por Italia y Alemania en la Segunda Guerra Mundial, por lo que el retraso en la recuperación del crecimiento económico debe ser explicado por otras razones, tanto internas, fruto de la inviable y, en numerosas ocasiones, delirante política autárquica, como externas, debido al aislamiento internacional de la dictadura durante la larga posguerra. La renta nacional había descendido en 1939 alrededor de un 28 % respecto de 1936, la producción agrícola lo hizo en un 20 % y la industrial en un 30 %, las infraestructuras de comunicaciones fueron particularmente afectadas, el 40 % del parque ferroviario fue destruido, la marina mercante cayó en más de un 30 % y las comunicaciones postales y telegráficas sólo a partir de 1948 y 1951 recuperaron los volúmenes postales de 1935. A todo ello, se le unió la desaparición de las reservas de divisas y de oro.

En 1945, con el final de la Segunda Guerra Mundial, se complicó la situación de la dictadura. El veto internacional fue claro, cuando en la conferencia de San Francisco que dio lugar al nacimiento de las Naciones Unidas, de la que la dictadura de Franco fue excluida del nuevo sistema internacional; en la Conferencia de Potsdam, los aliados declararon su incompatibilidad con el régimen de Franco, a lo que se unió el cierre de fronteras por Francia a la dictadura, unos meses después en 1946; también fue relevante el hecho acaecido en diciembre de 1946, cuando la ONU decidió la retirada de los embajadores mientras no se restableciera un régimen democrático en España. Fue el momento más crítico para la dictadura. Su aislamiento internacional y las dificultades de una economía en bancarrota introdujeron fuertes incógnitas sobre la supervivencia de la dictadura. En este contexto crítico, la ayuda recibida en 1947 por la Argentina de Juan Domingo Perón fue decisiva para aliviar el desabastecimiento alimentario de España.

3.3.2. LEGISLACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA (SIGLOS XIX Y XX).

Durante siglos el ejercicio de la medicina y la asistencia se rigió por las tradicionales disposiciones de los Reyes Católicos en 1477 y, posteriormente, durante el reinado de Felipe II, en 1593, que establecían dos figuras profesionales bien definidas: los médicos o físicos, encargados de la asistencia de las enfermedades internas y los cirujanos, ocupados de las afecciones externas; y dos clases profesionales subalternas denominadas, los barberos y las comadres o parteras.[329]

Los médicos obtenían el grado de bachiller en una universidad y, tras dos años de práctica junto a un profesor autorizado y examen de reválida ante el Protomedicato, alcanzaban primero el título de licenciado y posteriormente el grado de doctor en medicina. Los cirujanos se dividían en: *latinos o* cirujanos de ropa larga o toga, de formación latina que precisaban tres cursos en instituciones médicas además de sus estudios específicos, y *romancistas, o* cirujanos de ropa corta, cuyos mínimos estudios se suplían con una certificación de prácticas que les permitiría acceder a los exámenes. De forma paralela los cirujanos latinos, de formación universitaria, necesitaban cursar unos estudios similares a los de los médicos pero su condición social era bastante inferior.

Con respecto a las clases subalternas, los primeros, los barberos, estaban autorizados por el médicos para las bajas operaciones quirúrgicas, lo que los conformó como una importante corporación constituida en cofradía. A pesar de que las diferencias que existían entre los barberos y los cirujanos estaban muy marcadas, éstos no ponían obstáculos, cuando un barbero distinguido por sus conocimientos en cirugía, en recibirlos en su colegio y en dispensarles de la lengua latina en sus exámenes. Antiguamente, los barberos independientemente del corte del pelo, presentaban entre sus competencias la de dentistas o médico-cirujano, pudiéndonos encontrar que durante la Edad Media, llegaran a realizar actividades como la extracción de piezas dentarias y sencillas intervenciones de cirugía menor o sangrías, entre otras. Con respecto a las segundas, éstas se encargaban, desde la Antigüedad, de ayudar en el trabajo del parto, labor que han desempeñado hasta la actualidad. Su figura se

[329] MUÑOZ GARRIDO, R. Empíricos sanitarios españoles de los siglos XVI y XVII. In, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. nº 6; 1967, p. 101-133.

confundía con la del cirujano hasta bien entrado el siglo XVIII, momento en el que comenzaron a separarse.[330]

A comienzos del siglo XVIII, Felipe V, procedente de la corte francesa, reorganiza tanto el sistema sanitario como a los profesionales que lo conformaban y estaban más directamente relacionadas con la salud: médicos, cirujanos y farmacéuticos, manteniéndose vigente por más de un siglo. A partir de 1748, paulatinamente se van creando los Reales Colegios de Cirugía, en los que se preparan a los cirujanos cuya asistencia, en un primer momento, va orientada al entorno castrense (la Armada y el ejército), para poco a poco ir destinando su asistencia a la población civil. No es hasta finales del siglo XVIII, en 1797, cuando por medio de una Real Orden se establece la frontera entre la medicina y la cirugía, estableciendo la excepción en casos mixtos; además, se estipula la prohibición del ejercicio médico a los cirujanos romancistas. Por lo tanto, la sanidad en la España durante el siglo XVIII, era ejercida por una considerable cantidad de profesionales con clases sociales y categorías diferentes, donde existía una marcada rivalidad entre ellas: los cirujanos pretendían un ascenso a una clase superior para ser considerados equivalentes a los médicos.[331]

El siguiente siglo, el XIX, sobre todo en su primera mitad, se va a caracterizar por

[330] MELLADO, F. DE P. *Enciclopedia moderna. Diccionario Universal de Literatura, Ciencias, Arte, Agricultura, Industria y Comercio*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Mellado, 1864, p. 1079-1080. Tomo I.

[331] AMASUNO SÁRRAGA, M. El control social de la práctica médica. In, GARCÍA BALLESTER, L. (Dir.). *Historia de la ciencia y de la técnica en la Corona de Castilla*. Tomo I. Salamanca: Junta de Castilla-León, 2002, págs. 827-830.
Como en épocas anteriores, la medicina popular era empleada para subsanar aquellas situaciones que salían de lo cotidiano. Si la dolencia se producida por causas naturales, era practicada por todo tipo de personas, pero que requerían unos conocimientos o fueran expertos en el manejo de hierbas o dominio de los males corporales, si las causas eran espirituales se encargaban los curanderos y los sacerdotes, pensaban que las enfermedades tenían causas naturales y que se producían por perturbaciones orgánicas del equilibrio corporal (frío, calor, humedad, corrientes de aire, cambio de tiempo, la saturación de comida y bebida, la variación de los sentimientos), apoyándose para su curación en costumbres y tradiciones, que iban pasando de unos a otros y se trataban mediante remedios caseros naturales (plantas, minerales, productos animales, ….). Las enfermedades producidas por causas sobrenaturales originadas por la penetración de espíritus malignos, por hechizos, por el mal de ojo, o también por pecar y saltarse las reglas que la iglesia imponía, se trataban a base de terapias mágico-religiosas, conjuros y rituales. Un campo en el que el cristianismo tuvo que definirse por no estar de acuerdo con ancestrales costumbres. Ya San Agustín, en el siglo V y Graciano en el siglo XII, denunciaron prácticas supersticiosas, como acudir a curanderos, invocar a los demonios y depositar amuletos en lugares sagrados.

una sucesión de reformas desmesuradas como resultado de la inestabilidad política en España, estableciéndose un continuo cambio de tendencias, que van desde las más conservadoras, propias del absolutismo, a las innovadoras, que pretenden hacer desaparecer al Antiguo Régimen. Los planes de estudios, presentaron una continua y rápida modificación, no llegándose a instaurar por el escaso espacio de tiempo. Todo ello, llevó a surgimiento de numerosas titulaciones profesionales, no regulándose con lógica hasta la segunda mitad de este siglo[332]. Tal era la situación, que en un informe relativo al estado de las profesiones médicas en España realizado por el médico higienista Francisco Méndez Álvaro en marzo de 1861 para la Sociedad Económica Matritense, denunciaba la existencia en nuestro país de treinta y cinco clases distintas de títulos que facultaban a sus poseedores para el ejercicio de la disciplina médica. A esta dificultosa situación, se le agregan nuevas reformas durante la segunda mitad, en menor número, realizadas en los años 1866 y 1868, de diferente calibre y objetivos. No será hasta los Decretos de 29 de julio y 29 de septiembre de 1874, en el que se produce la regulación de los estudios de medicina, manteniendo tan sólo los títulos de licenciado y de doctor en medicina y cirugía, que ya sufrirán, en lo fundamental, escasas modificaciones.[333]

Al inicio del siglo XIX, según J. Viñes, convivieron los planes precedentes con los que se fueron incorporando paulatinamente, subsistiendo de manera precaria, para ir desapareciendo progresivamente de acuerdo a los principios político-organizativos del nuevo siglo y con la adaptación a los nuevos conocimientos técnicos que se precisaban para el arte de la curación, el cuidado y las profesiones que la desempeñan[334]. Estos órganos heredados que expiran a mediados del siglo fueron: el Protomedicato; las juntas gubernativas superiores de medicina cirugía y farmacia; y la Junta Suprema de Sanidad. Junto a ellas, se mantienen otros órganos pertenecientes al siglo precedente, sobreviviendo e incluso fortaleciéndose poco a poco: las juntas provinciales y

[332] Los cambios de titulación profesional, así como el surgimiento o extinción de otras ocurrió muy rápidamente. Se produjeron durante la primera mitad del siglo XIX unos 12 cambios comprendidos en las siguientes fechas: 1801, 1804, 1815, 1823, 1827, 1836, 1843, 1845, 1846, 1849, 1857 y 1858.

[333] FERNÁNDEZ ARIENZA, J. *La desconocida creación del colegio de médicos de León en 1898*; *Tierras de León*. León: 1997, p. 95-97.

[334] VIÑES RUEDA, J. *La sanidad española en el siglo XIX a través de la junta provincial de la sanidad navarra (1870-1902)*. Pamplona: Gobierno de Navarra, 2006, p. 39.

municipales; y las academias de medicina y cirugía. Finalmente van a surgir órganos propios y genuinos generados en el siglo, que sustituyen a los anteriores: el Real Consejo de Sanidad; los subdelegados de sanidad; los inspectores sanitarios; y los médicos titulares.

El primero de los órganos herencia de modelos de sanidad anteriores fue el ***Protomedicato*** de Castilla. Constituía el miembro de mayor relevancia de la sanidad que se desarrolló en España entre los años 1477 a 1822, teniendo su auge durante la Época Moderna. No quedan nada claro cuales son sus orígenes, pero lo que si coinciden numerosos autores es que nace de la pragmática de 1477 emitida durante el periodo de los Reyes Católicos, por el que se establecen las funciones de los «Alcaldes y Examinadores»[335]. Anteriormente, esta terminología había sido empleada en la zona de Castilla *para que los físicos de la Cámara Real de forma individual o en tribunal con otros físicos, examinaran a médicos, cirujanos y boticarios que ejercían o iban a ejercer el arte de curar como medida para garantizar a los súbditos la capacitación y los conocimientos de los médicos, y evitar el intrusismo*[336]. Este tipo de organismo estaba basado en «Ley fundamental del Tribunal del Protomedicato de Castilla», sustentada por tres disposiciones, fechadas en 1477, 1491 y 1498. Navarra y Aragón presentará un modelo muy parecido, de creación real por el rey Fernando hacia 1500. En 1567, la ley fundamental del tribunal del Protomedicato de Castilla designó a otro órgano como encargado de examinar para poder ejercer la profesión sanitaria, controlando de esta manera cualquier posibilidad de intrusismo o de ejercer las funciones de salud pública en caso de cualquier situación de epidemia.[337]

Las competencias del Protomedicato se extenderán a profesionales tales como físicos, cirujanos latinos o romancistas y a boticarios, con un desarrollo reglamentado

[335] ARRATE, J. Real Tribunal del Protomedicato: antigüedad, jurisdicción y gobierno. In, *Llave del Nuevo Mundo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1949, p. 144-147.
En 1422, Juan II de Castilla crea el Tribunal de Alcaldes Examinadores, cuyo cometido era el de dictaminar la competencia de los aspirantes a ejercer la medicina y cirugía. Se cree que en este tribunal está el origen del Protomedicato en España, denominación que surgió oficialmente en los tiempos de los Reyes Católicos, estableciéndose en varias ciudades españolas donde gobernaban.
[336] SÁNCHEZ ALVAREZ, J. *El Protomedicato navarro*. Pamplona: Universidad de Navarra, 1990, p. 26-35.
[337] CASTRO GONZÁLEZ, M. P. (2009). *Opus cit*, p. 41-57.

por las pragmáticas que Felipe II instaura entre 1588 y 1593, en las que estuvieron presente la limpieza de sangre que controló en todo momento el Santo Oficio, prohibiéndose el acceso a las actividades médicas a judíos y conversos[338]. Ante el mal nivel formativo que muchos médicos presentaban tras realizar sus estudios en las universidades españolas, Felipe II estableció, que tanto médico como cirujanos, debían presentar al Juicio o Ayuntamiento de cada una de las ciudades donde quisieran ejercer la medicina, la certificación que acreditara su grado, así como las prácticas que por ley estaban estipuladas. Esta disposición fue considerablemente dificultosa cuando se procuró llevar a cada una de las partes del Reino, por lo que se mantenían formas de examinar y controlar el ejercicio sanitario con otros mecanismos como por ejemplo las justicias locales; tanto Cataluña como Aragón, disponían de tribunales propios hasta su centralización tras la instauración de la Casa de los Borbones en España[339]. En el siglo XVIII estas competencias se verán limitadas como resultado del desarrollo de las necesidades formativas de las propias profesiones, obligando a sufrir las modificaciones pertinentes para adaptarse a esta nueva situación. Algunos autores han querido ver la causa de esta nueva situación en el desarrollo de los estudios médicos, farmacéuticos y quirúrgicos que favorecían la introducción de sociedades médicas denominadas cofradías, y de cirujanos que reivindican una mayor autonomía respecto al Protomedicato; en el caso de los boticarios se centrará en el rechazo a ser inspeccionados por físicos o médicos. Destaca, durante este momento, un desarrollo de las profesiones sanitarias junto a colegios y facultades universitarias, como consecuencia del desarrollo de estudios academizados y reglados; poco a poco, estos organismos fueron asumiendo la responsabilidad de la formación y expedición del título profesional. Todo esto supuso una disminución del peso del Protomedicato ante la Corona, apareciendo nuevos recursos con competencias para tal fin en el panorama sanitario.

Bajo el reinado de Carlos III, en 1780 se crean los tribunales independientes para cada una de las tres profesiones: físico, cirujano y farmacéutico; años más tarde, en 1799, se funda la Facultad Reunida de Medicina y Cirugía, lo que supuso la desaparición del Protomedicato, asumiendo ésta todas las competencias que el ente medieval había

[338] *Ibidem*.
[339] SÁNCHEZ GRANJEL, L. *La medicina española del Renacimiento*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1980, p. 75-76.

tenido durante siglos[340]. Con la fundación, en 1800, de la Junta Superior Gubernativa de Farmacia, se produce el primer paso para la emancipación del Protomedicato. Al año siguiente, se restablece para los físicos el Real Protomedicato si bien sin competencias judiciales ni sancionadoras, que pasan a los tribunales ordinarios. Unido a ello, también se constituye la Junta Gubernativa Superior de Cirugía equivalente a la ya existente de Farmacia. En 1805 se vuelve a suprimir el tribunal de Protomedicato y se crea también la Junta Superior Gubernativa de Medicina, por entenderse esta fórmula más útil a la garantía del ejercicio profesional, a la vez que los estudios de las tres facultades, Medicina, Física y Farmacia, que continúan siendo reglados, pero caracterizándose por ser cada vez más rigurosos. En 1811, la España constitucional no ocupada, en pleno conflicto bélico (Guerra de la Independencia), recupera la figura del Protomedicato mediante un Decreto de Cortes. Tres años más tarde, en 1814, con el regreso del régimen absolutista, sufre una nueva derogación y de nuevo prima la Junta Superior Gubernativa de Medicina, Cirugía y Farmacia, hasta que el trienio constitucional lo restablece hasta su extinción definitiva en 1822.[341]

El marcado declive del Protomedicato iniciado en el siglo XVIII, al no adaptarse a las nuevas necesidades que se van marcando desde la sociedad del momento, y ayudado por las rencillas y competitividad entre las profesionales, Carlos III dispone tribunales independientes y crea la Facultad Reunida de Medicina y Cirugía, que su sucesor, Carlos IV, organizará, en 1800, en las **Juntas Superiores Gubernativas** para Farmacia, en 1801 para Cirugía y en 1804 para Medicina, convalidándose de este modo un gremialismo por separado, rememorando a las cofradías, aunque sin advocación religiosa, y recordando lo que en el futuro, al final del siglo XIX e inicio del XX, van a reunirse en la organización de colegios oficiales de las profesiones sanitarias.[342]

El período constituyente de Cádiz recupera las funciones del Protomedicato, desapareciendo el organismo creado por la Corona a inicios del siglo XIX, para

[340] CAMPOS DÍEZ, M. *El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 1999, p. 207-215.
[341] VIÑES RUEDA, J. (2006). *Opus cit*, p. 40-42.
El regreso del Absolutismo, marcó un gusto ilustrado en la fundación del Tribunal Superior de Salud Pública, que recupera las funciones del Protomedicato.
[342] CAMPOS DÍEZ, M. (1999). *Opus cit.*, p. 221.

nuevamente, en 1814, Fernando VII derogar esta institución y recuperar las Juntas Superiores Gubernativas, lo que evidencia el carácter gubernativo progresista (público) del primero, y profesionales o gremiales de las segundas. Hemos visto la nueva recuperación del Protomedicato en 1820 y su definitiva desaparición en 1822. Por su parte desaparecen por R.D. de 1839, «las Juntas Superiores Gubernativas de Medicina, Cirugía y de Farmacia, pasando el cuidado de la enseñanza a cargo de la Dirección General de Estudios, en cuyo seno se formará una Sección de Negocios Médicos».[343]

Este recorrido por la evolución de la formación académica de los profesionales sanitarios, ha dejado al margen lo referente a la protección de la población contra enfermedades y epidemias, así como el control de la salubridad y la higiene de las creciente urbes españolas. Desde el ámbito de la Salud Pública, las autoridades articularon en 1839 un mecanismo que discontinuamente había estado presente en las cuestiones sanitarias españolas: la **Junta Suprema de Sanidad**. Esta competencia había sido asumido por el Consejo del Reino, agudizándose su protagonismo durante la peste de Marsella en 1720, momento en el que el gobierno crea la Junta Suprema de Sanidad, institución directiva o administrativa, regular y metódica, no existen hasta la fecha en la historia sanitaria española[344]. Este órgano, creado en esta fecha, se mantuvo hasta 1847, momento en el que es sustituida en parte por la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de la Gobernación, y suplida en otra parte de sus funciones por el Real Consejo de Sanidad, también en este mismo año.[345]

Este organismo nace como una comisión de cuatro ministros del propio Consejo Real, presididos por su gobernador, donde los médicos tan solo actúan como asesores. En 1805 se suprime, asumiendo sus funciones el Ministro de la Guerra, y transfiriendo las periféricas a los capitanes generales, que iban a disponer para la función sanitaria de una «Junta Superior de Sanidad» en el ámbito de su mando, además de las juntas provinciales y municipales. Estas competencias son entregadas al ámbito castrense, relacionado con sus funciones en casos de epidemias, momento en el que es el ejercito el que asume la instauración de los cordones sanitario. En 1809 se recupera la Junta

[343] MONLAU, P. *Elementos de Higiene Pública*. Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra, 1862, p. 1162.
[344] CAMPOS DÍEZ, M. (1999). *Opus cit.,* p. 197.
[345] VIÑES RUEDA, J. (2006). *Opus cit.*, p. 44-46.

Suprema, pasando a depender del primer ministro, manteniéndose hasta su extinción en 1847[346]. El reinado de Isabel II dio inicia una organización racional de la Sanidad Española. Las juntas provinciales y municipales se ordenan, además de aprobar la reglamentación de los partidos médicos, la Ley General de Sanidad, con un impulso de la Beneficencia, y el reglamento de inspección de carnes. También, se creó el cuerpo de sanidad militar junto a la fundación de la Cruz Roja española. Además se dio impulso a las diferentes ramas de la Beneficencia.

Las grandes epidemias que durante el siglo XIX sufrieron las diferentes poblaciones españolas, unido a la incipiente administración sanitaria y un debate intelectual y profesional, llevarán, a mediados del siglo, a reformas que se materializarán en el *Real Decreto Orgánico de Sanidad* de 17 de marzo de 1847, promulgado durante el mandato moderado de Sotomayor, a la que se le unió, la *Real Orden sobre el Reglamento organizativo y atribuciones del Consejo y las juntas de sanidad* de 26 de marzo del mismo año, consideradas la antesala de la *Ley Orgánica de Sanidad* de 28 de noviembre de 1855[347]. Tras numerosos intentos, se procura una reforma que intenta dotar a España de un boceto de la organización sanitaria ayudado del citado «Real Decreto», desarrollado a través del *Reglamento sobre organización y atribuciones del Consejo y las juntas de sanidad*, y a su vez, mandado observar y cumplir por la Real Orden de 26 de marzo de 1847. La normativa será rematada mediante la organización de la función pública sanitaria con el *Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino*, aprobado el 24 de julio de 1848, bajo el gobierno de Narváez, líder del partido moderado. Este movimiento reformista se vio solapado por la ya nombrada Ley Orgánica de Sanidad, que las Cortes Constituyentes, en su mayoría progresista, dirigidas por Espartero, que aprueban durante la epidemia de cólera-morbo que asoló las tierras españolas en 1855. Con este cuerpo normativo se regirá la sanidad española hasta 1904, concediéndosele a los gobiernos municipales competencias en salubridad, así como responsabilidades en la contratación de médicos que atendieran a los desvalidos en los diferentes rincones del municipio.

Con el Real Decreto de 1847 se centraliza bajo las ordenes del Ministerio de la

[346] *Ibidem*.
[347] *Ibidem*, p. 71-74.

Gobernación la autoridad sanitaria, dependiendo de ésta, todo el ramo sanitario. En consecuencia, a nivel provincial, la autoridad recaería en los jefes políticos, bajo cuyo mando dependía toda la estructura sanitaria. Esta nueva estructuración y organización de la sanidad española, dejaba bien claro, que esta actividad era una función del gobierno central de Madrid, del que emanaba la autoridad, las inspecciones y las sanciones, entre otras competencias. La Dirección General de Sanidad, como órgano administrativo, ve la luz en el ámbito del Ministerio de la Gobernación, instalándose en cada uno de los gobiernos civiles, con sedes y un negociado administrativo de sanidad, bajo la dependencia del jefe político, que dependía a su vez, de los subdelegados de medicina, farmacia y veterinaria, como órganos unipersonales administrativos. En el punto más elevado de la pirámide del organigrama estarán los alcaldes, autoridades locales encargadas de la protección de la salubridad.

Para el funcionamiento de tremendo aparato administrativo se requería unos órganos consultivos de apoyo y asesoría que serán ocupados por sanitario-higienistas, es decir, médicos que ejercían las actividades propias de su profesión, además de prestar apoyo ocasional al poder público con el fin de orientar y aconsejar en temas sanitarios. Esta asesoría sin ánimo de lucro y voluntaria, se concreta en el Real Consejo de Sanidad y en las juntas provinciales y municipales, aunque las decisiones políticas mandatarias se ubicarán en un novedoso órgano administrativo, la Dirección General de Sanidad y en los gobiernos civiles, ambos dependientes del Ministerio de la Gobernación. Este organigrama administrativo-legislativo de la sanidad española será estable y no sufrirá modificaciones durante casi todo el resto del siglo XIX e incluso parte del XX, constituyéndose como función del Estado desarrollada técnicamente de manera descentralizada, pero siempre en dependencia de una Dirección General del Ministerio de la Gobernación , perdurando hasta el año de 1977, fecha en la que el ramo de la Sanidad adquiere el rango de ministerio, y se inicia un proceso de transferencia de las competencias sanitarias a favor de cada una de las diecisiete Comunidades Autónomas españolas.

Otra cuestión que es necesario abordar es que estos organismos mantenían a su vez competencias en la función pública de la sanidad que a lo largo de los siglos XIX y XX, desempeñan las diputaciones provinciales por ser órganos administrativos para la gestión de servicios provinciales y entre ellos los servicios sanitarios benéfico-asistenciales y la tutela de los servicios municipales. Este sistema se mantuvo en

funcionamiento hasta la Constitución de 1978, momento en el que se constituye el Estado en gobierno central y gobiernos autonómicos, adquiriendo estas atribuciones. Si situamos nuevamente nuestra mirada en la mitad del siglo XIX, encontramos que tras el Real Decreto orgánico de 17 de marzo de 1847, se desarrollan los obligados reglamentos que regirán los diferentes departamentos: por un lado, el del Consejo de Sanidad y el de las juntas de sanidad de manera simultánea, el 26 de marzo; por otro, se reglamentan los Subdelegados el 24 de julio de 1848. Hasta este momento, la sanidad pública había comenzado a dar unos primeros pasos, clarificándose y organizándose de una manera mucho más coherente en relación a las necesidades y demandas que la sociedad de ese momento estipula. Un siguiente paso, fue la **Ley General de Sanidad** de 1855, cuerpo legislativo en el que se mantiene y ratifica la incipiente estructura dependiente del Ministerio de la Gobernación: la Dirección General de Sanidad en su seno; el Real Consejo de Sanidad como órgano asesor; los jefes políticos provinciales como órgano administrativo y autoridad superior en la provincia; las juntas provinciales y municipales como asesoras de aquél; y los Subdelegados nombrados por el jefe político, pero sin sueldo fijo.[348]

En comparación con el Real Decreto de 1847, poco se le añade desde el punto de vista administrativo, salvo una nueva figura, la del Secretario del Consejo de Sanidad, facultativo empleado mediante nombramiento del Gobierno a propuesta del Consejo. De sus articulado, distribuido en 102 artículos, los comprendidos a partir del 12 hasta el final, regulan, por primera vez, funciones técnico-administrativas en diferentes campos de la Sanidad: sanidad marítima (39 artículos), sanidad de interior (28 artículos), medicamentos y farmacias (11 artículos); facultativos forenses y de baños (5 artículos), la higiene pública y la vacunación (2 artículo). De la sanidad interior o terrestre, en el artículo 57, se elimina la prohibición del sistema cuarentenario y la minuciosa regulación de los médicos titulares o municipales por primera vez en una norma sanitaria que no es municipal ni de beneficencia; extensivo a médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares «encargados de la asistencia de las familias pobres» para lo que han de ser contratados por los ayuntamientos y cuyo nombramiento ha de ser aprobado por la Diputación

[348] PERONA LARRAZ, J. L. et alii: *Historia hospitalaria de la Vía de la Plata*. Salamanca: Sedisa Siglo XXI. Club Rotario Puerta de Hierro, Consejería de Sanidad de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura y Caja Duero, 2009, p. 46-64.

provincial en cuanto a tutora de los ayuntamientos; como así mismo del ejercicio libre y su vinculación con el servicio público recogido en los artículos del 64 al 80 de esta ley.[349]

En lo referentes al **Real Consejo de Sanidad** (1847-1944), la Junta Suprema de Sanidad subsistía desde 1720, en algunos momentos con carácter intermitente, había compartido competencias en el ramo de la sanidad con el Protomedicato, las Juntas Gubernativas Superiores de Medicina, de Cirugía y Farmacia y con la Dirección General de Estudios. La complejidad de los asuntos sanitarios, unidos a numerosas enfermedades epidémicas de carácter tropical, obligaron a concretar las decisiones político-administrativas, y si bien la Junta Suprema de Sanidad la componían ministros del Consejo del Reino, era evidente la dispersión de los diferentes órganos ministeriales decisorios sobre la materia, por lo que se requería determinar un mando único ministerial en el Gobierno. Estas decisiones eran canalizadas mediante órdenes e instrucciones desde la Dirección General de Sanidad, haciendo a la vez, de órgano consultivo y asesor en los delicados asuntos de la salud que tuviera carácter técnico[350]. De este modo surge el Real Consejo de Sanidad por el R.D. Orgánico de Sanidad de 17 de marzo de 1847, ratificado en la Ley Orgánica de 1855 como el órgano técnico consultivo de mayor rango a nivel central[351]. El Consejo se va a constituir como el órgano técnico sanitario a lo largo del siglo, si bien las funciones van a ser de carácter consultivo,

[349] *Ibidem*.

[350] En lo relativo a la sanidad española, ésta se encontraba muy influenciada por la que se estaba desarrollando en Francia, lugar de encuentro para la mirada de los higienistas y a donde se acudía a la hora de consultar tratados y obras. Tal era la hegemonía francesa en este campo, que exitosamente convocó el Primer Congreso Sanitario Internacional que se celebró en París entre julio de 1851 y enero de 1852.

[351] VIÑES RUEDA, J. (2006). *Opus cit.*, p. 76-81.
En primera intención, el Real Consejo incorpora, además de los representantes de los ramos ministeriales que ya se ocupaban de los asuntos de la sanidad terrestre o marítima y los de la hacienda en la Junta Suprema, a consultores con conocimientos en la ciencia de curar, si bien, en minoría. Este Consejo de Sanidad se componía de un presidente, el Ministro de la Gobernación; un vicepresidente de carácter también político; un jefe del ministerio en la rama de sanidad, beneficencia y prisiones; 13 vocales numerarios de las ramas de guerra, marina, hacienda, diplomacia, magistratura y 2 de la administración, a los que se incorporaban 6 personas de prestigio, con conocimientos en ciencias médicas, naturales y químicas. A estos miembros de nombramiento real podrían incorporarse 8 vocales supernumerarios, también de designación real. Esta composición pone en evidencia la repercusión de orden político e internacional y económico que las medidas sanitarias de la época generaban con terceros países en el comercio y relaciones internacionales; y por otro lado la poca relevancia que tenía el aspecto técnico o científico de la época. Sin embargo, se produce un hecho de suma importancia. El Real Consejo se dota de un secretario con sueldo, cuyo nombramiento va a recaer en un médico.

haciendo propuestas legales e instrucciones técnicas para los jefes políticos, aunque siempre actuando como centro de la actividad sanitaria.

Con la Ley de Sanidad se consolidó este alto órgano consultivo, con ligeras reformas que buscaban adaptarse a las nuevas necesidades sanitarias. El Real Consejo de Sanidad estaba presidido por el Ministro de Gobernación; la vicepresidencia recaía en una persona que «corresponda a las clases elevadas de los empleados cesantes o jubilados en el ramo administrativo» y como vocales: el Director General de Sanidad, el Director General del Ejército, el Director General de la Armada, un Jefe de la Armada, un Agente Diplomático, un jurisconsulto y dos agentes consulares. Se incluyen: 5 profesores de medicina, 3 de farmacia, un catedrático de veterinaria, un ingeniero civil y un profesor de arquitectura, todos ellos con cargo «honoríficos y gratuitos» (siguen presentes los compromisos internacionales que en la sanidad marítima generaban las epidemias exóticas). Así, el Consejo quedaba constituido como la reunión de las personas más expertas en el ámbito higiénico-sanitario de España y de mejor criterio para el gobierno de la sociedad, consagrándose como el centro de la vida sanitaria junto a las Academias de Medicina.

Los órganos unipersonales para el ejercicio de la autoridad sanitaria en todo el territorio nacional bajo el nombre de **Subdelegados de Sanidad**, fue una intención de los higienistas de ese momento, imprescindible en el control de la sanidad pública terrestre[352]. Esta figura aparece aleatoriamente en el ámbito de la Junta Superior Gubernativa en 1816, pero no es hasta la organización de los años 1847 y 1848 cuando se les da un sentido de funcionarios, con misiones concretas en dependencia técnica del Real Consejo de Sanidad, y política de los gobernadores de provincias y éstos a su vez del Gobierno Central[353]. Este elemento del organigrama sanitario, es la mínima estructura organizativa técnica en la periferia, que habían de hacer cumplir las

[352] VIÑES RUEDA, J. (2006). *Opus cit.*, p. 90.
Es cierto que España se adelantó a Inglaterra en hacer este arreglo de sanidad en cuatro años, ya que en 1851 creó la figura equivalente a los subdelegados, los «inspectores médicos de higiene», si bien éstos eran profesionales con dedicación exclusiva a la salud pública, sin ejercicio clínico, pagados por el estado con funciones y competencias en detectar, notificar y prevenir las causas de insalubridad que llegaron en 1875 a constituir un cuerpo de 1.400 higienistas activos dedicados a la higiene pública.
[353] También adquiere cuerpo en la Academia de Medicina en 1830.

disposiciones sanitarias. Afirma Monlau:

> *Las subdelegaciones de sanidad e higiene pública (una en cada partido judicial) son la principal base de un buen arreglo sanitario. Los subdelegados, empero, deben ser verdaderas autoridades sanitarias de partido y tener una dotación fija y proporcionada. En el día no tienen más retribución que la eventual de una parte de las multas impuestas a los intrusos. Esta retribución, empero, es imaginaria, no produce nada: no es retribución y si lo fuera, sería vergonzosa, inadmisible.*[354]

Esta estructura organizativa y funcional se mantendrá estática hasta la Instrucción General de Sanidad de 1904 cuando definitivamente se crean las inspecciones provinciales de higiene atendida por médicos funcionarios del Estado por oposición, a los que se supeditarían los Subdelegados preexistentes de las diferentes ramas sanitarias[355]. Con respecto a la figura de los subdelegados logró sobrevivir hasta el siglo XX, momento en el que la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, estableció una organización mucho más jerarquizada y profesionalizada, con autoridad sobre los subdelegados que consiguieran sobrevivir y ser contemplados en el nuevo texto legislativo. Figura muy útil, de tal modo que los jefes políticos solicitaban mayor número de ellos, pero se les denegaba a pesar de no tener coste.[356]

---

[354] MONLAU, P. (1862). *Opus cit.,* p. 1160. Según afirma P. F. Monlau, los deseos de quienes los propugnaban se vieron en buena medida frustrados en el Decreto de 1847.

[355] ABELLA, J. *Tratado de sanidad. El Consultor de los ayuntamientos y de los Juzgados Municipales*. Madrid: Publicaciones Abella, 1914.

Real Decreto e Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904.

«Artículo 48. Los inspectores provinciales serán nombrados mediante oposición pública directa, y a la cual no podrán ser admitidos sino doctores en Medicina y Cirugía que cuenten más de ocho años de ejercicio profesional. El programa de las oposiciones será redactado por una Comisión del Real Consejo y aprobado por él mismo y abarcará la prueba de todos los conocimientos teóricos y de las pericias prácticas de su facultad, que atañen al ministerio de cargo, más los necesarios para regir los servicios de Farmacia y Veterinaria, más los de legislación y administración sanitarias».

[356] *Ibidem*.

Los subdelegados de farmacia, además de las obligaciones generales del cargo, asumían de manera específica: la vigilancia del ejercicio de los farmacéuticos, herbolarios, droguerías, especieros y cuantos ejerzan y ocupen con sustancias o cuerpos medicinales o venenosos; las visitas a las boticas nuevas, y las que estando cerradas vuelvan a abrir, dando cuenta de las faltas a la autoridad respectiva. Los subdelegados de veterinaria ejercerán las funciones generales correspondientes a los veterinarios, herradores, castradores y otras personas que ejerzan la veterinaria; y darán cuenta de las epizootias exigiendo a los profesores en veterinaria los datos al respecto que conocieren. Corresponde a estos subdelegados la instrucción de los expedientes o reclamaciones por infracciones, elevándolos con las pruebas, artículos conculcados y las sanciones que correspondan a la autoridad política; bien el jefe político de la provincia en los casos de la capital o los alcaldes presidentes de la Junta de Sanidad del partido o a los alcaldes

Dentro de las numerosas modificaciones en la estructura efectuadas durante este momento, una muy importante fue la creación de la **Dirección General de Sanidad**[357]. Entre 1847 y 1868 fue una constante el cambio constante de nombre y de competencias hasta que definitivamente se consolida con esta denominación: en 1847 se la nominó como Dirección General de Beneficencia, Corrección y Sanidad; Dirección General de Beneficencia en 1852, pasando la sanidad a ser un negociado de la Sección de Ramos Especiales, dependiendo de la Subsecretaría del Ministerio del Interior; en julio de 1853 se recupera como Dirección General de Beneficencia y Sanidad; en octubre de 1853, Dirección General de Establecimientos Penales, Beneficencia y Sanidad; en 1855, Dirección General de Sanidad por sí sola; en junio de 1856 se denominó Dirección General de Beneficencia y Policía Sanitaria; tras largos avatares, fue suprimida en 1857 pasando de nuevo a ser una sección, volviendo a restablecerse como Dirección General de Beneficencia y Sanidad en 1858. En 1865, en la 3ª epidemia de cólera se crea de forma independiente la Dirección General de Sanidad, pero de nuevo fue suprimida en julio de 1868, pasando sus asuntos a la Dirección General de Administración. En octubre del mismo año se restablece como Dirección General de Beneficencia, Sanidad y Establecimientos Penales, hasta su supresión en 1873, pasando el ramo a depender de la Secretaría General del Ministerio, pero denominándose Dirección General de Beneficencia y Sanidad.

En 1892 nuevamente fue suprimida, mediante la R.O. de 20 de diciembre, siendo en parte sustituidas sus funciones por inspectores generales de sanidad, lo que le daba un carácter más técnico, pero siete años después, en 1899, el presidente Eduardo Dato vuelve a restablecer la Dirección General de Sanidad, poniendo al frente por primera vez a un sanitario, el doctor Carlos Mª Cortezo y Prieto. A partir de este momento, los responsables fueron higienistas renombrados, una vez que la higiene pública tenía algo que decir y que actuar con eficacia[358]. Si bien la Dirección General de Sanidad estaba

---

correspondientes donde se produjera la intrusión. Conocidos los hechos por las juntas municipales y provinciales e informadas por éstas se remitirán al jefe político de la provincia para que proceda según corresponda.

[357] VIÑES RUEDA, J. (2006). *Opus cit.*, p. 115-118.

[358] MORÁN, V. Carlos María Cortezo y Prieto de Orche. In, *Revista de la Organización Médica Colegial*, octubre de 1998.

supeditada a los informes y consejos de las Academias y del Real Consejo de Sanidad, debemos considerar en su haber la tramitación documental de las medidas que habían de convertirse en instrucciones, reglamentos, decretos y órdenes reales en los asuntos del ramo a través de los gobiernos correspondientes.

Otros mecanismos de la estructura sanitaria de ese momento, fueron las **Juntas Provinciales y Municipales de Sanidad,** órganos de un Gobierno General de la nación, que se crean bajo las órdenes del jefe político, atendiendo a la Orden de las Cortes de Cádiz de 13 de junio de 1813. Ésta, estipulaba que debían disponerse de ellas en todos los municipios de los pueblos, además de en cada provincia, en la «Instrucción para el gobierno político y económico de las provincias», debiendo cesar otras que hubiera con anterioridad. En la indicada Instrucción de las Cortes de Cádiz prescribe los siguiente:

> *Las diputaciones auxilien al Jefe político de las provinciales y que en materia de epidemias y contagios existirá una Junta de Sanidad en cada provincia compuesta del jefe político, del intendente, del reverendo obispo o su vicario general y en ausencia de ambos de uno de los párrocos del pueblo prefiriendo el más antiguo, de un individuo de la diputación y del número de facultativos y vecinos que ésta estime*.[359]

Las juntas municipales estaban concebidas como una herramienta a emplear ocasionalmente en caso de epidemias, a pesar de que las corporaciones municipales tenían competencias como la policía de salubridad, como se recogía en la Carta Magna. Su composición era la siguiente: *el alcalde primero o quien sus veces haga, del cura párroco más antiguo, donde hubiera más de uno, de uno o más regidores y de uno o más vecinos según la extensión de la población y de las ocupaciones que ocurran.*[360]

En septiembre de 1833 se reforma y a la vez se consolida esta organización, dada su escasa utilidad o funcionamiento hasta el momento, una vez que ha estallado el

---

Carlos María Cortezo y Prieto de Orche (1850-1933). Sanitario y político entre los siglos XIX y XX, fue el primer médico que ocupó la Dirección General de Sanidad. Impulsó importantes reformas sanitarias en base al higienismo científico. Dio origen a la creación de los inspectores generales de sanidad (1892); a la creación del Instituto de Salud Alfonso XIII (1899); a la implantación obligatoria de la vacunación antivariólica (1903); a la promulgación de la Instrucción General de Sanidad (1904), y a la creación del cuerpo de sanitarios rurales (1904), favoreciendo la creación de los colegios profesionales (1898).

[359] Colección de los Decretos y Órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias… mandada publicar de orden de las mismas, 1820-1823.

[360] *Ibidem*.

cólera-morbo un mes antes, se ordena por R.O. de 25 de agosto, el establecimiento de: una Junta Superior de Sanidad en cada Capitanía General, una Junta Provincial, y además, una por partido judicial y otra municipal. Estas juntas coexistían con la Junta Suprema de Sanidad, las juntas superiores gubernativas de medicina, cirugía y farmacia, y con los subdelegados de las academias de medicina[361]. Con el comienzo de la Regencia de la reina doña Cristina, se produce una profunda modificación por R.O. de 27 de marzo de 1834, por la que las Juntas de Sanidad son derogadas y otorgándose sus competencias a las corporaciones municipales, bajo la supervisión y dependencia de los gobernadores civiles, también llamados subdelegados de Fomento. Las Juntas Superiores de Sanidad, dependientes de las Capitanías Generales, se transforman además en Juntas Provinciales por R.O. de 28 de agosto de 1834. Se ordena la composición de las juntas provinciales que subsisten y de las municipales, con lo que se les da la organización homogénea y jerárquica de la autoridad civil, y en su caso militar. En los municipios, la junta sería presidida por el alcalde y compuesta por un jefe militar, un eclesiástico, un concejal, un procurador síndico, un vocal de la junta de comercio o un comerciante, un hacendado y uno o más facultativos del arte de curar. El secretario de las juntas provinciales sería el de los gobiernos civiles, según se recoge en la R.O. de octubre 1835[362]. En 1837 se ordena que en las capitales de provincia marítima exista una única Junta de Sanidad, en la que hayan de estar presentes los representantes de los ayuntamientos. A su vez, se recuperan las juntas municipales de sanidad, que habían sido suprimidas 3 años antes, como órgano asesor de aquellos, para ejercer sus competencias de una forma más operativa.[363]

Esta mínimas reformas que tan solo buscaban una optimización de los recursos sanitarios presentes en cada uno de los puntos del territorio español, actuarán como caldo de cultivo para la reformas de la Sanidad en el Real Decreto de 1847, dotando al país de esta célula de manera homogénea, estable, y de carácter consultivo, al servicio de la autoridad jerárquica política, bien el gobernador o el alcalde. Una vez que se

[361] VIÑES RUEDA, J. (2006). *Opus cit.*, p. 119-123.
[362] *Ibidem*.
Sólo hacen una excepción con las juntas provinciales de las provincias del litoral y de las fronteras.
[363] *Ibidem*, p. 126.

produce la centralización y estatalización de la función de la Sanidad, las Juntas de Sanidad van a constituir la base de la organización de la salud pública, supeditada en sus funciones asesoras a las directrices del Consejo de Sanidad del Reino recién creado, y en lo administrativo, al jefe político. La Dirección General de Sanidad como órgano superior de la administración actuará por la vía de los gobernadores, y los subdelegados serán brazos ejecutivos del gobernador, pero acogidos en el seno de las juntas de sanidad provincial de distrito y en su caso municipal, cargo honorífico y consultivo. Esta endeble estructura tiene que abordar los retos de la Salud Pública que van surgiendo poco a poco durante este momento.[364]

El Real Decreto orgánico de 17 de marzo de 1847 establece la organización de la Junta Provincial de Sanidad, a lo que se une el reglamento por R.O. de 26 de marzo de 1847; la Ley General de Sanidad de 1855, amplía y estipula mucho mejor el articulado de las funciones. Las Juntas de Distrito tuvieron escasa vigencia ya que, olvidadas en el Real Decreto de 1847, no son ni siquiera tenidas en cuenta en el nuevo documento legislativo sanitario. Persistieron, las juntas provinciales de puertos, aunque serán las juntas provinciales y las municipales las que dan carácter y soporte a la administración de la sanidad interior. La Junta Provincial de Sanidad estaba compuesta por el gobernador civil o jefe político de la provincia, que ostentaba la presidencia; un diputado provincial como vicepresidente; el alcalde de la capital; un arquitecto o ingeniero civil; dos profesores de la facultad de medicina, dos de farmacia, y uno de cirugía; un veterinario; y tres vecinos en representación de la propiedad, del comercio y de la industria. El

[364] MONLAU, P. (1862). *Opus cit.,* p. 1267.
Los higienistas de la época reciben la incipiente organización de 1847 de manera satisfactoria por la consolidación del ramo de la sanidad pública como función del Estado, pero con la decepción de no ver surgir los deseados funcionarios públicos profesionales con dedicación y retribuidos. P. F. Monlau se expresa en los siguientes términos: «Estas juntas son, respecto de los gobernadores de las provincias y de las autoridades locales de los pueblos, lo que el Consejo de sanidad respecto del Gobierno Central o Supremo. Estos cuerpos consultivos podrían prestar grandes servicios, si tuviesen un jefe especial técnico, y si sus individuos fuesen retribuidos con una leve remuneración siquiera con un módico tanto por cada sesión a que asistiesen. Siendo, empero, como son, puramente honoríficos y gratuitos esos cargos, y siendo los jefes y presidentes natos de las juntas, los gobernadores y los alcaldes, sobre cuyos funcionarios pesan todos los ramos de la Administración pública, las Corporaciones de que se trata no dan los resultados que son de apetecer. O no hacen nada, lo cual es de doler, o hacen demasiado, pasando de cuerpos meramente consultivos a directivos y ejecutivos, lo cual muchas veces es todavía más de lamentar. De este defecto se resienten varias juntas de sanidad del litoral».

secretario era uno de los vocales retribuido con 3.000 reales[365]. A este núcleo se incorporaban otros vocales natos en las juntas que coincidían con los puertos (la autoridad marítima), y el subdelegado más antiguo de las capitales de provincia.

La composición de las Juntas Municipales también se ordena en la Ley General de Sanidad: el presidente será el alcalde, acompañado de profesores de la Facultad de Farmacia, Medicina, de Cirugía (si lo hubiese en el municipio) y un veterinario. También

[365] HERNÁNDEZ ANDREU, J. *Historia monetaria y financiera de España*. Madrid: Editorial Síntesis, 1996.
El real español era una moneda de plata de 3,35 gramos, que empezó a circular en Castilla en el siglo XIV y fue la base del sistema monetario español hasta mediados del siglo XIX. Su cambio era de 1 real de plata por 34 maravedíes y a su vez 1 escudo de oro por 16 reales de plata. Los múltiplos eran las monedas de 2 reales, 4 reales y la conocida y famosa pieza de 8 reales (o real de a 8). Estas monedas eran producidas en gran cantidad durante los siglos XVI, XVII y XVIII, no sólo en las cecas de la misma España sino también en sus colonias americanas; tal abundancia de cecas en diversos lugares y la adecuada ley de plata de sus productos generó que el real español fuese una moneda utilizada comúnmente como dinero circulante a nivel internacional en el periodo entre 1600-1800.
En el siglo XIX, el rey José I mandó acuñar durante su reinado dos sistemas monetarios paralelos basados en el Real como unidad monetaria pero con dos valores diferentes, estos eran el Real español tradicional, y el Real de vellón, con una equivalencia de 2,5 Reales de vellón por cada Real tradicional. (1 Real de plata = 2,5 Reales de vellón). El último monarca que acuñó el Real español tradicional fue Fernando VII, ya Isabel II tan solo acuña monedas con facial expresado en Reales de Vellón, desde entonces, un real equivalía a 25 céntimos de peseta. Hasta el final de la peseta, a las monedas de 50 céntimos se las denominó como «dos reales».
Antes de la primera reforma monetaria decimal, Isabel II mandó a acuñar monedas de 1, 2, 4 y 8 maravedís en cobre, 1, 2, 4, 10 y 20 Reales en plata y 80 Reales en oro.
Posteriormente, desde 1850, se adoptó el sistema decimal que dividía al Real de vellón en 10 décimas o en 100 céntimos de Real, aunque las monedas anteriores al nuevo sistema nunca perdieron su valor adquisitivo y por tanto, seguían normalmente en circulación. Fueron acuñadas monedas de ½, 1 y 2 décimas, así como de ½ Real en cobre, 5, 10 y 25 Céntimos de Real, también en cobre y 20, 40 y 100 Reales en oro.
En 1864 se creó el escudo de plata, sustituyendo al real, que ya para entonces estaba subdivido en un sistema decimal de 10 décimas o 100 céntimos de real. Se acuñaron monedas de cobre, plata y oro. Las piezas emitidas fueron de ½, 1, 2½ y 5 céntimos de escudo en cobre, 10, 20 y 40 céntimos en plata, 1 y 2 escudos en plata, y por último 2, 4 y 10 escudos en oro. La vida del escudo fue corta, pero sirvió de base para la introducción de sistema monetario unificado y definitivo que tanta falta hacía para normalizar la economía de la época.
El 19 de octubre de 1868, el ministro de Hacienda del Gobierno provisional del general Serrano, Laureano Figuerola, firmó el decreto por el que se implantaba la peseta como unidad monetaria nacional, sustituyendo al escudo como tal, al mismo tiempo que entraba en vigor oficialmente el Sistema Métrico en el contexto de la Unión Monetaria Latina. Se establecía que 2 escudos de plata eran equivalentes a 5 pesetas, quedando conformada la peseta como unidad monetaria de España hasta el año 2002.
La primera peseta fue acuñada en 1869, consistía de 5 gramos de plata y equivalía a 4 reales. Todas las monedas de la primera emisión fueron: 1, 2, 5 y 10 céntimos, en bronce; 20, 50 céntimos, 1, 2 y 5 pesetas, en plata de ley 900 milésimas; y 100 pesetas en oro de ley 900 milésimas. Hasta la Segunda República, las monedas de 1 peseta fueron acuñadas en plata.

se incorporaban tres vecinos. Las competencias que se conferían a las Juntas de Sanidad se podían resumir en los siguientes puntos: dar dictamen cuando les consulte el jefe político sobre cualquier tema del ramo de la sanidad; presentar por sí mismas las propuestas convenientes para mejorar la salubridad de la provincia; preservarlas de los males contagiosos, epidémicos y endémicos; mejorar y perfeccionar el servicio del ejercicio de la medicina, cirugía, farmacia y veterinaria; y reprimir las infracciones a las leyes y normas sobre el ejercicio profesional y sobre la venta de productos, sustancias y cuerpos de cualquier tipo que pueden perjudicar la salud pública. Constituye todo un programa de protección de la salud, limitado por los conocimientos, recursos y capacidad de obrar, cuya ejecución queda en manos de la autoridad política, adoleciendo de una estructura técnica y organizativa. La Junta se organizaba en dos secciones: la encargada de asuntos o negocios médicos, que asumía todo lo relativo a los galenos, sobre el intrusismo y los informes de la capacidad y méritos de los profesionales para ocupar los puestos de titulares municipales o de subdelegados; y otra sección se ocupaba de los asuntos más propios de la Salud Pública como de salubridad, higiene pública, medidas en epidemias, cementerios y cuantos temas repercutan en la salud de los ciudadanos; además de ellas se podían organizar comisiones especiales para temas concretos.

Las Juntas Municipales se desarrollaron de manera más estable en el siglo siguiente a través de la Instrucción General de Sanidad de 1904. La centuria del XIX, quedaba supeditada a que hubiera necesidad, en aquellas localidades que presentarán una población superior a los 1.000 habitantes, con la difícil labor de cumplir en un entorno agreste con la función de formular propuestas de mejoras de salubridad sobre: estercoleros, aguas estancadas, acequias, granjas de cerdos o conejos en sitios ventilados, limpieza de letrinas, traslado de productos peligrosos, vigilancia de utensilios plomados, y calidad de agua, alimentos y aseo de las poblaciones, de los cementerios, etc., alejando los puntos de infección.

Al amparo de la Ley Orgánica de Sanidad de 1855, en su artículo 7º que en *casos inminentes de epidemia y contagio o siempre que el Gobierno lo acuerde por sí, o a propuesta del consejo se girarán visitas ordinarias o extraordinarias de* ***Inspección de Sanidad*** *donde el bien público lo exija*. En 1891 se previó la creación de inspectores temporales provinciales y en 1892 permanentes, planteamiento que fue superado por la Instrucción General. Por otro lado, en el artículo 90 de la citada Ley Orgánica se crea a

los inspectores de géneros medicinales, con la función del control en las aduanas, designados por el Ministerio de la Gobernación, a la vez que se prohibía la inspección de estos productos durante el tránsito de la provincia, las drogas medicinales y los productos químicos. Pero sus atribuciones eran limitadas, ya que cualquier propuesta de decomisos o destrucción debía ser autorizada por la Junta Provincial[366].

Las reformas, que a mediados del siglo XIX se efectúan a nivel sanitario, produjeron la consolidación de una figura de médico y farmacéutico con una doble personalidad: servicio y autoridad pública (higiene pública y asistencia a los necesitados) retribuida por el erario público municipal, o por la mancomunidad de municipios, o provincial en los regímenes forales, o por el Estado; y por otro lado simultáneamente dedicado a la actividad privada asistencial para las personas y familias acomodadas[367]. Esta figura del facultativo titular de un municipio o mancomunidad de municipios, va a consolidarse en la Ley Orgánica de Sanidad de 1855[368]. Esta nueva figura que se implanta en 1855, nace en la hospitalidad domiciliaria pública desde instancias de la beneficencia pública para dar asistencia a los menesterosos, situación que supuso un avance agigantado. Entre sus funciones, estaba la de acoger e implicar en las funciones de la Salud Pública específica a los ayuntamientos, en materias de sanidad y beneficencia, que

[366] MUÑOZ MACHADO, S. *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995, p. 17.
Ya en los siglos XVII y XVIII los servicios de reconocimiento de alimentos estaban teóricamente organizados por los municipios, que nombraban o autorizaban a los veedores o revisores de víveres. Esta competencia, circunscrita en principio al ámbito local, llegó a ser preocupación de Gobierno como lo demuestra la Real Cédula de 15 de noviembre de 1796, que hace referencia a la *Policía de Salud Pública* y especifica la necesidad de una inspección sanitaria de los alimentos y de los locales donde se preparaban o expendían. Esta función municipal sería reconocida por la primera Constitución de 1812, que atribuía a los Ayuntamientos la *policía de comodidad y salubridad* (art. 321) y ratificada por la Instrucción Sanitaria de 1813, que disponía en su artículo primero, «la obligatoriedad municipal de velar por la calidad de los alimentos de toda clase, así como de remover todo aquello que en el pueblo pudiera alterar la salud pública o la de los ganados».
[367] MUÑOZ MACHADO, S. *La sanidad Pública en España*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos, 1975.
[368] VIÑES RUEDA, J. (2006). *Opus cit.*, p. 141.
El artículo 64 de la referida ley expresa: «Las juntas provinciales de sanidad invitarán a los ayuntamientos a que establezcan la hospitalidad domiciliaria y a que creen, con el concurso y consentimiento de los vecinos, plazas de médicos cirujanos y farmacéuticos titulares encargados de la asistencia de las familias pobres, teniendo también los facultativos titulares el deber de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios en cuanto diga relación con la policía sanitaria».

desde el Estado se procuraba mantener integradas. Se produce otro efecto: a partir de 1855 el ramo de la Sanidad del Estado y sus políticas inician la intervención de cometidos que eran anteriormente de responsabilidad periférica municipal.

El cumplimiento de la Ley General de Sanidad no parece que fuera muy generalizado en el territorio español, lo que requiere precisar las obligaciones de los ayuntamientos. Esta situación se procuró subsanar mediante un Real Decreto por el que se aprobó el *Reglamento para la asistencia a los pobres y organización de los partidos médicos de la Península*, en el que se ordena que en las poblaciones hasta 4.000 vecinos habrá facultativos titulares de medicina, cirugía y farmacia y en los de más de 4.000 se establecerá la hospitalidad domiciliaria para el auxilio facultativo ordenado y eficaz, y socorro a los pobres, todo ello recogido en los tres primeros artículo. Se establece una doble figura para las poblaciones según tengan población mayor o menor de 4.000 vecinos. Los facultativos titulares en los de menos de 4.000 y sólo para la asistencia de beneficencia en los de mayor población, con el fin de que los pobres no tengan que acudir necesariamente a los hospitales, sino que la «hospitalidad» la van a recibir a domicilio. Los médicos de la hospitalidad domiciliaria van a considerarse del ramo de la Beneficencia puramente asistencial, pero no van a ser médicos titulares municipales en poblaciones de más de 4.000 habitantes. Ambas figuras en el medio rural se han mantenido independientes, si bien en un mismo facultativo hasta la Ley General de Sanidad de 1986 en que se implanta la asistencia pública universal.

Los médicos titulares en el reglamento de 1868 asumen como obligaciones las siguientes: asistir gratuitamente a los pobres[369]; prestar servicios sanitarios de interés general que el Gobierno y sus delegados les encomienden; auxiliar a los ayuntamientos con sus conocimientos científicos respecto a lo relativo a la policía sanitaria; prestar en casos de urgencia servicios en las localidades próximas a los de su partido por encargo

[369] *Ibidem*, p. 136-139.
La calificación de pobre se definía en el citado reglamento en los siguientes términos: «los que no contribuyan con cantidad alguna al erario público; los que vivan de un jornal o salario eventual; los que disfruten de un sueldo menor que el de un bracero de la localidad; los parientes que vivan con un pobre; los expósitos a cuenta de la Beneficencia; los acogidos a los hospicios, y los desvalidos en tránsito en la localidad. Los encargados de hacer las listas de pobres fueron las juntas municipales de sanidad conjuntamente con las juntas de Beneficencia, pero de ello podrían derivarse discrepancias en perjuicio del médico, ya que muchas personas deseaban incluirse como pobres y las reclamaciones en ambos sentidos las debía resolver el gobernador.

del gobernador.

Destaca que en el reglamento de 1868, se recojan que si bien hay un gran contingente de pobres, también son pobres los ayuntamientos, y prevé por ello dos figuras que han sobrevivido hasta tiempos cercanos en la década de los 90 del siglo XX. Estas figuras fueron las agrupaciones de pueblos para constituir partidos médicos que debían atender a varios pueblos de pequeña población; y el concepto de partido cerrado en donde no podía ejercer ningún otro médico que no fuera el titular, con lo que se le aseguraba la asistencia de las familias o vecinos acomodados, los cuales a su vez perdían la capacidad de elegir otro médico que no fuera el titular.[370]

Además se regulan también a los titulares de farmacia, garantizando la presencia de tales profesionales en el medio rural en aquellos pueblos que no hubiera farmacéutico establecido por su cuenta, al que el ayuntamiento pagaba los medicamentos recetados a las familias pobres. Cuando el ejercicio privado de la farmacia no era rentable, las plazas de farmacéuticos titulares no solían cubrirse y los municipios o agrupaciones de municipios se veían obligados a ofertarlas. La plaza de titular obligaba además al municipio a pagar al farmacéutico para que estableciera una oficina de farmacia, lo cual se ahorraba si la farmacia ya estaba establecida en la población.

Los médicos y farmacéuticos comenzaron a tomar conciencia de la necesidad de

[370] *Ibidem*, p. 147.
El médico vivía en la pobreza y en la inseguridad, ya que los contratos con los ayuntamientos eran por cuatro años, lo que no daba estabilidad, ni por supuesto ninguna seguridad, ni ayuda en caso de enfermedad, ni incapacidad, ni jubilación, lo que dio lugar a mediados del siglo XIX a movimientos médicos de socorros mutuos. Ello no impidió que la selección de profesores y los nombramientos fueran exigentes y rigurosos. El proceso de selección era exigente. En primer lugar el ayuntamiento, reunido con un número de contribuyentes doble al de concejales, acordaba convocar la plaza vacante, el tipo de contrato y la categoría de la plaza; se notificaba al gobernador que autorizaba la convocatoria, que se publicaba en el boletín de la provincia dando 20 días de presentación de candidatos; la documentación se mandaba al gobernador que la pasaba a la Junta Provincial de Sanidad que daba conformidad a la publicación de los candidatos para su impugnación o reclamaciones, un posterior estudio de los expedientes por la Junta Provincial de Sanidad la cual formaba una terna por orden de merecimientos que el gobernador remitía al ayuntamiento que, reunido de nuevo con el doble número de contribuyentes que concejales, decidía en el término de 10 días; en caso contrario el gobernador imponía al primero de la lista. Por supuesto que el coste de la contratación debía figurar en los presupuestos municipales.

iniciar un movimiento de asociacionismo y de ayuda mutua que se inicia con un movimiento promovido por la prensa médica de la época tan boyante, consiguiendo la convocatoria de un Congreso médico-farmacéutico que se abrió el 15 de octubre de 1878 al que acudieron representantes de toda España elegidos por distritos judiciales (subdelegaciones) que se reunieron en Madrid hasta el 29 de noviembre de manera ininterrumpida. Puede decirse que desde un punto de vista de eficacia, fue un fracaso, ya que las conclusiones y dictámenes debían aplicarse por el Gobierno, pero desde el punto de vista cualitativo fue muy importante. Es evidente que la Ley de Sanidad que propusieron no se aprobó, pero sus bases están en la Instrucción de 1904; tampoco se crearon de seguido los colegios profesionales, pero por primera vez se formulan, e incluso se redactan, los estatutos para la constitución de los colegios médico-farmacéuticos que se aprobaron en el Congreso; colegios que no van a constituirse hasta el final del XIX. Se preveía un colegio por provincia y otro nacional o Comisión Permanente nacional compuesta por miembros de los provinciales. La respuesta fue lenta pero con una facilitadora realidad, veinte años después, como correspondía a la velocidad de aquellos tiempos.

Ya entrados de lleno en la primera mitad del siglo XX, momento en el que se efectúan numerosas reformas, que consolidó el Estado Social, al enfrentarse a la denominada cuestión social que surge con la industrialización de España. Esta novedosa situación, llevó a la creación de un marco de aseguramiento de los trabajadores, frente a cualquier posible situación de riesgo, remedando la estela alemana, quienes en 1883 habían aprobado la Ley del Seguro de Enfermedad. España, en este mismo año, crea la Comisión de Reformas Sociales, transformándose en el Instituto de Reformas Sociales en 1903, y cinco años más tarde, el Instituto Nacional de Previsión, encargado de gestionar: Retiros de Obreros (1909), el Seguro Obligatorio de Maternidad (1929) y el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1943-1963) que caracterizará el sistema hospitalario español, seguido por la Seguridad Social, entre otros.

Algunos autores han querido ver tres etapas en lo concerniente a la evolución hospitalaria española. Existe una primera etapa, comprendida entre 1900 y 1942, donde se contempla el desarrollo de Hospitales para enfermos infecciosos con patología prevalente. Son continuadores de las antiguas instituciones para contagiosos, destacando la creación del Real Patronato Antituberculoso fundado en 1907 que pone en funcionamiento el proyecto de dotación de sanatorios antituberculosos que

persiguen el aislamiento y separación de los enfermos de la sociedad[371].

Con los Estatutos Municipales y Provinciales de 1924 y 1925, respectivamente, funcionalmente se establece una nueva forma de realizar la actividad preventiva y asistencial. La primera obligó a la existencia de locales para epidemiados en localidades cuya población fuera superior a los 15000 habitantes, junto a un establecimiento para recluir a los alienados pobres; la segunda, implicaba a las Diputaciones, que debían establecer una Casa de Maternidad y Expósitos y otras de Beneficencia Hospitalaria, servicios de aislamiento de enfermos infecciosos, Instituto de Maternología y de Puericultura, instalaciones de Rayos X hospitalarios con fines diagnósticos y oncológicos, un Sanatorio Antituberculoso para enfermos curables, un pabellón para meretrices enfermas y otro para tuberculosis pulmonares avanzadas. Con la Constitución de la II República Española en 1931, se estabilizó la Lucha Antituberculosa, desarrollándose actividades de Salud Pública y Atención Primaria con la creación de los Consultorios Rurales. Con el alzamiento del 18 de julio de 1936 y el comienzo de la Guerra Civil Española, el desarrollo hospitalario y sanitario quedó congelado, militarizándose la Sanidad, así como la fundación de hospitales de la sangre en el frente bélico que ocuparon lugares como hoteles, escuelas o colegios, a lo que se unió una pérdida considerable de camas secundaria a la destrucción de muchos centros sanitarios[372]. Una vez finalizada el conflicto bélico, se reorganizó la Lucha Antituberculosa con leyes formuladas en 1939 y 1943, que establecieron las bases del Patronato Nacional Antituberculoso, que ante la inexistencia de camas, comienza campaña de construcción de Sanatorios en 1940 por todo el territorio nacional.

La segunda etapa, comprendida entre 1942 y 1986, arranca con la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que entra en funcionamiento al año siguiente. Este limitaba el aseguramiento a los trabajadores por cuenta propia con salarios por debajo de cierto nivel, elevándose paulatinamente. Además, en este mismo año, se funda la Comisión de Enlace prevista en la Ley del Seguro entre el Ministerio de Trabajo, la Dirección General de Sanidad y la Delegación Nacional de Sindicatos, con el fin de elaborar el Plan Nacional de Instalaciones del Seguro de Enfermedad. Un catastro de las

[371] PERONA LARRAZ, J. L. et alii (2009). *Opus cit,* p. 46-64.
[372] *Ibidem*, p. 57-61.

instalaciones hospitalarias en España, vislumbró la urgente necesidad de una red hospitalaria a la altura de las necesidades de la población, lo que llevó a que en 1947 se elaborara un Plan de Instalaciones, que estableció la necesidad de construir unas 67 Residencias Sanitarias con 16000 camas, ubicadas en las capitales de provincias.

Este mismo año, el Ministerio de Trabajo publicó el Reglamento Nacional de Establecimientos Sanitarios de Hospitalización y Asistencia, clasificándolos en los términos siguientes: Hospitales, Sanatorios Quirúrgicos, Maternidades, Clínicas y Dispensarios; Hospitales, Sanatorios y Preventorios antituberculosos; Hospitales y Sanatorios Psiquiátricos; Hospitales y Sanatorios de Nutrición y Medicina general y demás especialidades; y, por último, los demás Centros Sanitarios.

LEGISLACIÓN TÉCNICO SANITARIA MÁS RELEVANTE DURANTE EL SIGLO XIX Y PRIMERA MITAD DEL XX[373]	
1785	Reglamento del cementerio de San Ildefonso del Escorial.
1787	Real Cédula de 3 de abril de construcción de cementerios en pueblos.
1800	Se ordena por el Gobierno que los cadáveres de fiebre amarilla se entierren en extramuros. Real Orden para elaborar una ordenanza de farmacia.
1804	R. O. Sobre cementerios. Ley 1ª Novísima recopilación.
1805	Real Cédula sobre establecimientos insalubres. Ley 5ª Novísima recopilación. Real Cédula sobre la extensión y recomendación gratuita de la vacunación antivariólica.
1806	R. O. de 6 de octubre. Se autorizan enterramientos de obispos y arzobispos dentro de las iglesias.
1813	Ley de Cortes (Cádiz) de 23 de Junio sobre salud pública, cementerios, Juntas de Sanidad y Salubridad.
1816	Instrucción de 21 y 25 de Agosto para preservar de «contagio exótico» (peste y fiebre amarilla).
1817	Apertura del lazareto de Mahón. Reglamento.
1822	Código Sanitario no aprobado en las Cortes.
1835	Real Orden de 30 de octubre sobre cementerios. Real Orden autorizando enterramientos en conventos de monjas de clausura.
1846	R.O. recordando la vigencia de la ordenanza de farmacia de la Novísima recopilación.
1859	Reglamento de Inspección de carnes. Creación de mataderos.
1860	Ordenanza para el ejercicio de la profesión farmacéutica.
1861	Reglamento de enseñanzas de practicantes y matronas.
1865	Instrucción de 21 de octubre para los gobernadores de provincia para prevenir epidemias.
1871	Se crea el Instituto Nacional de la Vacuna.
1873	Se publica en la Gaceta del 13 de septiembre las medidas del doctor Blane para prevenir el cólera. Se expone la transmisión por el agua y el hervido del agua.
1876	R.O. de 8 de mayo por la que se aprueba el reglamento del Instituto Nacional de la

[373] *Ibidem*, p. 52-64.

	Vacuna.
1883	Creación de la Comisión de Reformas Sociales
1885	Real Orden de 12 de junio, preceptos de higiene para evitar el cólera. Se prohíbe la vacunación anticolérica de Ferrán.
1886	Real Orden de 20 de abril sobre precauciones higiénicas en previsión de invasión colérica.
1888	Real Orden de 11 de agosto, medidas en epidemia de difteria. Reglamento para las carreras de practicantes y matronas.
1890	Real Orden de 12 de agosto. Circular para evitar propagación del cólera.
1891	Real Orden de 18 de agosto sobre vacunación antirrábica.
1892	Real Orden de 29 de agosto. Disposiciones para evitar la propagación del cólera morbo asiático. Se recuerda cumplimiento de RR. OO. de 1886 y 1890 sobre el cólera. Instrucción sanitaria sobre el cólera. En la 7ª Conferencia Internacional de Higiene (Venecia) se llega al acuerdo de la transmisión epidémica del cólera. RR. OO. Inspección de viajeros en fronteras.
1893	Se publica en la Gaceta de 1 de octubre la Memoria sobre el cólera del doctor San Martín.
1894	Se crea el Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene.
1895	Real Orden de 5 de abril sobre embalsamamientos de cadáveres.
1899	Real Orden de 28 de octubre. Se crea el Instituto Nacional de Sueroterapia Vacunación y Bacteriología («Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII») por fusión de institutos anteriores.
1903	Se crea el Instituto de Reformas Sociales.
1907	Se constituye el Real Patronato Antituberculosos.
1908	Se crea el Instituto Nacional de Previsión.
1909	Se crea los Retiros de Obreros.
1924	Regulación hospitalaria por medio de los Estatutos Municipales.
1925	Regulación hospitalaria por medio de los Estatutos Provinciales.
1929	Se crea el Seguro Obligatorio de Maternidad.
1931	Se estabilizó la Lucha Antituberculosa. Desarrollo de la Salud Pública. Creación Consultorios Rurales.
1939	Reforma de la Ley Sanitaria.
1940	Campaña de construcción de Sanatorios Antituberculosos.

1943	Se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Se revisa y reforma nuevamente la Ley Sanitaria.
1947	Elaboración de Plan de Instalaciones para construcción de 67 Residencias Sanitarias. Publicación del Reglamento Nacional de Establecimientos Sanitarios de Hospitalización y Asistencia.

3.3.3. LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE TENERIFE.

Una de las primeras noticias existentes sobre la presencia de un médico en la isla de Tenerife, fueron las del maestre Francisco y la de Diego de Funes. El primero lo encontramos nombrado en las primeras Actas del Cabildo de Tenerife el 1 de abril de 1504: «…*por lo qual le an de dar LXV fanegas de trigo puesto en casa del dicho maestre Francisco; y que las melesynas y materiales para curar pagándoselo (ecebto las melesynas de la cirugía que las a de poner) a su costa y que las otras melezynas que las dé por el costo; (que se refyan a su juramento y consciencia)…*»[374]. El segundo, fue contratado en 1515 por la suma de 20.000 maravedis anuales[375]. Se domicilió en San Cristóbal de La Laguna, al que el 13 de enero de 1517, el Adelantado Alonso Fernández de Lugo, le concede una importante data de 150 fanegadas en La Orotava, lugar donde estaría presente largas temporadas para su vigilancia y disfrute[376]. La población humilde que comenzaba a asentarse era desconocedora de la figura del médico, situación contraria a la de las clases dirigentes, las cuales acudían para solicitar sus servicios en situaciones extremas. Será sucedido en su cargo por en 1521 por Francisco Ximénez, a quien en 1523 nuevamente sustituye Diego de Funes.[377]

[374] SERRA RÀFOLS, E. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife I, 1497-1507*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1996[2]. Acuerdo 383, p. 71.
[375] SERRA RÀFOLS, E.; ROSA OLIVERA, L. de la. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. III, 1514-1518*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1965. Colección Fontes Rerum Canariarum. Acuerdo nº 96 de 27 de agosto de 1515, p. 126-128.
[376] MORENO FUENTES, F. *Las datas de Tenerife (Libro primero de datas por testimonio)*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios (C.E.C.E.L.), 1992, p. 226.
[377] SERRA RÀFOLS, E.; ROSA OLIVERA, L. de la. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. IV, 1518-1525*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1970. Colección Fontes Rerum Canariarum.

Unos años más tarde, durante la llegada de los primeros colonizadores a las islas, aparecen en la documentación consultada los nombres de profesionales médicos y cirujanos. Entre ellos, el maestre Diego de Trigueros, que por parte del Cabildo de la Isla recibe la cantidad de «10.000 maravedís y un cahíz de trigo»[378]. En 1556 encontramos el pago de un censo al Cabildo por un tal Diego Hernández, cirujano.[379]

A comienzos del siglo XVII, cuenta Alejandro Cioranescu, que el cirujano Bernardo Domínguez era vecino de Santa Cruz de Tenerife, obteniendo casa en dote al casarse con Ana Sánchez[380], y el doctor Pedro López de Vergas «*con la obligación de curar en conventos y en hospitales de pobres*»[381]. Dos figuras destacan este campo a finales de este mismo siglo: el médico francés Tomás Buaylle y el inglés Edward Prescott[382], afincados ambos en el Valle de La Orotava. El siguiente siglo, el XVIII, encontraremos figuras como las del clérigo Jaime Monsalve, Pedro Núñez de Acevedo, Agustín de Paz y Negrón, Diego Amstrong[383] y Juan Emeric. El segundo de ellos, Pedro Núñez, que fue médico titular del Hospital de la Santísima Trinidad en La Orotava entre 1758 y 1789, momento en el que fue sustituido por el facultativo Antonio González Villalba. Casó dos veces: la primera con Micaela Méndez de Castro y Gallego, enviudando y tomando en sus segundas nupcias a Magdalena Benítez de Lugo Grimaldi. Los dos últimos, el primero

---

Acuerdo 229 (página 94). *… Presente el Dr. Francisco Ximenes, dieron asiento con él se le diese de salario sesenta doblas de oro, por que esté en esta isla un año, por médico, para curar las enfermedades, el cual salario gane desde 15 de mayo, porque desde entonces ha estado…*
Acuerdo 383 (página 194*): … Que se libre al Bach. de Funes las 30 doblas de oro que deben los vecinos de Garachico de la transacción del pleito que hicieron de la primera paga de lo del bodegón del Concejo de Garachico, y que le corra el salario de los 40,000 mrs. que ha de haber de los propios, desde el día que saltó (sic) del destierro, que pasó ante Alonso de Llerena, desde que fue a Santa Cruz y vido a una mujer enferma…*

[378] AA. VV. *Cien años de Pediatría en Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Fundación Canaria de Salud y Sanidad, 2001, p. 22.

[379] ROSA OLIVERA, L. de la. Catálogo del Archivo Municipal de La Laguna. In, *Revista de Historia Canaria* nº 125-126 y 127-158, 1959.

[380] CIORANESCU, A. *Historia de Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife, 1979, Tomo II, p. 374.

[381] COLA BENÍTEZ, L. (1996). *Opus cit*, p. 65.

[382] LUQUE HERNANDEZ, A. *La Orotava, corazón de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Ayuntamiento de La Orotava, 1998, p. 214.
Existe una declaración testamentaria fechada en 1691 que lo nombra como *«…Duarte Pescote, inglés y católico romano…*»

[383] PRIMO DE LA GUERRA, J. *Diario II [1808-1820]*. Edición e Introducción por Leopoldo de la Rosa Olivera. Biblioteca de Autores Canarios. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1976, p. 70.

inglés y el segundo francés, siendo ambos cirujanos, fallecieron en la epidemia de fiebre amarilla que en 1811 azotó a la Isla[384]. El primer galeno de Santa Cruz al inicio de este siglo fue el lagunero José Sánchez de Castro.

55. Hieronymus Bosch, El Bosco: Extracción de la piedra de la locura (ca. 1490).

Destacó también el lagunero Pedro de Toledo, licenciado por la Universidad de Valencia y afincado en La Orotava a finales del siglo XVIII, al servicio del Marqués de Celada, para años más tarde, trasladarse a la isla de La Palma. Don Juan Primo de la Guerra y del Hoyo, tercer vizconde del Buen Paso lo calificaba de «*…tenía semblante serio, cuerpo muy alto, ocurrencias festivas y sal para ridiculizar los defectos, tocaba la guitarra, usaba vestidos de todos los colores y peluca, y era profesor acreditado por su talento, aplicación y acierto…*»[385]. A principio del siglo XIX, también prestó servicios a este ilustre noble, el médico Pedro Perdomo, hijo también de galeno, que desarrollaba su labor en el Puerto de La Orotava, de quien decía «*…que le gustaba la chanza, pero su conversación carecía de respeto y miramiento…*», situación que le llevó a ciertas llamadas al orden por parte de la Inquisición.[386]

Casi en su ocaso, en el siglo XIX, destacó la figura de John Waugt, médico militar escocés que cursó sus estudios médicos en Londres, se afincó en La Orotava en 1774, donde casó un año más tarde con Luisa Estévez y Ugarte. Como se ha expuesto con anterioridad, Antonio González Villalba fue titular del Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava hasta 1809, momento en el que fallece, tomando cargo de su plaza el

[384] COLA BENÍTEZ, L. (1996). *Opus cit*, p. 129-154.
[385] PRIMO DE LA GUERRA, J. (1976). *Opus cit*, p. 36, 93 y 127.
[386] *Ibidem,* p. 129.

portugués Juan García, medico honorario de los ejércitos nacionales, que en 1825, al no tener herederos, lega sus bienes a «los pobres del hospital, reos y pordioseros».

Dando inicio al siglo XIX, destacan las figuras de los médicos palmeros Juan Acosta y Camacho y la de Víctor Pérez González, siendo este último doctorado por la Universidad de la Sorbona en 1851; ambos trabajaron en el Valle de La Orotava, gozando de merecido prestigio por su praxis médica. En Santa Cruz existían, por estas fechas, dos médico, un cirujano, dos boticarios y dos albéitares. Así, en 1862, la relación médico habitante era de un galeno por cada 4.740 habitantes y una farmacia por cada 13.166.[387]

Hasta la mitad del siglo XIX, la medicina no era impartida por profesionales sanitarios debidamente titulados, como marcaban las normas vigentes. Este fue el caso ocurrido en 1818 cuando fueron denunciadas cuatro parteras que carecían de autorización para realizar tales actividades. La inseguridad que causaba esta situación en la población llevó a que Fernández de Moratín solicitara la confección de un listado de aquellos galenos habilitados para las prácticas médicas y capaces de recetar remedios y medicamentos[388]. Para el cuidado de la salud de los vecinos capitalinos, la Corporación municipal había previsto en sus presupuestos un puesto de médico asalariado encargado de asistir a los pobres, desamparados y enfermos de los hospitales, así como la dirección de la casa de vacunas. A partir de 1831, se presupuestaron dos médicos cirujanos, además de una matrona, cobrando los primeros unos 6.000 reales cada uno y la segunda unos 1.500 [389]. Años más tarde, en 1841, se aprobó la incorporación a la plantilla de un sangrador y un vacunador municipal. Pese a las buenas intenciones municipales, en rara ocasión hubo dinero para pagar los sueldos de estos profesionales. En 1880, el médico Manuel Pestana, deja dirección del Hospital de la Santísima Trinidad pese a ostentar la titularidad del Centro; el cargo directivo será asumido por Tomás Zerolo Herrera, lanzaroteño licenciado por la Universidad Central de Madrid, y que destacó en todo momento por su labor y servicios prestados a la población.

[387] *El Teide* (Santa Cruz de Tenerife), 3 de junio de 1862.
[388] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit,* Tomo IV, p. 170.
[389] *Ibidem*, p. 170-171.

El primero de estos médicos fue, Juan García, portugués que había estudiado en Francia, estando al servicio de la población entre 1785 y 1813, momento en el que dejó su plaza por problemas familiares. Fue sustituido por Ignacio Vergara, incorporándose junto a él el cirujano del batallón de Canarias, Joaquín Viejobueno, quien descontento con su salario, presentó su dimisión a los pocos meses que no fue efectiva. Este último, nuevamente, presenta su renuncia en 1817, lo que provocó el nombramiento de Ignacio Vergara como médico titular de Sanidad y del hospital. Lo sustituirá el médico José Díaz, fallecido en 1839, lo que precisó un nuevo nombramiento, el de Bernardo Espinosa. En 1846 se crea un segundo puesto que es ocupado por Benigno Mandillo, quien muere al año siguiente. Lo sustituirá Bartolomé Saurin.[390]

56. Francisco J. Castro: Antiguo Hospital Civil de Santa Cruz de Tenerife (2011).

También debe destacarse en esta primera mitad del XIX, Miguel Villalba y Díaz presente en Santa Cruz desde 1855, Diego Costa y Grijalba, médico municipal para la hospitalización domiciliaria en 1869 y médico auxiliar del Hospital de Desamparados desde 1885, o Diego Costa Izquierdo, su hijo, médico primero de los Establecimientos Insulares de Beneficencia desde 1917. Junto a ellos, Daría Cullen, José Naveiras Zamora (médico de la Casa de Socorro), que realizó una destacad labor en la epidemia de 1906,

[390] *Ibidem*.
En 1855 ambos médico, Bernardo Espinosa y Bartolomé Saurin cobraban sueldo por médicos titulares del Ayuntamiento y por médicos de la Junta de Beneficencia. Está situación obligó a que tuvieran que escoger, quedándose el primero en la Corporación municipal y el segundo en Beneficencia.

Veremundo Cabrera Díaz, cirujano del Hospital Provincial y Rosendo García Ramos, entre otros.

En San Cristóbal de La Laguna destaca la figura de Manuel de Osuna, médico titular que para llegar a esta profesión, primero estudió Matemáticas y Cirugía. Buen amigo de Juan Primo de la Guerra quien lo nombra en numerosas ocasiones en su *Diario*. Éste lo describe como: «*…prudente y moderado en sus aplicaciones. Tiene libros y se explica con los términos de las facultades que ha estudiado, poco perceptible a los que no están impuestos. Su carácter es suave, complaciente y usa de modos tan corteses que el juez de Indias, don Bartolomé de Casabuena, decía que Osuna tenía la educación de un príncipe. Ha guardado alguna vez el modo de vestirse propio de su profesión, su edad pasará de los setenta años; es fino, y tiene buena cara…*»[391]. También se hace referencia por esta misma fecha en el *Diario*, a un médico cirujano español llamado Pons (no se especifica el nombre que aparece en blanco), facultativo acreditado que llega al puerto de Santa Cruz de Tenerife a comienzos de este siglo, instalándose en la ciudad de los Adelantados[392]. También fueron galenos preponderantes Osmundo Lercaro y Machado, doctor por la Universidad francesa de Montpellier, Pablo Valencia, Alejandro Codina, los hermanos Antonio y Miguel Fernández de la Cruz y Miguel Rodríguez Vivas.

En 1908 la ciudad de Santa Cruz contaba con ocho farmacias que se mantuvieron perenne en número durante toda la década de los años veinte. Entre los farmacéuticos de Santa Cruz, destacaron las figuras de: Gumersindo Fernández de Moratín, madrileño que instaló su farmacia en el número 4 de la conocida calle del Castillo; en esta misma calle, pero en el número 7 la del sevillano Emilio Serra y Ruz; y la de Eduardo Rodríguez Núñez, esta ubicada en la calle del Norte. En 1930 se crea el Centro Farmacéutico provincial de la mano de Cecilio Fernández, quien quería que en la capital se ubicara el depósito que iba a surtir a toda la isla de medicamentos.[393]

[391] PRIMO DE LA GUERRA, J. (1976). *Opus cit,* Tomo I; p. 36.
[392] PRIMO DE LA GUERRA, J. (1976). *Opus cit,* Tomo II; p. 76.
[393] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit,* Tomo IV, p. 169-170.

CAPÍTULO IV

ARQUITECTURA, MEDICINA Y ASISTENCIA

4. CAPÍTULO IV. ARQUITECTURA, MEDICINA Y ASISTENCIA.

4.1. APROXIMACIÓN A LAS TIPOLOGÍAS ARQUITECTÓNICAS HOSPITALARIAS.

El hospital es algo más que un edificio, donde su historia condiciona sus limitaciones y posibilidades, encontrándonos con una institución mediatizada por características que implican actitudes, valores y formas, entre otros, que son perennes con el paso de los siglos, pese a el continuo cambio que conlleva la adaptación a nuevas necesidades, situaciones, innovaciones y circunstancias.

Para Fielding Hudson Garrison, el germen de la idea de hospital seguramente se remonta a la antigua costumbre en época babilónica de llevar los individuos enfermos a la plaza del mercado, a lo que se unieron los ejemplos griegos del *Iatreia* y *Asclepieia*[394]*;* en este momento histórico, no está presente la compasión y el socorro del desamparado aislado en un asilo sanitario, como sucederá años más tarde durante el nacimiento y auge del Cristianismo[395], sino que la *profesión de sanador* se ejerce en plazas públicas, en los domicilios de los dolientes o pequeños edificios o dispensarios denominados *iatreia*, con diferentes funciones bien definidas. Esta imagen llegará a nosotros gracias los escritos descriptivos de costumbres y moralidad en los que retrata fielmente esta cuestión el historiador y ensayista griego Plutarco:

[394] Ubicadas en los templos dedicados al dios Asclepio, eran verdaderos lugares de peregrinación, coincidiendo el culto a este dios con los orígenes de la medicina racional propia de los hipocráticos. Estos últimos, los médicos hipocráticos, se les denominaba *asclepiadas*, lo que significaba hijos o discípulos de Asclepio. En el templo se escenificaban numerosos rituales mágico-religiosos acompañados de diferentes prácticas y formas médicas: procesión por una vía sacra y atravesaban el pórtico del santuario; purificación con agua y participación en liturgia (cantos y rezos); por último, se efectuaba el sacrificio de ofrendas en el ara y se procedía a la invocación del dios con el ánimo de la sanación del enfermo. Estos recintos asistenciales, fueron clausurados mediante el decreto de Constantino del 335 d. C., apareciendo, seguidamente, el movimiento creador y fundador de los hospitales, del que su madre, Santa Elena es su verdadero artífice.

[395] GONZÁLEZ, F.; NAVARRO, A.; SÁNCHEZ, M. A.; y Cols.: *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Madrid: Editorial Ars Medica, 2004, p. 9.

…las personas que necesitan cuidado médico, las que sufren de los dientes o de un dedo van caminando hasta los que los puedan curar; los que tienen fiebre los llaman a su casa y les piden que les ayuden.[396]

57. Maqueta de un *valetudinarium*. Reconstrucción del campamento militar de Legio VI (1991).

Posteriormente, durante la etapa republicana del Imperio Romano, se crean los *valetudinarium*[397], que surge como dispositivos en los que prestar atención sanitaria y cuidado a los esclavos residentes en los latifundios, grandes extensiones de tierras de explotación agrícola, que se caracterizaban por su alejamiento de las urbes. Los esclavos, motores de estas vastas instalaciones, precisaban de un estado saludable que les adecuara para enfrentarse a las duras labores rurales realizadas en estos lugares. Esta tipo de establecimiento fue retomado en el ámbito castrense, destinados, en esta ocasión, a los soldados que defendían ferozmente los límites del Imperio, y cuya finalidad era la de socorrer a heridos y enfermos de la frontera Norte de éste. Se dispuso la creación del *valetudinaria*, dependencias ubicadas en la periferia de la fortaleza y fortines, de sencilla distribución, que no perduraron más que hasta el siglo III d.C., motivada esta desaparición por el rápido desmembramiento que sufre Roma con las invasiones de visigodos procedentes del centro de Europa, al que se unió un deterioro progresivo de la Administración romana.[398]

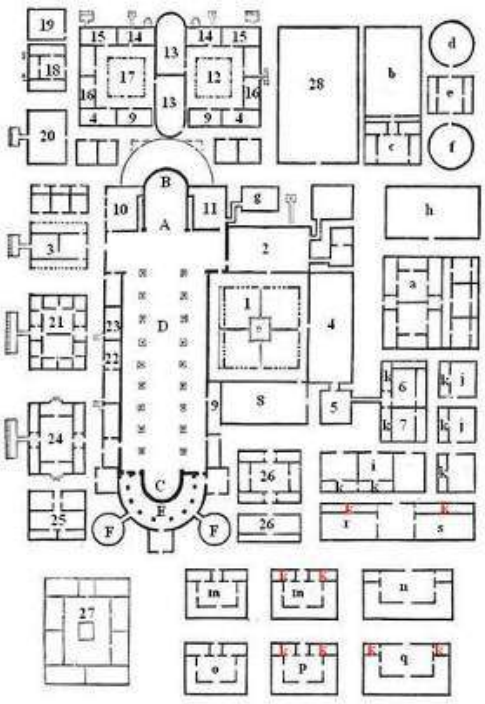
Estos primeros pasos para la creación de lugares propicios para la asistencia sanitaria y el cuidado, se aceleran con la subida de Juliano el Apóstata en el año 361 d.C., que propició la aparición de centros hospitalarios. Estas nuevas políticas llevaron a la creación de un establecimiento en el 369 d.C., ubicado en la Anatolia Oriental en la

[396] PLUTARCO: *Obras morales y de costumbres (Moralia)*. Madrid: Editorial Gredos, 1995, p. 81F-82A.
[397] Tomado de la palabra *valetudinarius*, término con el que se denominaba a los enfermos.
[398] THOMPSON, J. D.; GOLDIN, G. *The Hospital: A Social and Architectural History;* New Haven; London: Yale University Press, 1975, p. 4-6.

cuidad de Cesarea por Basilio el Grande[399]. Consistía en edificios con habitaciones destinados, básicamente, a médicos, enfermeras y ayudantes[400]. A tipo de establecimiento sanitario le siguió un asilo de caridad con capacidad para aproximadamente 300, fundado por Efraín de Éfeso, y destinado a albergar a los enfermos apestados. Al mismo tiempo, aparecieron otras fundaciones hospitalarias ubicadas en Oriente, los *pandokheion* (albergues de peregrinos), *xenodochium* (albergues de forasteros) o los *nosocomium* (casa de enfermos), estos últimos, fundados por Fabiola en el 400 d.C., *para recoger los enfermos de la calle y cuidar a los desgraciados que padecen la enfermedad y la pobreza.*[401]

Las primeras noticias que tenemos acerca de los hospitales surgen en el Imperio Romano de Oriente, en Asia Menor y Siria, , lugares donde aparece inicialmente una fuerte resistencia cristiana al paganismo romano reinante durante siglos en el Imperio. Seguramente, lo primeros ejemplos eran muy parecidos a los *valetudinarias*, de pequeñas dimensiones, y con los recursos precisos y necesarios para que los cristianos ricos pudieran atender y prestar cuidados a los enfermos. Este momento histórico vendrá promovido por una modificación o cambio de valores y pensamiento, que favorecieron, en gran medida, la asistencia a los menesterosos y desamparados. Junto, a este cambio filosófico apareció una variación en las formas de convivencia orientada a la conformación de pequeñas comunidades cristianas de ayuda mutua. Unido a todo ello, se encontraba la exaltación de la medicina pagana antigua junto a una transformación de la situación sociopolítica y epidemiológica que favoreció la aparición de un considerable número de enfermos y pobres en las urbes.[402]

[399] LAÍN ENTRALGO, P. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Editorial Salvat, 1972-1975, Tomo 3; p. 5.
A la enfermedad la reciben los justos, como un certamen atlético, esperando grandes coronas por obra de la paciencia (San Basilio de Cesárea).
[400]Fueron las denominadas *Basilias de Caesarea* que estaban destinadas a los enfermos, siendo sus benefactores los poderosos del lugar, la región de Capadocia.
[401] GONZÁLEZ, F.; NAVARRO, A.; SÁNCHEZ, M. A.; y Cols. (2004). *Opus cit,* p. 9.
[402] GONZÁLEZ, F.; NAVARRO, A.; SÁNCHEZ, M.A.; y COLABS. (2004). *Opus cit*, p. 21-22.



58. Malcom Farmer: Reconstrucción de la planta de la Abadía de Saint Gall en Suiza a partir de un pergamino del siglo IX (1875).

A finales del siglo IV d.C., surgió en Italia, y posteriormente en la Galia merovingia, fundaciones hospitalarias[403]. Su proliferación, en gran medida, fue debida al contacto mantenido con el Imperio Bizantino, existente desde la toma por los cruzados de la ciudad de Constantinopla en el siglo V d.C. En Bizancio, a pesar del inestable momento sociopolítico y económico, se crean los *nosokomeion*, establecimientos para enfermos que acabaron siendo las enfermerías que se crearon, años más tarde, en los monasterios; y el *xenón*, albergues monacales que incluían atención médica a los asilados en ellos. Con el ascenso al trono de Justiniano, los antiguos *archiatroi* o médicos públicos, se transforman en médicos de los xenones cristianos, situación que se puede observar durante el siglo siguiente en el *Sampson Xenon de Constantinopla*, el cual contaba con una plantilla fija de médico y cirujanos, atendiendo a enfermos quirúrgicos y oftalmológicos. Un siglo más tarde, en la Península Ibérica, promovido por el obispo Masona, se funda un *xenodoquio* en la ciudad de Mérida (580 d.C.). Es en este momento, cuando aparecen las primeras referencias a *hospitales inclusas* y *casa de lázaros* o también llamados *casas de leprosos*.

Los terrenos conquistados a los bizantinos por los árabes, no solo fueron fuente de riqueza y triunfo, sino que proporcionaron al mundo islámico conocimientos acerca de la medicina de formación clásica y las estructuras hospitalarias donde se aplicaban. Su primer intento de emular las experiencias sanitarias de Bizancio se condensó en la fundación del primer hospital musulmán en la ciudad de Damasco hacia el 770 d.C.,

[403] Destacaron sobre todo los establecimientos sanitarios galos, de mayor tamaño y con condiciones mucho más higiénicas.

aleccionados por cristianos sirios[404]. A estas enseñanzas se le unieron las recibidas de los nestorianos[405], médicos cristianos refugiados en Persia, cuyos conocimientos serán la cimiente de los *bimaristán* o «lugar para enfermos», edificaciones que seguían el patrón constructivo y organizativo de los *xenones* bizantinos. Las principales ciudades bajo dominio musulmán tendrán su bimaristán: en Bagdad en el 982 d.C. se funda el *Bimaristán de Adudi*; en Damasco (1154 d.C.) el *Bimaristán Nuri*; y en El Cairo (1284 d.C.) el *Bimaristán Mansuri*[406]. Estos centros sanitarios, sustentados por las autoridades y personas adineradas, eran más propiamente médicos que sus equivalentes cristianos, presentando una distribución en salas separadas: febriles, traumáticas, oftalmológicas y enfermedades mentales, a lo que se unían, en algunos de ellos, un servicio de farmacia y librería.

Siglos más tarde, durante la Edad Media, proliferaron numerosos establecimientos benéficos, cuya ubicación estaba en el centro de las ciudades, próximas, e incluso anexas, a instituciones eclesiásticas tales como los monasterios, catedrales y conventos. Dos claros ejemplos que muestran la realidad del momento fueron el *Hôtel-Dieu* de París, que data del 829, y el plano ideal, del 820, de la distribución de los diferentes edificios de la *Abadía de Saint Gall*[407]. La primera institución era un albergue para menesterosos que se denominaba «casas de Dios», ubicada en las proximidades de las

[404] DOLS, M. W. The origins of the Islamic Hospital: myths and reality. *Bulletin of the History of Medicine*, 61 (1987), Volumen 61, nº 3, p. 367-390.

[405] Nestorio, que había sido patriarca de Constantinopla, afirmaba la doble personalidad de Jesucristo, diferenciando una humana y otra divina. Estas ideas llevaron a que en el Concilio de Éfeso del año 431 d.C. se le condenó a ser desterrado a Siria junto a sus seguidores y partidarios. Unos años más tarde, el castigo fue más allá, y se les obligó al abandono de Imperio Bizantino, instalándose en Persia, lugar donde fundaron hospitales y escuelas de medicina en los que implantaron sus conocimientos sobre esta disciplina.

[406] GARRIGA GUITART, D. *Del Bimaristán al Hospital Psiquiátrico. Historia de la Enfermería y la Salud Mental en el Islam*. Madrid: Edita la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), 2010, p. 55-111.
A finales del siglo VIII d.C., el califa Harun al Rashid, fundó un Bimaristán Real en la nueva capital de Bagdad. Presentaban un alto nivel de suntuosidad y excelencia, poseyendo, como el *Bimaristán de Adudi* hasta 25 médicos. El *Bimaristán Nuri* poseí una suntuosa entrada principal con ocho salas abovedadas alrededor de un gran patio central con estanque. Por último, el *Bimaristán Mansur*i tenía capacidad para miles de personas, estando distribuido en salas según el padecimiento de los enfermos.

[407] THOMPSON, J. D.; GOLDIN, G. (1975). *Opus cit,* p. 4-12.
En este plano aparecen tres principales edificaciones hospitalarias monacales: el *infirmarium*, destinado a los religiosos enfermos; el *hospitale pauperum*, destinado a pobre y peregrinos; y las dependencias para huéspedes distinguidos.

catedrales y palacios episcopales; en el segundo caso, estaba inspirado en las villas romanas, presentando claustros cuadrados que recordaban a los patios porticados de las *domus* romanos: al *impluvium* o al *peristylium.* Esta actividad monástico-sanitaria desapareció en el siglo XII, momento en el que la economía de autosuficiencia desapareció y las urbes crecieron tomando protagonismo en la sociedad del momento.[408]

59. Anónimo: Fachada del Ospedale Maggiore en Milán construido en la década de 1460 (1860-90).

A partir del siglo XII, tomó relevante importancia este fenómeno asistencial-benéfico por su condición de depositarios de donaciones y legados que la «caridad cristiana» consolidaba siglo tras siglo. Esta situación conllevó al surgimiento en Europa de novedosas formas de asistencia hospitalaria, constituyendo el embrión de las órdenes hospitalarias surgidas tras las cruzadas, que combinaban la caridad cristiana con el código caballeresco feudal. Destacan excepcionalmente, las órdenes militares, de las que la más antigua fue la de *San Juan de Jerusalén u Hospitalarios*, presente en el panorama mundial a partir de 1070. Fundaron hospitales en diferentes puntos de la cristiandad, tales como Acre, Villefranche, Viterbo, Chipre, Messina y, sobre todo, Jerusalén, su establecimiento «modélico». Consecutivamente a esta orden, fueron la de

[408] FERNÁNDEZ MÉRIDA, M. D. Aproximación a la Historia de la Arquitectura Hospitalaria. In, *Cuadernos de Arte e Iconografía*, Tomo XV, nº 29. Madrid: primer semestre 2006, p. 27-30.

los *Templarios* y la de los *Caballeros Teutónicos*, constituida la primera en el año 1118 y la segunda en el año 1190. Todas estas fundaciones hospitalarias fueron respaldadas por personajes pertenecientes a la nobleza de la sociedad del momento, así como ciudadanos de ciudades o villas, e incluso congregaciones religiosas, movidos por una mentalidad donde primaba la caridad en Cristo[409]. Por regla general, estos establecimientos benéficos disfrutaban de privilegios e inmunidades otorgados desde la Iglesia, que los eximían de cargas y contribuciones, además del pago por los derechos de alimentos, bebidas y medicinas.

Los hospitales más destacados que podemos encontrar en «tierras francesas» durante los siglos XII y XIII, fueron numerosos, de los que destacaron tres: el de *Angers* (constituido en 1153), *Ourscamp* (Oise, creado a principios del siglo XIII) y *Tonnerre* (Yonne, fundado en 1293); el mayor y más famoso, será el *Hôtel Dieu* de París, compuesto por cuatro grandes salas de dos naves, que sufrió un desarrollo considerable durante el siglo XVII, momento en el que llegó a tener capacidad de alojo de hasta unos 1280 enfermos, que en ocasiones precisaban compartir su cama con otras personas. Será, a partir de ahora, una práctica frecuente la separación de los manicomios de los hospitales de agudos; Burdett, cita como ejemplos al de *Gante* (Bélgica) o el de *Bethlehem* (Londres) durante los siglos XII y XIII. Esta costumbre no arribará a España hasta el siglo XV, donde ciudades como Valencia, Zaragoza, Sevilla, Valladolid y Toledo, acogerán esta práctica arquitectónica hospitalaria, innovando en el campo de la sanidad desarrollada en el panorama nacional.

A partir del siglo XV, nos encontramos con un nuevo tipo de estructura hospitalaria que se desarrollará en la Península Itálica, siendo el primer ejemplo, el *Hospital de Santa Maria Nuova* de Florencia fundado desde el año 1286 por Folco Portinari[410]. Ya en 1334 la planta de este establecimiento presenta forma de cruz, con

[409] CLAVIJO HERNÁNDEZ, F. El Hospital de San Salvador de Sevilla en el siglo XV. In *III Coloquio de Historia Medieval Andaluza*. Jaén: Diputación Provincial de Jaén, 1984.

[410] Beatriz Portinari (1266-1290), fue una dama florentina idealizada por Dante en su *Vida nueva* y sobre todo en la Divina Comedia. Dante la conoció cuando era una niña de nueve años, no volvió a tener noticias de ella hasta que cumplió los dieciocho. Otra versión de la historia refiere que la inventó por completo, no habiendo existido en ningún momento en su narración. Sin embargo, nunca Dante proporciona en sus escritos indicaciones respecto a la identidad «civil» de este personaje, que es sobre todo simbólico. De hecho se ha querido proporcionar, en una labor

cuatro salas radiales de diferente tamaño, menores las del este y oeste, en cuyo centro estaba ubicado el altar. Su tamaño fue aumentando poco a poco hasta lograr en el siglo XV una capacidad cercana a los 300 enfermos[411]. Esta distribución espacial innovadora, fue un siglo más tarde retomada para la construcción del *Pammatone* de Génova. Esta tipología fue trasladada, al que se ha considerado el más importante diseño hospitalario del Renacimiento: el *Ospedale Maggiore* de Milán, encargado por el duque Sforza a Filarete en 1456. Su Treatise, nos lo reproduce y describe de forma detallada:

> *…es un rectángulo de 1000 pies de fachada, dividido en: centro, con gran patio y en medio la capilla; a izquierda y derecha, está constituida por cuatro sala dispuestas en forma de cruz, con su altar en el cruce….*

Además, cada edificio albergaba otros cuatro patios más pequeños entre los brazos de su cruz[412]. Tanto *Santa Maria Nuova* como el *Ospedale Maggiore* constituyeron los modelos de inspiración para el *Hospital del Sancto Spirito* de Sassia, en la reconstrucción que efectuó el Papa Sixto IV entre los años 1474 y 1482.

En Inglaterra y España, esta tipología se hace presente a principio del siglo XVI. Los primeros casos españoles se materializan en los diseños que realizó Enrique de Egas para el *Hospital Real de Santiago de Compostela* (1501-1511), el *Hospital de Santa Cruz de Toledo* (1504-1514) y el *Hospital Real de Granada* (1504). Posteriormente, ciudades como Valencia y Sevilla se unieron a estas nuevas formas durante este mismo siglo. Debe hacerse hincapié en que en este momento comienza a existir una tendencia a alejar los hospitales de las grandes urbes, como fue el caso de los hospitales de *Talavera* en Toledo o el *Hospital Real de Granada*. Estas nuevas directrices atendían a los conocimientos recogidos en los tratados de Alberti:

---

de exégesis romántica, un apellido para esta dama para hacer de este Amor divino que une a Dante y a Beatriz uno parangonable a los amores adolescentes y futiles modernos. Sin embargo, según afirman algunos historiadores, Beatriz podría ser la hija de Folco Portinari de Portico di Romagna, que, al trasladarse a Florencia, vivió en una casa próxima a la de Dante y tuvo seis hijas, de las que una casó Simone de Bardi. La acaudalada e influyente familia Portinari, capitaneada por Folco, tuvo el mérito de fundar y ser mecenas del hospital principal de la urbe florentina, el Ospedale di Santa Maria Novella.

[411] LEISTIKOW, D. *Edificios hospitalarios en Europa durante diez siglos. Historia de la arquitectura hospitalaria*. Ingelheim am Rhein: C.H. Boehringer Sohn, 1967, p. 68-69.

[412] FERNÁNDEZ MÉRIDA, M. D. (2006). *Opus cit,* p. 45-46.

…Los contagios no solamente serán excluidos lejos de las ciudades, sino también de la vida pública. Los demás serán mantenidos en la ciudad….[413]

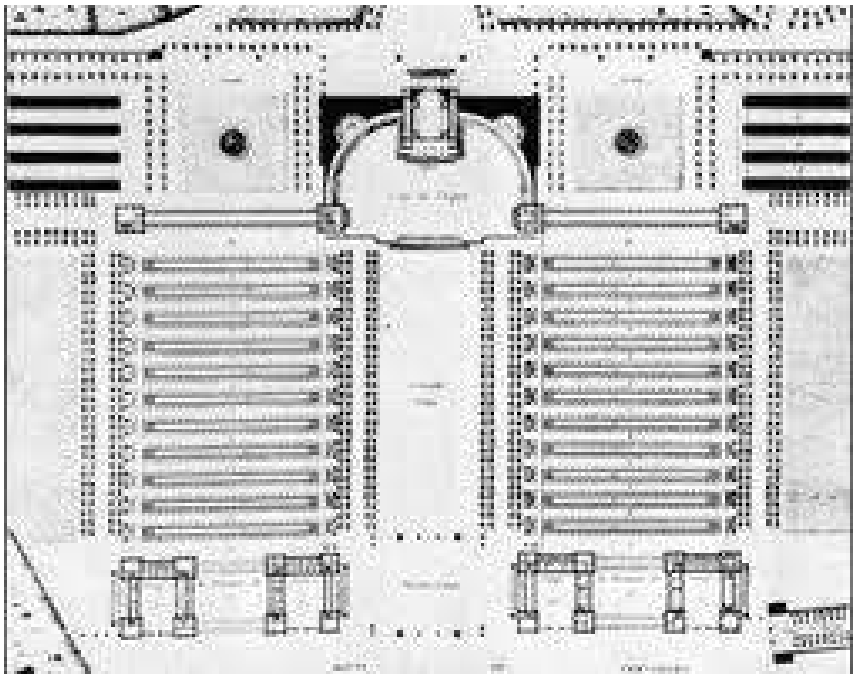
60. Anónimo: Claustro del Real Hospital de Santiago de Compostela (1967).

El *Hôpital Saint Louis*, diseñado por Claude Vellefaux y fundado por Enrique IV en 1607, fue uno de las mejores edificaciones de su momento, en contraposición con el *Hôtel-Dieu*, cuya condición de «horrible» no la había perdido desde la Edad Media[414]. Antagónicamente, como si fuera una imagen enfrentada, encontramos el digno ejemplo del *Hospital de los Inválidos*, obra proyectada por Brunt que sirvió de modelo a otras muchas instituciones que se construyeron a lo largo del territorio francés y fuera de éste[415]. La construcción de este hospital fue realizada en 1670, constituyendo su fábrica de tal calidad, que llegó a ser comparada con el *Hospital de Chelsea*, diseñado por el arquitecto anglosajón Wren. Esta rivalidad entre el mundo galo y anglosajón se hace claramente patente, ante el intento de impulsar como su máximo exponente al *Hospital de Greenwich*, que se consideró el establecimiento inglés modélico por excelencia en este momento.[416]

La actitud moderna de la sociedad del siglo XVII frente a los pobres y la miseria se puso plenamente de manifiesto, donde el pobre paso a visionarse como una carga inútil

[413] INSUA CABANAS, M. *Arquitectura hospitalaria gallega de pabellones*. A Coruña: Servicio de Publicaciones de la Universidade da Coruña, 2002, p. 54-56.
[414] Pese a que había sido remodelado también por Claude Vellefaux.
[415] Su capilla, la de *Saint Louis-des-Invalides*, fue diseñada por Hardouin-Mansart.
[416] PEVSNER, N. *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona: Gustavo Gili, 1979, p. 173-177.
En el solar donde estuvo construido el Palacio de Placentia, se edificó, años más tarde el Hospital de Greenwich. Esta residencia real inglesa fue construido por Hunfredo de Gloucester en 1428. Se construyó en la ribera del río Támesis en Greenwich, a las afueras de la ciudad de Londres. La única sección del Palacio que se completo fue la zona este, destinada a la corte del rey Carlos II de Inglaterra, pero esta nunca fue ocupada como residencia real. La mayor parte del resto del palacio fue demolido, y el sitio permaneció vacío hasta que la construcción del Hospital que se inició en el año 1694.

que podía hacer peligrar la sociedad. Esta concepción de la mendicidad llevó a la idea de prevenir la pobreza y rehabilitar a los infortunados, para lo que se instituyeron los *Hospitales Generales*. Presentaban entre sus funciones la de reclusión y corrección en una época en la que todavía no se podía prestar un servicio médico curativo[417]. Esta situación provocó que se produjeran reformas considerables dentro del funcionamiento y la distribución arquitectónica de los hospitales del momento, entre las que se encontraron la de la secularización de la administración de éstos, participando la Corona y las autoridades civiles en su gestión y regencia.



61. C.-F. Viel y J.-B. Le Roy: *Proyecto para el Hôtel Dieu de París* (1773).

Concluyendo el siglo XVII y dando inicio al XVIII, se observa como el modelo arquitectónico que había perdurado casi dos siglos, se modificó bruscamente buscando

[417] El cambio de actitud hacia los pobres se comienza a detectar en las urbes europeas a partir del siglo XVI, momento en el que se produjo un importante aumento de la mendicidad. Esta actitud de la sociedad de ese momento vino generada por la improductividad de este grupo, que tan solo generaba gastos y no beneficios. A ello se unió el temor de las clases dirigentes que creían que podían ser foco de posibles desórdenes sociales que podían hacer peligrar sus posiciones sociales. Por último, una causa de carácter sanitario, relacionado con la transmisión de enfermedades de todo tipo que podían originar epidemias como las acaecidas en siglos anteriores y que habían diezmado la población europea.

el aumento de la capacidad de los establecimientos y edificios sanitarios. Antoine Desgodets, en su *Edifices antiques de Rome* propuso una tipología articulada a partir de un centro octogonal con cerramiento cupular que favoreciera el intercambio de aire con el exterior; en torno a este espacio, se disponían dieciséis salas radiales. Leonhard Christoph Sturm, debió tener conocimiento de este proyecto durante su estancia en Francia, ya que en 1720 confeccionó su hospital ideal, emulando el mítico *Ospedale Maggiore* de Filarete, cuyo edificio se articula a partir de un rectángulo en cuyo centro de planta octogonal estaba inserta la iglesia-capilla; de ella nacían ocho salas radiales con capacidad para 1525 enfermos.[418]

Ya metidos de lleno en el siglo XVIII, la arquitectura hospitalaria presentó un auge considerable, colocándose Gran Bretaña a la cabeza[419], con innovaciones tales como la especialización por patologías de los pacientes ingresados en los establecimientos sanitarios, a lo que se agregó un notable incremento el número de hospitales motivado por un considerable aumento de la demanda asistencial[420]. Europa, como punto de partida, se caracterizó por la utilización en su arquitectura hospitalaria de la planta de cruz griega para diseñar nuevas formas radiales aumentando el número de crujías, con el ánimo de rentabilizar la superficie ocupada e incrementar considerablemente la capacidad empleando la misma superficie. En España, hacia 1770, los proyectos de Antoine Petit tuvieron especial repercusión a través de la Academia de San Fernando, a lo que se unió el proyecto de Benito Bails, quien en su tratado *Arquitectura civil* presentó el modelo francés con seis salas radiales que partían de un centro circular en el que se encontraba la capilla[421]. Ejemplos de esta nueva tipología arquitectónica los

[418] Esta planta en forma de cruz estará presente hasta el siglo XIX, donde será de primera elección en los diseños propuestos para asilos.

[419] GONZÁLEZ, F.; NAVARRO, A.; SÁNCHEZ, M. A.; y Cols. (2004). *Opus cit*, p. 35-36.
Es en este momento, cuando Inglaterra despoja a Francia del protagonismo en la fundación de Hospitales Generales que celosamente había mantenidos durante todo el siglo XVII.

[420] Los médicos y los cirujanos estuvieron cada vez más presentes en el mundo hospitalario, logrando que el funcionamiento y gestión de los establecimientos estuviese regido por los criterios médicos, aunque persistía una dedicación casi exclusiva a los pobres presentes en las urbes europeas.

[421] FERNÁNDEZ MÉRIDA, M. D. (2006). *Opus cit,* p. 60-61.
Durante el Renacimiento, el Manierismo y posteriormente el Barroco, en la tipología de planta estrellada se observaban unas características muy particulares que eran idóneas para la arquitectura hospitalaria: funcionalismo y la perfección del arte.

encontramos en el *Hospital de Bethelem* (Bedlam) y *Saint Luke*, destinados a la asistencia a dementes; el *Hospital Queen Charlotte*, para maternidad; o *Foundling* que se trataba de una inclusa. En Norteamérica, los edificios hospitalarios tuvieron impresa la huella anglosajona, remarcándose, como en Gran Bretaña, a principios del siglo XIX, un considerable gusto neoclásico en el que las largas fachadas con pórticos y cúpulas son principalmente su característica más destacada.[422]

Poco a poco, las dimensiones de los establecimientos hospitalarios adquieren un tamaño considerable ante el aumento de la demanda de la población, así como un importantísimo crecimiento de ésta. El *Hôtel-Dieu* de Lyon, diseño de J.G. Soufflot[423] en 1741, fue un claro ejemplo de esta situación ante la magnitud de la obra, no viendo su conclusión hasta 1842. La preocupación por las condiciones higiénicas de los recintos hospitalarios fue marcada a ambos lados del Océano Atlántico. El doctor Rothman, en su examen de los hospitales en norteamericanos, y Chamousset, con su análisis del *Hôtel Dieu* de París, manifestaron su inquietud ante este tema, al que no se le prestaba la atención necesaria por no considerarlo importante. Junto a ellos, Jean-Baptiste Le Roy, alarmado por esta misma situación, propuso la solución constructiva de pabellones articulados a partir de un patio central, con la intención de favorecer la ventilación de los recintos. Esta idea se materializó en 1756 cuando se dio comienzo al proyecto Rowehead para el *Hospital Naval de Stonehouse* en Plymouth.[424]

---

[422] PEVSNER, N (1979). *Opus cit,* p. 180-182.

[423] Soufflot ha sido uno de los principales y más destacados artesanos del retorno al *grand goût* en los años 1750, movimiento antagónico al *art rocaille*, más conocido como *rococó*. Con su arquitectura se retoman los principios de la arquitectura gótica adaptados a un vocabulario antiguo y clásico comparable presente en la columnata del Louvre obra de Claude Perrault. Algunos historiadores del arte lo consideran como el primer gran arquitecto neoclásico galo. El Panteón está considerado como un edificio en transición, apegado a estructuras tradicionales, ya que persigue aunar el antiguo templo abovedado de tipo bizantino con el uso pronunciado de columnas en la portada. Presenta una gran ligereza, que está claramente relacionado por los conocimientos que adquiere sobre el arte gótico durante su estancia en Lyon, acercándose mucho más a la solución de la catedral de San Pablo en Londres que la del edificio de Agripa en Roma. A su vez, la cúpula de Santa Genoveva influye claramente en la del Capitolio de Washington.

[424] Fue en París donde comenzaron a elaborarse estos primeros proyectos bajo un nuevo modelo que desplazaban la planta en cruz para edificios hospitalarios y que se mantuvo durante los siglos XIX y XX. Fueron diseños que no llegaron a construirse, como los de Jean Baptiste Le Roy y C. Françoise Vitel en 1773 en el proyecto para el *Hôtel Dieu*, muy similar al realizado anteriormente por Rowehead para el *Hospital Naval en Stonehouse* (1756-1764) en Inglaterra. Esta solución

El siglo XIX vendrá marcado por una serie de transformaciones en la fábrica de los edificios hospitalarios de trascendental relevancia enumeradas a continuación: el proceso de medicalización iniciado en siglos anteriores se da por concluido, gracias a las innovaciones acaecidos en la ciencia médica y la reorganización de ésta disciplina, adquiriendo criterios de admisión, tratamiento y alta de los enfermos; a nivel asistencial existirá una tendencia a priorizar en los ingresos sobre los enfermos agudos, marcando como finalidad la curación y rehabilitación de los dolientes asilados; los hospitales se convierten en centros indispensables para la formación de nuevos profesionales sobre los pobres, conocimientos que después aplicarán a toda clase de pacientes; así mismo, los hospitales suministrarán un campo de investigación de las correlaciones clínico-patológicas presentes en los individuos ingresados, que se controlan desde su entrada hasta su salida; los avances en la medicina anatomoclínica, en cirugía, en la medicina de laboratorio y los nuevos métodos diagnósticos, obligaron a la introducción de nuevos departamentos que se adaptaron a las necesidades que habían surgido; incitado en parte por lo anteriormente expuesto, la arquitectura cambiará motivada por las nuevas planteamientos surgidas ante los novedosos descubrimientos en los campos de la higiene y el contagio, lo que llevará a un diseño del hospital articulado a partir de pabellones separados entre sí, agrupando a los aquejados según la enfermedad padecida; a ello se unirá el fenómeno de hospitales monográficos[425], organizados en departamentos procurando una especialización de los tratamientos y cuidados aplicados a los enfermos asilados en éstos; la gran innovación en el ámbito de la asistencia, será la profesionalización de la enfermería llevada a cabo por Florence Nightingale en 1860, sobre ciertos precedentes anteriores[426]. Guiada por las ideas de progreso de los pensadores victorianos, centró sus esfuerzos en reformar el sistema de cuidados que se prestaban en la salud militar y la elaboración de un programa de formación de enfermeras sólido cimentado por normas profesionales, para lo que se ayudó de la

arquitectónica está presente en las obras de Howard, *Lazaretos* (1789) y la de Durand, *Reccueil…*, donde *Stonehouse* es reproducida y tomada como ejemplo.

[425] A finales del siglo XVIII se había tomado esta modalidad con la creación de los primeros hospitales pediátricos, a lo que sucedieron hospitales dedicados a oftalmología, torácicos, neurológicos, dermatológicos, …

[426] POLLARD, E. F. *Florence Nightingale, la amiga del soldado herido*. Bizkaia: Colegio de Enfermería de Bizkaia y la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia, 2010, p. 108-120.

observación y el uso de la estadística social[427]. Además, destacó por su capacidad para llevar al papel su filosofía del cuidado que se fundamentó en un modelo naturalista, realizando numerosas publicaciones con las que procuró dar un visión antagónica, a la que se tenía en ese momento, sobre las condiciones higiénicas de los hospitales y su destacada importancia para la rápida y correcta reposición de los enfermos que en ellos se alojaban. Entre ellas destacaron obras tales como: *Notas sobre las cuestiones relativas a la salud, eficacia y administración hospitalaria del ejercito británico* (1858); *Notas de Hospitales* (1859); *Observaciones sobre la situación sanitaria del ejército en la India* (1863); *¿Vida o muerte en la India?* (1873); *Notas de enfermería para las clases*

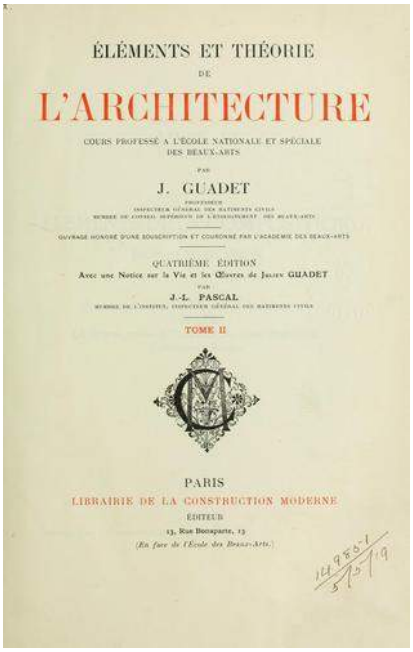
[427] COHEN L. B. *Florence Nightingale*. [s.l.]: Scientific American, 1984, p. 7-128.
Florence Nightingale nace en Florencia en 1820, ciudad en la que su padre, un caballero de buena posición, y el resto la familia, se encontraban durante un viaje efectuado al continente. Recibió una esmerada educación, dominando, con tan solo 17 años, varios idiomas antiguos y modernos, además de diferentes disciplinas propias de una señorita de la alta sociedad victoriana. Tras cumplir los veinte años, mostró un marcado interés por el cuidado de los enfermos y las condiciones físicas de los hospitales, situación que le llevó a visitar varios establecimientos con la intención de conocer sus condiciones y organización. En 1847, marchó a Alemania durante varios meses, tras haber visitado con anterioridad Egipto y Grecia, lugares donde se familiarizó con la práctica del cuidado de los enfermos realizada por las órdenes religiosas. En el mundo germano, se formó con las Diaconisas de Kaiserswerth, para posteriormente viajar a París, ciudad donde recibió estudios de las Hermanas de la Caridad en la Maison de la Providence. Posteriormente, en 1853, asumió la superintendencia del *Establishment for Gentlewomen During Illness* de Londres. Su administración y gestión fue modélica, procurando incluso crear una escuela para la formación de enfermeras. Nunca se llevó a cabo tal empresa, lo que decepcionó considerablemente a Florence. Un año más tarde, en 1854, Florence se desplaza a Crimea para la dirección y coordinación de un hospital turco. El inicio de esta Guerra llevó a que el Secretario de Guerra, Sir Sydney Herbert, solicitara su auxilio, junto a treinta y siete enfermeras más. Florence Nightingale fue nombrada superintendente del *Female Nursing Establishment of the English General Hospitals* de Turquía. Este hospital militar, de planta cuadrada, con capacidad para albergar a 1700 pacientes, alojaba en realidad, un total de casi 4000 enfermos. Los cuidados prestados a los soldados ingresados en el establecimiento eran considerablemente precarios, llegándolos a calificar de «vergonzosos». Ante esta precaria situación, William Howard Russell, corresponsal de guerra del periódico *The Times* remitió varias crónicas que denunciaban la realidad sanitaria de este conflicto bélico. Florence Nightingale tomó medidas con respecto a la higiene y de organización que consiguieron disminuir la mortalidad de manera sorprendente, de un 42 a un 2.2 %. En 1856 regresó a casa débil, tras haber estado gravemente enferma de la «fiebre de Crimea», situación que casi la llevó al borde de la muerte. A partir de este momento, su interés se centró en la mejora de las condiciones de los hospitales ingleses, fijando su vista en el *Hospital Militar de Netley*, en Hampshire, establecimiento comenzado en 1856, para el que propuso el proyecto diseñado para *Lariboisière*. Este mismo año, un médico de Edimburgo llamado John Roberton, manifestó públicamente su apoyo a los establecimientos hospitalarios articulados a partir de pabellones, situación que interesó considerablemente a Florence. Lord Panmure remitió el proyecto de *Netley* a Florence Nightingale para que se pronunciara; ella apeló a Palmerston con argumentos que lo convencieron, aunque el edificio continuó construyéndose, sin modificación alguna, hasta su conclusión en 1863.

trabajadoras[428] (1861); y su obra más universal, *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es* (1859), donde plasmó su ideario entorno a los cuidados, conductas y las condiciones higiénicas que deben estar presentes en un hospital[429]. A todo este arduo trabajo, se le unió la elaboración de una nomenclatura estandarizada para las enfermedades y el diseño de un Formato Estadístico del Hospital Modelo[430]. Por último destacar, su actividad asesora y de consulta que se le solicitó para la planificación de nuevos hospitales en Inglaterra, Australia, Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica, destacando, en este último país, su pronunciamiento sobre los planos y proyecto del *Johns Hopkins Hospital* de Baltimore, obra de Niernsee que se concluyó en 1879.

A comienzos del siglo XIX, en 1801, Durand en su *Reccueil et Parallèle…* comparó gráficamente, tanto el *Ospedale Maggiore* de Milán como el *Pammatone* de Génova[431], con ejemplos galos (*Saint Louis* y *Los Incurables*, ambos de París) y anglosajones (*Stonehouse*), además del diseño que realizó Poyet para su segundo informe. Los dos últimos, articulados con pabellones, son los que consideró más adecuado, incorporándolos en su obra titulada, *Précis de Leçons d'Architecture*. En ella, propuso siete pabellones ubicados a ambos lados de un patio central rectangular que moría en un «bosque de columnas»[432]. La funcionalidad, atendiendo a la distribución espacial de los establecimientos arquitectónicos, primó de manera considerable en Gran Bretaña, aunque se construyeron ejemplos que mostraban concomitancia con modelos anteriores a los acometidos en este momento, muy en la órbita del medievo[433]. En el panorama europeo, esta propuesta se materializó en ejemplos como el *Hospital Saint André* (1825-1829) de Burdeos, obra de Bourguet, que poseía una capacidad para unas 650 camas; el diseño de Partois para el *Hospital de Beaujon* en París (1837-1846) y para el de *Saint Jean* en Bruselas (1838-1849); o Gauthier, que proyectó para la condesa

[428] HERNANDEZ CONESA, J. *Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995, p. 122-123.
[429] *Ibidem*; p. 134-140.
[430] Aprobado por el Congreso Internacional de Estadística celebrado en Londres en 1860.
[431] Ambos con una distribución en forma de cruz articulados a partir de diferentes patios enmarcados en un rectángulo.
[432] Esta solución recuerda a las propuestas por Boullée a modo de ornato.
[433] *Stonehouse* y el proyecto de *Stonehouse-Le Roy-Tenon* se utilizó en casos excepcionales.

Laribisière un hospital de 905 camas cuyo plano atendía plenamente a la distribución en pabellones.[434]


ÉLÉMENTS ET THÉORIE
DE
L'ARCHITECTURE
COURS PROFESSÉ A L'ÉCOLE NATIONALE ET SPÉCIALE DES BEAUX-ARTS
PAR
J. GUADET
QUATRIÈME ÉDITION
Avec une Notice sur la Vie et les Œuvres de Julien GUADET
PAR
J.-L. PASCAL
TOME II
PARIS
LIBRAIRIE DE LA CONSTRUCTION MODERNE
ÉDITEUR

62. J. Guadet: *Éléments et théories de l'architecture* (1902).

La defensa de la arquitectura hospitalaria articulada a partir de pabellones fue argumentada por numerosos autores, entre los que destaca Kuhn en su *Handbuch der Architektur* (1897) o incluso el propio Guadet en *Éléments et théories de l'architecture* (1902). Esta propuesta arquitectónica se convirtió en un «signo de autoridad progresista», lo que llevó a ser empleada cuando se perseguía dar una imagen novedosa y vanguardista. Por ello, hospitales como el de *Lariboisière* y el nuevo *Hôtel-Dieu* de París, reformado tras su incendio de 1772, emplearon esta tipología más cercana a los conocimientos adquiridos tras los descubrimientos científicos y médicos del siglo XIX.

Otro importante avance acaecido durante este siglo, como ya se ha comentado con anterioridad, fue la especialización de los establecimientos hospitalarios, con atención exclusiva a un determinado tipo de dolencia que buscaba la mejora de los cuidados prestados a los pacientes. De esta manera se crearon los hospitales-inclusas, asilos para dementes, hospitales para pernoctar,… Tempranamente, durante el primer tercio de este siglo, aparecen, tímidamente, los primeros ejemplos en ciudades como Londres y París.

En los años sucesivos a la década de 1870, el concepto de los hospitales en pabellones se fue desechando poco a poco, para dar paso a formas arquitectónicas que se elevaban, creciendo en altura. Estas nuevas soluciones se debieron principalmente a descubrimientos novedosos que aparecieron en este momento, con respecto a materiales y técnicas constructivas, a lo que se unió nuevos hallazgos en el campo de la medicina por los doctores Luis Pasteur y Joseph Lister. Estos nuevos hallazgos,

[434] PEVSNER, N (1979). *Opus cit,* p. 182.

derogaban el anterior concepto de mediados del XIX en el que el aire enrarecido era el principal enemigo de los pacientes enfermos hospitalizados.[435]

El siglo XX vendrá, considerablemente marcado, por una sucesión de formas estéticas y arquitectónicas que se remarcan en esta tipología. Además de los pabellones, aparecen las *colonias* que procuraron ubicar los recintos sanitarios en zonas rurales, situación que marcará una diferencia considerable con respecto al siglo XIX, y que en muchos de los casos se destinaban a tratamientos de enfermedades concretas y que debían estar alejadas de las urbes y de otros enfermos ingresados en los hospitales. El primer ejemplo de esta innovación arquitectónica se acometió en la ciudad de Nancy, en el *Hospital de Maréville*, un asilo para alienados ubicado en Nancy. Esta nueva modalidad arquitectónica se fundamentó en la creciente demanda de hospitales donde atender a los enfermos. A todo ello se le unió, el encarecido terreno que no permitía edificar en amplias zonas, situación precisa para los modelos anteriores del siglo XIX

[435] LÓPEZ PIÑERO, J. M. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza, 2000, p. 153-178.
Louis Pasteur descubrió que los microorganismos (bacterias) eran los agentes causantes de la enfermedad y ayudó a refutar definitivamente la teoría de la generación espontánea. Pero estas no fueron tan solo las contribuciones y beneficios que conquistó para la Humanidad. A ellos debemos agregar el inicio de sus investigaciones en la química orgánica. Descubrió, en 1848, la isomería óptica mediante la cristalización del ácido racémico, del cual obtuvo cristales de dos formas diferentes. Se considera que este trabajo dio origen a la estereoquímica. Además, utilizó un nuevo método para eliminar microorganismos que podían degradar al vino, la cerveza o leche. Este procedimiento se denominó pasteurización y ha tenido una aplicación universal en la industria alimentaria, donde lo desarrolló para evitar la alteración de los alimentos. La semejanza entre los procesos de fermentación y la putrefacción y supuración de las heridas, posibilitó la aplicación de sus descubrimientos a la cirugía. En 1871, Pasteur obligó a los médicos de los hospitales militares a hervir el instrumental y los vendajes. Describió un horno, llamado «horno de Pasteur», útil para esterilizar instrumental quirúrgico y material de laboratorio. En 1865 el científico descubrió los mecanismos de transmisión de la pebrina, una enfermedad que afecta a los gusanos de seda, que en ese entonces amenazaba con hundir a la industria francesa. Como consecuencia de sus trabajos enunció la llamada teoría germinal de las enfermedades, la cual afirma que éstas se inician con la penetración de microorganismos patógenos en el cuerpo humano. Después de 1870 Louis Pasteur investigó sobre las enfermedades contagiosas; y en 1881 se dedicó a estudiar acerca del carbunco del ganado lanar, y consiguió preparar una vacuna de bacterias desactivadas, la primera de la historia.
Joseph Lister se percató que la putrefacción de las heridas quirúrgicas era la causa fundamental de una altísima mortalidad en los hospitales, equivalente a la contaminación de las infusiones que Louis Pasteur intentaba evitar en la misma época. Para evitarlo, mientras trabajó en el *Glasgow Royal Infirmary*, desarrolló mediante calor la práctica quirúrgica de la asepsia y la antisepsia, comprobando una considerable mejora en la situación postoperatoria de los pacientes intervenidos. El descubrimiento de los antisépticos por parte de Lister en 1865, contribuyó a reducir en gran medida el número de muertes por infecciones contraídas en el quirófano después de que los pacientes tras ser sometidos a intervenciones quirúrgicas.

articulados a partir de pabellones. A su vez, se unió la necesidad de unas instalaciones aglutinadas y cercanas a los pacientes.

63. Anónimo: *Mount Sinai Hospital* en Nueva York (1910).

En 1907, se produjo la primera propuesta de construcción en torre hospitalaria de la mano de Ochsner y Sturm[436] que defendía el *«compactar edificios de pisos»* como solución a las necesidades de la arquitectura hospitalaria. Esta compactación buscaba disminuir la movilidad del paciente, minimizando su contacto con el exterior, lo que llevó a «construir hospitales en rascacielos». Este novedoso modelo, superponía las salas asistenciales, reservando la planta baja y el semisótano para aquellos métodos diagnósticos que precisaran de maquinaria pesada; yuxtaponían un edificio de menor altura para la recepción, administración y consultas externas[437]. Muchos de los primeros ejemplos surgen en Estados Unidos de Norteamérica, como el que diseñó James Gamble Rogers para el *Columbia Presbyterian Medical Center* de Nueva York, con una capacidad

[436] PEVSNER, N. (1979). *Opus cit,* p.186.
[437] *Ibidem*, p. 188.
El coste del terreno fue optimizado al máximo, además de favorecer los trabajos sanitarios, de intendencias, de limpieza y vigilancia, aumentando el rendimiento del establecimiento al establecer técnicas basadas en el funcionamiento de las industrias modernas.

total de 1499 camas. A este se le unió el primer hospital en rascacielos, construido en 1910 en Nueva York: *Mount Sinai Hospital,* al que se unió, en 1935, el primer hospital francés con esta tipología arquitectónica que fue el *Hôpital Beaujon* y en Londres el *Westminster Hospital* en 1939. Habrá que esperar a la década de los sesenta para observar estas grandes construcciones hospitalarias en España de la mano de la Seguridad Social.

4.2. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES Y RECURSOS SANITARIOS EN SANTA CRUZ DE TENERIFE (SIGLO XVI AL XX).

4.2.0. EVOLUCIÓN DE LAS TIPOLOGÍS ARQUITECTÓNICAS HOSPITALARIAS EN CANARIAS.

4.2.0.1. LAS FORMAS PRÍSTINAS DE LOS HOSPITALES.

Cualquier edificio debe presentar una serie de características propias, imbricadas con su naturaleza que están estrechamente relacionadas con su significado y el resultado obtenido, estableciéndose un diálogo entre el contexto en el que está inserto y el espíritu propio interior de éste. Unido a todo ello, deben ir conjugadas múltiples variables como el contexto y carácter, la planificación y su programa, las calidades ambientales, la organización, la tecnología, la estética, la construcción y los costos, que permiten la materialización de un resultado de excelente calidad por medio de una laboriosa actividad creadora. El diseño del *edificio para la salud*, en todas sus formas, es el resultado del trabajo interdisciplinar, a lo que va aparejado un compromiso de trascendencia social para todas aquellas partes inmersas en el proceso de creación del proyecto. Pero su esencia, no se ha mantenido perenne, presentando una «naturaleza dinámica y cambiante», producto de las exigencias y demandas de transformación siguiendo los pasos de los adelantos técnicos y los descubrimientos científicos. Esta situación, nos lleva a indagar en algunos principios esenciales que conforman la naturaleza arquitectónica del edificio para la salud para no claudicar ante esquemas estereotipados.

Al atender primeramente al contexto, independientemente de su naturaleza pública o privada, este tipo de edificio, está inserto, por lo general, en el contexto de la

ciudad, lo que nos obliga a considerar su carácter público y urbano. Esta situación del edificio inserto en la trama urbana debe ofrecer una respuesta clara a la condición necesaria de accesibilidad diferenciada y ágil, aportando diseños que comuniquen su presencia con una marcada identidad, que no permita cualquier posible situación de incertidumbre. Tanto su escala como su situación, unida a sus vínculos con la urbe, impactan de manera inmediata, obligando a una observación que trascienda los límites externos, favoreciendo las conexiones «ciudad-edificio» que se materializa en resultados urbanísticos.

El *edificio para la salud*, por la complejidad de sus actividades y relaciones que integra, precisa de una meticulosa planificación previa, unida a un programa sólidamente acordado con un carácter interdisciplinar. En él debe quedar claro el rol institucional, ponderando todos los sectores y servicios, considerando cuestiones como la circulación intra y extrasectorial, y definiendo la relación existente de ambas. Las calidades ambientales y la tipología espacial han atravesado diversas experiencias a lo largo de la historia de esta modalidad arquitectónica, siendo concebida desde muy diferentes visiones, donde no siempre el espacio destinado a prestar asistencia fue el máximo protagonista en el edificio propuesto. Desde la visión del hospital-palacio renaciente, los planteamientos higienistas en relación a la helioterapia o las proposiciones del movimiento moderno con composiciones racionalistas paradigmáticas de bloques articulados según funciones, a ejemplos frustrados como la «ciudadela veneciana» de Le Corbusier con pacientes horizontales mirando solo al cielo, antecedieron al extendido «hospital vertical en torre y basamento» que en la década de los cincuenta se convirtió en una fórmula novedosa. Los avances tecnológicos permitieron una actividad asistencial centrada en el tratamiento y cuidado de los pacientes de manera ambulatoria, lo que ocasionó la aparición de una compleja malla de relaciones y flujos múltiples entre nuevas unidades de atención especializada, dando lugar a la aparición de esquemas matriciales favorables a la nueva red de relaciones interiores, con predominio horizontal de módulos rodeados de patios y vinculados por calles bidireccionales, como se pudo observar durante la década de los setenta; o el

«contenedor sanitario» posterior, de formas anónimas, más próximas a los principios de un «edificio comercial».[438]

Junto a esta cuestión, es fundamental atender a la estética del edificio, desafío considerable si observamos la complejidad que supone este tipo de edificios, marcado por superficies que se agregan en el tiempo para dar remedio a la incorporación de nuevas tecnologías y maquinarias al «espacio saludable», así como el establecimiento de soluciones racionales a la interconexión de sectores con la consecución del justo equilibrio. En la actualidad, se aboga por una búsqueda del logro volumétrico sintético-integrado, con intenciones unificadoras que procuran una homogenización de los tratamientos, procurando una búsqueda de una entidad arquitectónica integral, que no contemple yuxtaposiciones fragmentarias arquitectónicas carentes de una visión totalizadora, situación desarrollada a lo largo de la historia de esta tipología arquitectónica.

Esta modificación paulatina tipológica, producto de su historia, ha impuesto una visión humanizada del espacio asistencial, en el que se tiene presente la luz natural, la naturaleza y el paisaje, otorgándole al paciente protagonismo en el espacio, materializado en la mejora de las calidades ambientales y del confort. La naturaleza dinámica de este tipo de edificios, desactualiza rápidamente las inversiones iniciales cuando los espacios y la estructura no han sido diseñados para soportar los cambios. Para paliar estas situaciones, se debe proveer de geometrías rigurosamente aptas para espacios flexibles contiguos, interconexiones intra y extrasectores, lineales, claras y directas, que faciliten el movimiento horizontal y vertical. La actividad asistencial demanda de manera paulatina una adaptación de los recursos materiales y humanos permanentemente, producidos por la incorporación de nuevos avances tecnológicos, diferencias en las modalidades de atención, nuevas patologías y cambios en las características poblacionales, entre otras.[439]

---

[438] EGOZCUE, M. T. Arquitectura hospitalaria, arquitectura sanitaria, arquitectura de la medicina? Arquitectura para la salud. In *Egozcue Vidal + Pastorino Pozzolo Arquitectos*. [Sitio web]. Buenos Aires, 2010. URL: <http://www.evpp-arq.com.ar/site/ideas/309/In:es>; (consultado en noviembre de 2011).
[439] Ibidem.

La producción de edificios hospitalarios, ha sufrido numerosas transformaciones a lo largo de la historia, que han perseguido el aunar los avances científicos con el tratamiento y la asistencia a los dolientes. Básicamente, esta variación se puede articular a partir de dos estadios: uno, en el que se procura atender a la demanda de salud y en contener las epidemias generadas en los edificios hospitalarios; y otro, muy mediatizado por los descubrimientos, en el campo de la microbiología, de Pasteur y Lister a finales del XIX, lo que llevó a un enfoque antagónico a lo establecido hasta la fecha, ideándose nuevos modelos hospitalarios o manteniendo los ya existentes, a los que se optimizó progresivamente en diferentes aspectos. No siempre la comprobación de tipologías caducas significó la desaparición de las mismas, sino que cíclicamente, y por múltiples causas, éstas reaparecieron, situación que es posible verificar en otros sectores de la arquitectura.

Los primeras instalaciones hospitalarias que surgen en las Islas tras la Conquista, estaban vinculadas tanto a los campamentos militares establecidos con miras a la dominación del territorio como a las instituciones eclesiásticas[440]. Claro ejemplo de ello fue la intención que Alonso Fernández de Lugo mostró al querer crear y fundar la *Iglesia-Monasterio-Hospital del Sancti Spiritus* en la ciudad de Los Adelantados[441]. Para satisfacer la necesidad de dotar de hospitales donde se pudiera atender tanto a pobre como a enfermos rápidamente, material y espiritualmente, en un primer momento en Canarias se optó por un modelo urbano de casa-hospital[442], al que progresivamente se le añadieron dos modelos claramente definido: los establecimiento ubicados en el extrarradio de las urbes (extramuros) destinados a los malatos, y los dispositivos sanitarios costeros que contenían la entrada de epidemias por vía portuaria. En el ocaso de la Edad Media y el orto de la Edad Renaciente, la atención a los necesitados se realizaba básicamente desde la beneficencia. Estos hospitales de la época medieval desempeñaban una triple función: atendían enfermos; actuaban como asilos,

[440] NAVARRO SEGURA, M.I. *La Laguna 1500: la ciudad-república. Una utopía insular según "Las Leyes" de Platón*. La Laguna: Edei-Ayuntamiento de La Laguna 1999, p. 125-126.
[441] Posteriormente acabará fusionándose con el hospital principal de esta ciudad, el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores.
[442] PEREZ MORERA, J.; RODRÍGUEZ MORALES, C. *Arte en Canarias: del gótico al manierismo*. [Santa Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria]: Viceconsejería de Cultura y Deportes, 2008, p. 150-153.

recogiendo a los menesterosos y funcionaban asimismo como hospederías, pues daban cobijo temporal a peregrinos y viajeros de condición modesta. En su mayoría, este tipo de establecimientos eran fundaciones eclesiásticas, aunque también los había, de creación regia o la tímida secularización, cuyo patrocinio corría a cargo de un noble o de un rico mercader.

Dentro de las primeras formas arquitectónicas que surgen en el campo de la Sanidad en Canarias podemos diferencias básicamente tres formas claramente definidas:

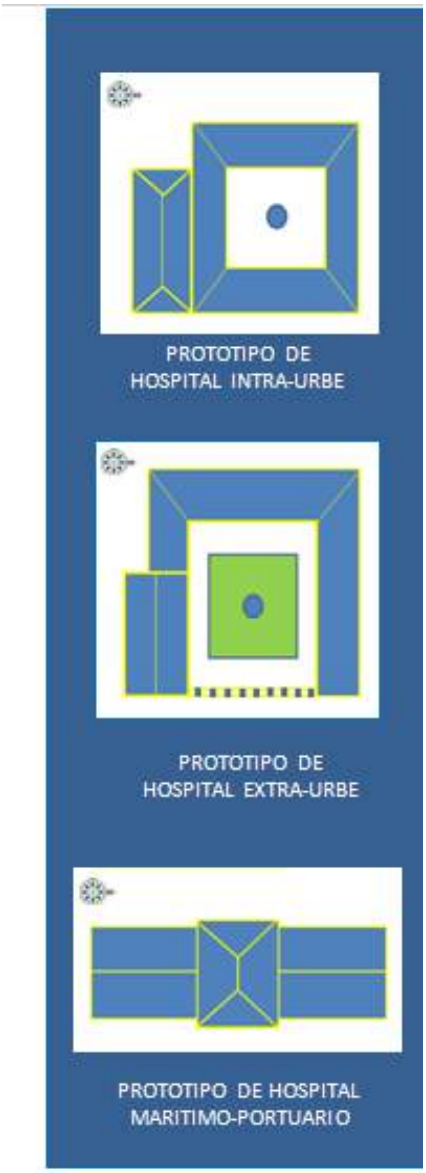
- El hospital intra-urbe, «la salud en el corazón» de la ciudad.
- El hospital extra-urbe, «liberador» del azote de las epidemias a las ciudades.
- El hospital marítimo-portuario, «muralla» contra las epidemias foráneas.

El hospital intra-urbe, «la salud en el corazón» de la ciudad.

A caballo entre la arquitectura conventual y la de uso doméstico, para la casa-hospital se optó por una estructura claustral articulado en torno a un patio en el que se disponían galerías de madera para cada una de las plantas apoyada sobre uno de los cuatro paramentos que conformaban el atrio y que pertenecía al muro perimetral de la iglesia. Este tipo de modelo tipológico no fue una innovación que nació en el panorama insular, sino que se importó desde la Península Ibérica de la mano de los primeros moradores. Ejemplos semejantes a los empleados en Canarias los encontramos tanto en Andalucía (el *Hospital de la Misericordia y la Caridad* de la ciudad de Carmona, el *Hospital de San Sebastián* en Écija, o el *Hospital de San Juan de Dios* en Arcos de la Frontera), como en la zona castellano-aragonesa (el *Hospital de Santo Domingo de la Calzada,* en la provincia de La Rioja), o en la levantina (el *Hospital de San Juan de Dios* de Orihuela, provincia de Alicante).[443]

[443] En Andalucía encontramos los siguientes ejemplos: *Hospital de la Misericordia y la Caridad* de la ciudad de Carmona, fundado en 1510 bajo la protección de Beatriz Pacheco, Duquesa de Arcos; el *Hospital de San Sebastián* en Écija, fundado en 1580 por Felipe II al fusionar los diecisiete pequeños hospitales o centros de curación y asistencia con los que contaba en ese momento la ciudad; o el *Hospital de San Juan de Dios* en Arcos de la Frontera, fundado en 1490 por el Marqués de Cádiz. En la zona castellano-aragonesa es el *Hospital de Santo Domingo de la*

64. Francisco J. Castro: Reconstrucción de las plantas de las prístinas formas de hospital en Canarias (2012).



En contraposición, la Corona decidió, tras finalizar con la Reconquista, dotar a las ciudades de primer orden con establecimientos hospitalarios en los que primaba una tipología en la que se combinaba el hospital y el palacio, dejando atrás los modelos que hasta ese momento se habían venido empleando. Esta nueva forma arquitectónica se componía de una cruz latina en planta en cuyo centro existía un altar destinado a la celebración de la eucaristía, sacramento que llegaba a todos los enfermos asilados en las diferentes naves distribuidos por sexo y gravedad. Luz y aire eran incorporados al «espacio curativo-asistencial» mediante patios, cuatro en total, que remedaban el esquema renacentista italiano desarrollado por Antonio Filarete para el *Hospital Mayor* de Milán, aunque en realidad este modelo procedía de las soluciones técnicas que se habían formulado ya por Leone Battista degli Alberti para este tipo de edificios[444]. Básicamente tres fueron los hospitales, traza de Enrique de Egas, que sirvieron de dechado para otros tantos ejecutados en este momento: el *Hospital Real de Santiago de Compostela* o *de los Reyes Católicos*, el *Hospital Real de Granada* y el *Hospital Real de Toledo.* A estos se le unió el *Hospital de la Santa Caridad de Sevilla* fundado desde mediados del siglo XVI, y cuya iglesia fue reedificada en 1644 bajo la dirección y diseño de Pedro Sánchez Falconete. Aunque

Calzada, en la provincia de La Rioja, y en pleno Camino de Santiago, que desde el siglo XV está funcionando para asistir a los peregrinos que solicitaban su ayuda. Por último, en la zona levantina, el *Hospital de San Juan de Dios* de Orihuela, construido entre los siglos XVI al XVIII, que aglutinó convento, hospital e iglesia.

[444] GUERRA, F. *El hospital en Hispanoamérica y Filipinas, 1492-1898*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica, 1994, p. 42.

estos referentes valieron para el territorio peninsular, otros como el *Hospital de las Cinco Llagas* de Sevilla inspiraron la arquitectura hospitalaria mejicana, cimentándose una tipología propia en las nuevas posesiones que se incorporaban a la Corona en el Nuevo Mundo.[445]

65. Francisco J. Castro: Imágenes y reconstrucción de la planta del Hospital de San Pedro Mártir en Telde, Gran Canaria (2012).

En Portugal, los monarcas lusos optaron por una estrategia semejante a la de sus vecinos: entre 1492-1504 se doto a Lisboa con un magnífico establecimiento sanitario, el *Hospital Real de Todos os Santos*[446], al que siguieron los de ciudades como Coimbra

[445] GUTIERREZ, R. *Arquitectura y urbanismo en Iberoamérica*. 4ª Edición. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A., 1983, p. 776.
Gutiérrez en 1983 establece los siguientes tipos en los nuevos territorios conquistados por los españoles en América: hospitales con planta en cruz con salas separadas por sexos y patios claustrados con capillas centralizadas (*Hospital de San Nicolás de Bari* en Santo Domingo y el *Hospital Bethlemita* en Veracruz); hospitales en cruz parcial en «T» o «L» (*Hospital de Santa Bárbara* en Sucre y el *Hospital de San Juan de Dios* en Santiago de Chile); hospitales en planta claustral iglesia de uso parroquial (diferentes hospitales de la Orden de San Juan de Dios); hospitales militares con una única crujía o integrados en la fortificación (Bogotá y Montevideo); y, por último, los hospitales radiales (*Hospital de Guadalajara*, fundado en 1778, caracterizado por 8 radios, 7 destinados a las enfermerías y tan solo uno para el templo).

[446] OLIVEIRA RAMOS, L. A. Do Hospital Real de Todos os Santos à história hospitalar. In *Revista da Faculdade de Letras. Historia,* número 10, 1993, p. 333-350.
El hospital se construyó mediante la bula de Sixto IV durante el reinado de Juan II, que procuró que el edificio tuviera concomitancia con los hospitales florentinos y sieneses. Era de considerables dimensiones, con varias alas cuadradas dispuestas en torno a la capilla y articulados mediante patios. Poseía 12 enfermerías que podían albergar hasta un total de 250 enfermos.

(1508), Évora (1515) y Braga (1520), con una marcada influencia de los ejemplos hospitalarios que se estaban desarrollando en Italia y en los que la capilla se convertía en el «alma del edificio». Estos «magníficos edificios administradores de salud física y espiritual» se transformaban en soluciones más sencillos y carentes de boato cuando eran construidos en aquellas ciudades que carecían del protagonismo que tuvieran las de primer orden, estas últimas, urbes más próximas al poder regio. Para estos establecimientos se planteó el modelo de edificio claustrado al que se le adosaba una iglesia con tres funciones: las actividades pastorales propias de la parroquia, satisfacer las necesidades de cualquier orden religiosa en la «exteriorización de sus creencias y sentires», y la administración «alivio espiritual» a los asilados en el hospital. Al igual que el modelo hispano propuesto para este tipo de dispositivos, se articulaba a partir de un claustro al que se le adosa en unos de sus lados una iglesia, con plena comunicación entre ambos. Ejemplos de ello son el *Hospital de João Palmeiro* en Setubal o el *Hospital Velho* de Viana do Castelo, en la Península, mientras que a nivel insular destacaron las propuestas para el *Hospital de Santa Isabel* en Funchal[447], Madeira, o el *Convento franciscano* y la *Igreja de São Boaventura* en la isla de Flores[448], en el Archipiélago de las

[447] HENRIQUES DE NORONHA, H. *Memórias seculares e eclesiásticas para a composiçãda história da Diocese do Funchal na Ilha da Madeira.* Funchal: Centro de Estado de História do Atlântico, Secretaria Regional do Turismo e Cultura, 1996, p. 311-314.
El primitivo hospital se denominó *Caza da Miserricordia* y fue promovido por la Santa Hermandad de la ciudad de Funchal, teniendo protección del rey D. Manoel desde su creación. El aumento de las rentas, con el paso de los años, hizo que la Hermandad decidiera la construcción de un nuevo edificio. En 1685 se destinó un terreno junto a la Sé Catedral para construir el nuevo hospital para los pobres, que recibió el nombre de *Hospital de Santa Isabel*, entrando en funcionamiento en 1686. Esta es la descripción que se hace de sus dependencias:
Corre a sua galería em dous andares sobre o largo do terreyro da Se, e no meyo do seu adro se levanta hum sumptuozo pórtico pello qual se entra em hum patio que da serventía as oficinas de que se compoem devididas com igual porporçam, de hũa e outra parte; onde tambem se separam as duas enfermarías de homens, e mulheres de ambos os Hospitaes. No mesmo patio fronteiro a entrada topa a vista em outro pórtico de bella, e soberba architectura, que he o da Capella da Sancta Caza, cujo orago he a vizitação da Senhora; Igreja de hũa so nave, mas grande, e magestozamente ornada, com muito boa renda que lhe deixou, com seus bens Luis de Atouguia da Costa. O retabulo he repartido em tres altares; no do meyo tem hum fermozo Camarim, o da parte da Epistula o do Senhor Crusificado, e o do Evangelho he da virgen Sanctissima do Rozario, imagen milagroza, como veremos em outro lugar.
[448] El *Hospital de João Palmeiro* en Setubal estaba ubicado en las proximidades de la Catedral de Santa María de Graça desde el siglo XV, conservándose tan solo un pórtico gótico que debió dar acceso al asilo. El *Hospital Velho* de Viana do Castelo, presente en el Camino de Santiago, fue construido por João Paes, constituyendo un hospital dentro de la órbita de los hostales destinados a los peregrinos con su característico patio que articula el edificio y que está rodeado

Azores, este último, convento que pasó a desempeñar actividades en las que se alternaron las asistencial y las conventuales, empleándose una arquitectura que utilizó numerosos recursos de la arquitectura mudéjar.[449]

En Canarias se optó por el primero de los modelos, fusionando los recursos arquitectónicos presentes en las edificaciones domésticas con todos aquellos empleados para el desarrollo de los templos y los cenobios, pero siempre con un carácter sencillo, utilitario, de menor dimensión y sin la necesidad de expresar la magnificencia de una monarquía que se consolidaba rápidamente, como ocurrió en los asilos de las ciudades más importantes del momento. Pese a que algunas de las obras ejecutadas en territorio insular se encontraban bajo el patrocinio de la Corona, como ocurría con el *Real Hospital de Nuestra Señora de los Dolores y San Martín* en la ciudad de San Cristóbal de La Laguna, no se observa la incorporación de elementos que los diferenciaran del resto de los edificios presentes en la urbe. Las causas pudieron ser la carencia de protagonismo por parte de las recién creadas ciudades isleñas o la ausencia de artífices y profesionales expertos que trabajaran los materiales para lograr resultados mucho más elaborados. Junto a la estructura articulada a partir de un claustro o patio, encontramos otra diferente como la empleada para el *Hospital de San Pedro Mártir* en la ciudad grancanaria de Telde, fundado en 1490 por la aborigen Inés Chemida Chamovita tras concluir con la conquista de la Isla[450], y sustentado por las limosnas y la ayuda librada por la Corona[451]. Se caracterizaba por una planta en «T», donde el ara eucarística estaba

---

por galerías de piedra. A nivel insular destacan dos ejemplos: el *Hospital de Santa Isabel* (Funchal, Madeira) fundado desde 1511, fue reubicado en las proximidades de la Sé Catedral en 1685, estando concluidas las obras del edificio al año siguiente. Por último, la *Igreja de São Boaventura* (isla de Flores, Azores), fundada desde el siglo XVI por el vicario Inácio Coelho que la provee de las tierras precisas para su sustento, fue demolida para construir entre 1640 y 1740 el nuevo templo y las dependencias monacales franciscanas.

[449] *Relaciones artísticas entre Portugal y España* : [Simposio hispano-portugués, celebrado en Salamanca, los días 2,3 y 4 de mayo de 1985] / coordinador Jesús Mª Caamaño. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Educación y Cultura, 1986, p. 111-112.

[450] GONZÁLEZ PADRÓN, A.M. *Telde: Mito y realidad.* Telde: Ayuntamiento de Telde, 1996, p. 38.
La fundadora del establecimiento hospitalario está enterrada en el templo que en la actualidad se está restaurando y que perteneció al hospital.

[451] BOSCH MILARES, J. El Hospital de San Pedro Mártir de Telde. In *Revista de Historia*, nº 56. La Laguna, 1941, p. 322.
La reina Doña Juana, el 31 de agosto de 1505, mediante Real Cédula, se le entregaron al Hospital terrenos y agua para su sustento.

ubicada en la unión de los tres brazos, lo que favorecía la asistencia a los oficios litúrgicos desde los lechos en los que se encontraban postrados los dolientes.[452]

Estructura y distribución del establecimiento hospitalario.

La iglesia hospitalaria

- Estructura: Presentan una sola **nave** rectangular, orientada su capilla mayor hacia el naciente, cuyas dimensiones iban a razón de las del tamaño de la fundación, con paramentos blancos y semirugosos, que en ocasiones se encontraban decoradas con pinturas murales a base de motivos vegetales o geométricos (bandas paralelas verticales que partían de un zócalo de cantería)[453]. La nave se encontraba dividida en dos partes por un arco toral o triunfal, la capilla mayor destinada al altar y al retablo principal, donde se ubicaban los santos-patronos y advocaciones del hospital, y la zona destinada a los feligreses, distribución presente en los hospitales de los Dolores y San Sebastián de La Laguna, y en el de los Dolores de Santa Cruz de La Palma. En los ejemplos más modestos (Icod de los Vinos), una simple elevación del pavimento a través de un escalón diferencia el presbiterio del cuerpo de la iglesia.

  A los pies, un **coro** en alto, al modo de las iglesias de los Reyes Católicos, se sustenta por pies derechos a razón de las dimensiones de la nave[454], habitualmente ayudados por pequeños canes laterales empotrados. Anexo al presbiterio se encuentra la **sacristía**, cuyo acceso puede ser desde el claustro o desde la zona destinada a la capilla mayor, a diferencia que para el establecimiento de Icod se emplea una pequeña puerta a la que preceden varios escalones de madera. El establecimiento de Dolores lagunero presenta un espléndido arco apuntado de cantería roja producto de la primero fundación realizada en el siglo XVI.

[452] SANTANA PEREZ, J. M. Hospital de San Pedro Mártir de Telde. In *VIII Congreso Internacional de Historia de América (AEA)***.** Las Palmas de Gran Canaria: Casa de Colón/Cabildo de Gran Canaria [Sitio web], Gran Canaria, 2000. URL: http://www.americanistas.es/biblo/textos/08/08-163.pdf (consultado: 18 de junio de 2012).

[453] Este tipo de decoración estaba presente en el *Hospital de Nuestra Señora de los Dolores* de La Laguna; en la actualidad desaparecida tras la última restauración.

[454] En el *Hospital de Nuestra Señora de los Dolores* de La Laguna, éstos son largos y de fuste octogonal, carentes de basa y que arrancan desde el suelo.

66. Francisco J. Castro: interior de la iglesia del Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).

El **cerramiento superior de la nave**, de madera de tea, se realiza habitualmente mediante armadura de tipo mudéjar, que se continúa por todo el cuerpo de la nave, en el que se disponen dos faldones laterales y almizate sin decorar, en el que los nudillos son continuación de los pares que se ve detenido por la pared en la que está inserto el arco toral. Diferentes tirantes a razón de la dimensión de la nave, sustentados sobre canes que se unen a un sencillo arrocabe, que se decoran con estrellas, aspas y lacería de tipo mudéjar[455]. Para la **cubierta del presbiterio**, se emplea una armadura de tipo mudéjar de par y nudillo compuesta por cuatro faldones unidos por limas mohamar atravesado por tirante, que en ocasiones es doble, que da solidez al edificio en su sector inferior. En cada una de las cuatro esquinas, al igual que en las dos esquinas del coro[456], cuadrantes dobles de lacería sustentados por canes pareados. Un arrocabe, pintado o no, está presente en cada uno de los muros[457]. En lo referente al **suelo**, desde principios del siglo XX, muchos de los suelos primitivos de ladrillo de barro fueron sustituidos por baldosines hidráulicos, dispuestos en rombos negros y blancos, que se popularizó considerablemente

[455] MARTÍN RODRÍGUEZ, F. G. *Arquitectura doméstica canaria*. 2ª edición. Santa Cruz de Tenerife : Aula de Cultura de Tenerife, 1978, p. 158-160.
[456] Estos cuadrantes son sencillos en cuanto a su decoración si lo comparamos con los presentes en la capilla mayor del templo.
[457] La decoración puede ser, como en el Hospital de los Dolores de La Laguna, cuernos de la abundancia, guirnaldas y frutas, a los que se les unen cartelas con textos latinos sustentadas por diferentes putti.

en los templos isleños[458]. El suelo del presbiterio se elevaba mediante una grada de piedra.[459]

Elementos: En lo referente a los **accesos**, debemos diferenciar entre los internos y los externos. Interiormente se podía acceder al templo básicamente desde tres lugares, desde el claustro (vano de considerable tamaño, habitualmente de dos hojas, y que como en el Hospital de Dolores de La Laguna, puede presentar arco de medio punto en cantería)[460], desde la sacristía como ya se ha comentado, o desde la galería superior, que mediante una puerta se da paso a la zona del coro (dependiendo de las características del edificio, podía presentar escalones como en el Hospital de los Dolores de Icod, donde al estar ubicado todo el complejo en una zona de diferente cota, lleva a que el claustro e iglesia no estén nivelados; para sus homónimos lagunero y palmero se repite el mismo esquema pero sin esta particularidad).[461]

67. Orlando González: interior de la iglesia, con el coro al fondo, del Hospital de los Dolores y San Martín, La Laguna (1995).

[458] AHPT: Protocolos notariales, 1358 [Francisco Sánchez de Zambrana], ff. 276r-277r de 1605. Publicado por: Lorenzo SANTANA RODRÍGUEZ: «La iglesia de los Dolores de La Laguna», en *Aislados*. Diario *El Mundo*, suplemento "Vivir en Canarias", 3 de diciembre de 1999.
En 1605, el hermano Diego de la Cruz, de la orden de San Juan de Dios, contrató al pedrero portugués Gaspar de Andrade: «… y ladrillar el cuerpo de la iglesia y capilla de ladrillo entero…».
[459] Tanto en el Hospital de los Dolores de La Laguna como en el de Icod, se emplean este tipo de baldosines para el cubrimiento de su suelo. En el Hospital de Dolores de La Laguna, a esta grada pétrea se le añadía otra en la zona próxima al altar que se achaflanaba en sus esquinas; en la zona del retablo principal, se agregaba una tercera que servía para asiento de los celebrantes el acto litúrgico.
[460] Una situación particular fue el Hospital de San Sebastián en La Laguna, que por las características de la ubicación de esta casa-hospital, el templo quedó embutido entre el claustro donde estaban ubicadas las enfermerías y una incorporación posterior de un edificio destinado a la congregación que obligó a centralizar el templo, ubicando su acceso desde los pie del edificio.
[461] Ambas fundaciones se crean a partir de la bula del papa León X en 1514.

Desde el exterior, el templo puede presentar dos puertas laterales al modo de las iglesias monjiles. Esta disposición permitía a las procesiones públicas entrar y salir a la vez de su interior, de forma que los enfermos pudiesen presenciar, desde el coro alto, las grandes festividades religiosas de la ciudad. En el caso del hospital de los Dolores de La Laguna, la más próxima al campanario-espadaña se halla más ricamente decorada, mientras que la segunda es más sencilla[462]; en ocasiones puede existir una tercera puerta a los pies de la iglesia, como ocurría en La Palma o en el Hospital de San Sebastián en La Laguna[463] y que daban paso a un pequeño atrio o plaza llamado **«conpas»** o **«compás»**[464] que tenía múltiples uso. Este elemento está presente en el Hospital de los Dolores de Icod, existiendo en el de La Palma y San Sebastián de La Laguna[465], así como en algunos ejemplos luso.[466]

A todos los templos se les dota de **ventanas** en el costado del edificio que da a la vía pública. La diferencia en número y forma (arcos de medio punto o rectangulares), surge como resultado de la adaptación a las necesidades de luz y a las dimensiones del edificio. Mientras que para el edificio del Hospital de los Dolores de La Laguna se emplearon tres ventanas de medio punto, una en la capilla mayor y las otras en el resto del inmueble, además de la del coro, al homólogo de Icod de los Vinos tan solo se le dotó con una rectangular en la zona

[462] En el Hospital de los Dolores de Icod, solo encontramos una puerta lateral, seguramente a que este es de menores dimensiones.

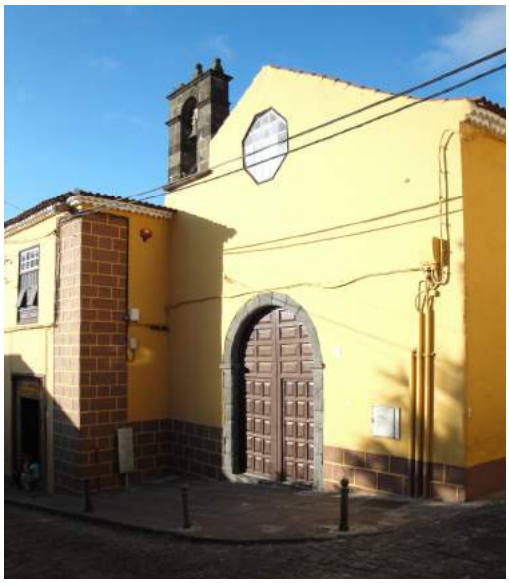
[463] PEREZ MORERA, J.; RODRÍGUEZ MORALES, C. (2008). *Opus cit*, p. 151.
La distribución emulaba la empleada para los conventos femeninos en el caso del asilo lagunero, mientras que para el construido en La Palma, se propone un diseño diferente: ubicar uno de las puertas en los pies, sobre esta se colocó la espadaña en el vértice del tejado.

[464] AHMSCLP-Libro primero de fundación de la Casa-hospital de los Dolores (Santa Cruz de La Palma); Estante 35, legajo 629, folio 4.

[465] FERNÁNDEZ, P. El fundador de San Cristóbal de La Laguna. *El Día* (Santa Cruz de Tenerife), 30 de junio de 2012.
En el plano de San Cristóbal de La Laguna del siglo XVIII que ilustra el artículo, queda claramente definida la existencia de este elemento arquitectónico en el edificio del Hospital de San Sebastián.

[466]MOUTINHO, M. *A arquitectura popular portuguesa*. 3ª edición. Lisboa: Editorial Estampa, 1995, p. 116.
Este tipo de elemento arquitectónico lo observamos en ejemplos de la arquitectura religiosa portuguesa, que en algunos casos se les añade un alpendre con la *Iglesia de Coina* en la región del Centro Litoral.

del retablo principal y un óculo octogonal en la fachada principal que ilumina toda la iglesia.



68. Francisco J. Castro: acceso de entrada a la iglesia, precedida del «compás», y a la casa-hospital del Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).

El templo de la casa-hospital tenía una «doble función espiritual», la de atender tanto a los miembros de la parroquia como a los asilados, lo que llevó a crear dispositivos que evitaban el contacto entre ambos. Para el templo del hospital palmero se dispuso en uno de los paramentos, el que se encontraba en contacto con el claustro de la casa-hospital, un vano al que se le había incorporado una reja que permitía asistir a los dolientes a la liturgia. Junto a este ejemplo aparece el del Hospital de los Dolores de Icod, que presenta una tribuna de madera, a modo de ajimez de interior cerrado por celosías. Con acceso desde la galería alta del claustro, sobre la puerta que comunica el patio con la iglesia, fue empleado tanto por los enfermos incapacitados que se encontraban alojados en las enfermerías superiores como por las monjas bernardas que ocuparon el edificio a raíz de la quema de su convento en 1798.[467]

Un elemento presente en todos los templos es el **campanario-espadaña**, elemento que varía atendiendo al número de campanas que aloja y a su ubicación. Para la isla de Tenerife, de los ejemplos que nos han llegado, tanto el Hospital de los Dolores como el de San Sebastián en La Laguna estaban habilitados para portar dos campanas sustentadas por dos arcadas gemelas de medio punto (incluso el primero estaba preparado para una tercera de menor tamaño para el segundillo), al igual que el de los Dolores en La Palma. El hospital

[467] A él se llegaba desde la galería adosada a la iglesia, cuyo vano se cerraba mediante una puerta de dos hojas con pestillo.

de Icod ofrece un ejemplo diferente, de modo que por su reducidas dimensiones tan solo tiene una campana. En lo referente a su ubicación en el edificio, esta varía considerablemente: sobre la entrada o acceso principal al templo (Hospital de San Sebastián de La Laguna, de considerable tamaño, mucho menor en el ejemplo de Icod, éste último colocado en un lateral de la fachada), sobre la entrada o acceso principal a la casa-hospital (Hospital de los Dolores en La Palma, pese a que tras la remodelación sufrida posteriormente, ésta se lateraliza colocándose sobre el paramento donde están los dos accesos al templo desde la vía pública), rematando campanario en dos cuerpos (Hospital de los Dolores en La Laguna, a la que se accede desde el coro y que presenta una ventana horadada que permite la iluminación del coro alto).

Anexo al templo, se encontraba el **osario** o ***carnerito*** donde se depositaban los huesos de los difuntos exhumados. El gran número de asilados que fueron enterrados en las iglesias hospitalarias justificaba su presencia.[468]

La casa hospital

El edificio constaba de dos plantas, que al igual que para el templo eran de tapial cubierto por un calicostrado, donde las dependencias que conformaban los asilos se articulaban a partir de un patio central rodeado por pies derechos rematados por zapatas. Era costumbre entre los hospitales isleños, al igual que en el resto de la ciudades españolas, emplear ambos niveles para la atención de los enfermos, colocando en ambas las enfermerías diferenciadas por sexos o por alturas, aunque la planta baja tenía ese fin solo en situaciones forzosas, como epidemias, debido a que no era muy adecuada para hospedar enfermos por los graves problemas que se tenía de «humedad».

El **patio o claustro** a partir de donde se articulaban todas las estancias del establecimiento se adaptaba a las características del solar en el que estaba emplazado: mientras el Hospital de los Dolores en La Laguna tenía forma trapezoidal, el ubicado en Icod era cuadrado. Tanto en el Hospital de los Dolores

[468] AHMSCLP-Libro primero de fundación de la Casa-hospital de los Dolores (Santa Cruz de La Palma); Estante 36, legajo 629, folio 33.

de La Laguna y el de Icod, así como el de La Trinidad en la Orotava, en el centro de sus patio aparece una **fuente**, que no busca tan solo aportar belleza a la estancia, sino que pretende dar sensación de frescor a aquellos que moraban en ella. Con el fin de almacenar el agua y lavar la ropa de los enfermos, desde los primeros tiempos se documentan en estos patios **pozos, tanques** e incluso **artesones** fabricados en madera de tea como el del Hospital de los Dolores de Santa Cruz de La Palma[469]. Primigeniamente, en el lugar donde estaban éstas, existía un **pozo** que suministraba agua al establecimiento, no solo para el aseo de los que se alojaban en ella, sino para mantener limpias las estancias (en el Hospital de los Dolores lagunero hay constancia de la existencia de dos). En torno al pozo, se disponían pequeños parterres o zonas acotadas, donde se cultivaban plantas medicinales y aromáticas que posteriormente eran empleadas en la botica para la preparación de remedios y medicamentos. A estos se les denominó *jardín de la botica.*[470]

69. Francisco J. Castro: detalle del patio del Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).

[469] AHMSCLP-Libro primero de fundación de la Casa-hospital de los Dolores (Santa Cruz de La Palma); Estante 36, legajo 631, folio 31 vuelto.
En 1603 el obispo don Francisco Martínez mandó construir un tanque de madera de tea en forma de artesa invertida para la lavar la ropa de los enfermos.
[470] DE SÁ BRAVO, H. *Boticas monacales y medicina naturista en Galicia*. León: Editorial Everest, 2007, p. 77-79.

El claustro, rodeado por una **galería,** servía de comunicación, distribuidos y como acceso a alguna de las salas de enfermos, proporcionando una importante iluminación y ventilación al edificio, que en los primeros momentos estuvieron abiertas, procediendo a finales del siglo XIX y principios del XX a aplicarles cerramientos mediante cristal y celosías de madera en la galería de la planta superior (Hospital de la Santísima Trinidad en la Orotava y el Hospital de los Dolores en Icod de los Vinos), que en ocasiones se cerraba por completo colocando ventanas con dos hojas y apertura hacia el interior (Hospital de los Dolores de La Laguna); en la galería de la planta baja, se planteaban soluciones diferentes como era el murado perimetral, estableciendo así cuatro acceso al patio con puerta cada uno que se remataban con elementos finos y verticales lanceados.

La casa-hospital podía estar dotado con otro **patio anexo** o **traspatio**, que en este tipo de edificios servía de corral, lugar destinado a diversos servicios, entre ellos el lavadero (pese a que en sus orígenes muchas instituciones los ubicaban en el centro del patio junto al pozo), las cuadras, caballerizas o los pajares, y en algunas ocasiones la cocina destinada a la congregación religiosa presente en el hospital. Este tipo de elemento, con acceso independiente, estaba presente e el Hospital de los Dolores de La Laguna, seguramente obligado por las dimensiones del solar y su ubicación en la ciudad, dotándolo, durante el siglo XIX, de un aljibe para la almacenar las aguas procedentes de la lluvia. En el Hospital de los Dolores de Icod, debido a sus reducidas dimensiones, se precisó usar, una vez abandonada, las dependencias en las que se encontraba la antigua cárcel del pueblo, ubicando allí además de la cocina, los lavaderos.

En lo referente al **camposanto**, destaca que los hospitales laguneros carecieron de alguno debido a su ubicación dentro de la ciudad[471], además de que era costumbre que se procediera a enterrar a los enfermos en el interior del

[471] La orden de construir los cementerios fuera de las urbes en España, eliminando la costumbre de dar sepultura en los templos se establece con Carlos III, que en 1787 mando construir los cementerios según el Ritual romano, obligando a la Iglesia a acatar esta orden. Carlos IV ordenará el establecimiento de los camposantos extramuros en 1804.

templo[472]. En contraposición destaca como en un plano de la ciudad de Icod de los Vinos, fechado en 1559 y realizada por Juan Gómez Luis-Rabelo, el cementerio está anexo a la Iglesia de San Marcos y muy próximo a la primera ubicación del hospital.[473]

Entre las **dependencias** que se encontraban en la planta baja estaba:

- **La portería** con el zaguán. Constituía el único acceso a la casa hospital desde la vía pública. El sentido de la clausura propio de las instituciones hospitalarias aconsejaba limitar las entradas tanto por razones higiénicas como para procurar el máximo silencio y aislamiento. Habitualmente, como observamos en los Hospitales de los Dolores de La Laguna e Icod, a la izquierda se encontraba un habitáculo destinado al hospitalero y su familia, persona encargada del cuidado y mantenimiento del hospital, que en ocasiones tenía funciones de portería, y que posteriormente se convirtieron en los lugares donde se ubicaron las «Casas de Socorro». De considerable tamaño, llegaban a poseer hasta 2 o más habitaciones.
- **La rueda o torno**. Elemento característico de la portería o acceso principal era la rueda o torno para la recogida de los niños "de la cuna" o expósitos. Semejante a los de los monasterios de monjas de clausura, en 1605 el hermano Diego de la Cruz, de la orden de San Juan de Dios, contrató al pedrero portugués Gaspar de Andrade "para poner un torno como el de las monjas" en el hospital de Nuestra Señora de los Dolores de La Laguna. Con el nombre de "la Cuna" se conocía, asimismo, la calle a la que se abría la portería con el torno del hospital de Santa Cruz de La Palma, por donde era depositados los niños expósitos. Hijos ilegítimos o huérfanos de padre en situación de miseria, abandonados o entregados anónimamente a fundaciones benéficas para su cría y educación, de ese

[472] AHMSCLP-Libro primero de fundación de la Casa-hospital de los Dolores (Santa Cruz de La Palma); Estante 36, legajo 631, folio 32 vuelto.
[473] ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. El hospital de Ycod de los Vinos. In *Homenaje a Alfonso Trujillo.* Tomo I. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura del Cabildo Insular de Tenerife, 1982, p. 336.

modo se preservaba el honor de las madres evitando el infanticidio[474]. En ellas se les proporcionaba ropa, cobijo, atención médica y alimentación en sus primeros años, esta última administrada por amas de leche. Los infantes abandonados se depositaban en un dispositivo giratorio exterior denominado torno, que podía estar empotrado en la pared con una puertecilla[475], o en la puerta del lugar destinado a la cuna de expósitos; en el primero se avisaba mediante pequeños golpes en la puertecilla[476], mientras que en el segundo la llamada era haciendo sonar una campanilla de aviso[477]. Un ejemplo aún presente es el existente en el acceso principal al Hospital de la Santísima Trinidad en la Orotava. Desde 1665, en la isla de Tenerife se creó en el Hospital de los Dolores de La Laguna[478], única en este municipio hasta que en el siglo XIX se incorporó este tipo de dispositivo también en el Hospital de San Sebastián. A mediados del siglo XIX, existían cuatro cunas en la isla de Tenerife y una en la de La Palma: Hospital de los Dolores de La Laguna, Hospital de la Santísima Trinidad de la Orotava, Hospital de la Concepción en Garachico y el Hospital de Desamparados en la capital, este último con carácter provincial[479]; el Hospital de Dolores ubicado en

[474] SOSA, J. DE. *Topografía de la isla afortunada de Gran Canaria*. 1ª edición. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria, 1994, p.72.
Hisose por los continuos riesgos y notorias desracias que susedian en los tiempos antiguos con dichos inocentes, por hallarles muchas veces en las puertas y portales pendientes de los cerrojos, y aun en las mismas calles muy de mañana, unos elados y otros medio comidos de animales.
[475] *Ibidem*.
[476] SOSA, J. DE. (1994). *Opus cit,* p.72.
[477] *Reglamento del Colegio de la Paz de Madrid*. Madrid: Imprenta de D. José María Alonso, 1849, p. 3-5.
[478] MOYANO BAZZANI, E. L. Notas sobre la Beneficencia en Canarias a mediados del siglo XIX. In *VIII Congreso Internacional de Historia de América (AEA)***,** Las Palmas de Gran Canaria, Casa de Colón/Cabildo de Gran Canaria, 2000, [Sitio web]. Gran Canaria, 2000.
URL:< http://www.americanistas.es/biblo/textos/08/08-159.pdf>; (consultado en mayo de 2012).
Aunque existía en la ciudad de las Palmas antes que en la ciudad de la Laguna, no consta por quién había sido fundada, pero sí, que la primera donación la hizo Don Juan Manuel Suárez, en 20 de marzo de 1627.
[479] En el último tercio del siglo XVIII, el Real Hospicio de San Carlos fue la institución benéfica en Santa Cruz de Tenerife que se dedicó al cuidado tanto de jóvenes como adolescentes necesitados.

la capital palmera era el que tenía estas funciones[480], estando colocado en un lugar poco transitado denominado *Calle de la Cuna*. En Gran Canaria, el Hospital de San Martín disponía, desde 1647, de un hospicio para los niños expósitos, fundado por Pablo Gutiérrez de Sotomayor[481]. A los niños depositados en el torno, numerosos por las continuas quejas de sus protectores[482], se les bautizaba y registraba por el cura del establecimiento (inicialmente coincidía con de la Parroquia del Sagrario de la Iglesia Catedral de Santa Ana) para pasar a ser cuidados por el ama.[483]

70. Francisco J. Castro: detalle del torno de expósitos (interior y exterior) en el acceso principal del Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava (2012).

- Imprescindible para las funciones administrativas, el **archivo** custodiaba la documentación generada por la casa-hospital a lo largo del tiempo: libros de fundación, de inventario de bienes muebles, imágenes y

[480] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*, Tomo IV; p. 121-158.
[481] BOSCH MILLARES, J.; BOSCH HERNÁNDEZ, J. *La Medicina en las Provincia de Las Palmas*. Las Palmas de Gran Canaria: Mancomunidad de Cabildos, 1981, p. 11 y 32.
[482] SOSA, J. DE. (1994). *Opus cit,* p.72-73.
[483] HERRERA HERNÁNDEZ, M. Retazos de la historia dela medicina infantil en Gran Canaria. In *Pediatría canaria. Progresos y perspectivas.* Granada: Editorial Comares, 1997, p. 378-401.

alhajas y relación de memorias y obras pías instituidas por los bienhechores; protocolos de escrituras, que recogían las propiedades, censos, tributos y rentas en general; libros de cuentas rendidas por los mayordomos durante su periodo de actividad.

- La **cocina principal,** a la que se le daba una marcada importancia, estaba destinada a la preparación de los alimentos para los enfermos. La medicina medieval influyó considerablemente en la diferenciación entre el individuo sano y el individuo nutrido. Además, estableció una clasificación de los alimentos: *caliente-frio* y *seco-húmedo*, que se establecieron atendiendo a la *Teoría de los Humores* promulgada por Galeno. El habitáculo donde se encontraba, presentaba un hogar que el fogonero alimentaba con leña, durante la preparación de los alimentos, el fuego que calentaba los recipientes de cocción: ollas de hierro suspendidas sobre las brasas, sobre un triángulo de hierro plano colocado sobre el hogar o provista de unas patas que la mantenían estable. En ella existía un poyo o muro, circunscrito por un dintel en el que se ubicaban los fogones en el que se quemaban madera o carbón vegetal[484]. Entre el menaje estaban lebrillos, tinajas, calderas de cobre, almirez y cestas, entre otros. Algunas cocinas estaban dotadas con un horno de bóveda empotrado en la pared donde se cocía el pan, pasteles, empanadillas o donas y galletas.
- Desde sus orígenes, los establecimientos asistenciales de las Islas se vieron dotados gracias a la caridad de sus benefactores de tierra que proporcionaron innumerables beneficios a estas fundaciones que se materializaban en censos y tributos[485]. Esto llevó a que crearan en el

[484] MARTÍN RODRÍGUEZ, F. G. (1978). *Opus cit*, p. 196-198.

[485] MARTINEZ GALINDO, P.M. *La vid y el vino en Tenerife en la primera mitad del siglo XVI*. La Laguna (Tenerife): Instituto de Estudios Canarios, 1998, p. 526-533.
Entre las primeras dotaciones entregadas al Hospital de Nuestra Señora de la Antigua Misericordia encontramos: en 1510, dos portugueses Diego Afonso del Barranco y Gomes González entregan, el primero 8 fanegadas de tierra en Tacoronte con fuentes, casa y un parral, y el segundo 6 fanegadas de tierra en el barranco de Ygoa (valle del Bufadero); una tercera donación de interés fue la realizada, en esta misma década por el luso González de Oporto, entregando a la fundación una viña de riego en Tejina con 5.000 cepas y otros tantos árboles

edificio del hospital, habitáculos que permitieran el almacenado de estos bienes y en el que podíamos encontrar los cuartales, utensilios que servían para medir el grano de las rentas.[486]

71. Fernando G. Martín: detalle de la cocina y horno de la Casa de los Coroneles, La Oliva (1978).

- La **granero** o **granel** –voz de origen portugués—, *panera* en Castilla, estaba destinado al almecenamiento de los cereales (trigo, cebada, centeno)[487], tanto procedente de las rentas propias como adquiridos. El cereal se ingería habitualmente en forma de pan (rara vez como pasta). Considerado como el alimento más común entre las diferentes clases sociales de ese momento, se consumía un promedio de entre 1–1,5 kg por persona y día. Los granos más empleados en la fabricación de pan eran el centeno, la avena, la cebada y el mijo (poco frecuente el arroz

frutales. Igualmente, al Hospital de San Sebastián en La Laguna, se le dotó de bienes desde sus orígenes: su fundador, Pedro López de Villera en 1507 dotó al hospital, tras su fallecimiento, con 75 fanegadas de tierras de secano en Tegueste, y 80 fanegadas de tierras de secano y 3 de regadío junto a El Realejo. El Hospital de los Dolores en Icod de los Vinos se vio beneficiado en el momento de su creación por la entrega, por parte de Pedro Afonso en 1535, de una viña y parral debajo del risco de la Vega, además de 120 fanegadas de tierras de secano en el Malpaís y una casa en la ciudad de Icod.

[486] MATEOS ROYO, J.A. *Auge y decadencia de un municipio aragonés: el Concejo de Daroca en los siglos XVI y XVII*. Daroca: Centro de Estudios Darocenses, 1997, p. 267-273.

[487] MARTÍN RODRÍGUEZ, F. G. (1978). *Opus cit*, p. 199.

por su elevado precio)[488]. Además de contener el grano, en ella se guardaba el pan cocido en el horno de la cocina del hospital y la harina procedente del molino. Como es tradicional, el granero siempre se situaba en última planta para favorecer la conservación de los cereales y evitar la corrupción del grano por causa de la humedad del suelo o la acción de los roedores.

72. Francisco J. Castro: detalle del exterior e interior de la galería superior del claustro en el Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).

- La **bodega**, situada a diferencia de los graneros superiores en la plata baja, servía como lonja o fresquera para conservar el vino, almacenado en toneles, pipas o barricas de madera. El vino se consumía a diario en los países europeos donde se cultivaba uva, tales como los mediterráneos y Francia. Era la bebida de elección de los nobles, siendo consumida en menores cantidades por los miembros de la sociedad menos desfavorecidos. Se le consideraba como una bebida nutritiva y que favorecía la digestión, empleándosele para la fabricación de

[488] El trigo era el cereal por excelencia en Europa durante la Edad Media. Con él se fabricaba pan para el que se empleaban harinas de diferentes calidades: las más refinadas producían pan blanco que era consumido por una clase alta, mientras a medida que se oscurecía éste, se iba bajando socialmente, conteniendo altas cantidades de salvado aquel destinados a las clases con menor poder adquisitivo. En «años de vacas flacas» para su fabricación se utilizaban frutos secos (sobre todo nueces), helechos y legumbres, entre otros.

remedios y ungüentos en la botica. En Canarias, el desarrollo vitivinícola obligó a que los hospitales estuvieran muy ligados a la vid, presentando entre sus bienes numerosas heredades próximas a la ciudad de La Laguna.[489]

73. Francisco J. Castro: arca de madera para almacenado de objetos: documentos, ropas y enseres, La Orotava (2012).

- La **necesaria** o ***atajo*** (servicio) existieron tanto como habitáculos independientes como incorporados a las enfermerías. Las prácticas higiénicas eran efectuadas en palanganas de metal, con la que se practicaba el aseo de los enfermos[490]. El **retrete** o **escusado** se ubicaba frecuentemente junto a la cocina. Cuando las necesarias se encontraban integradas dentro de las enfermerías, se procuraba que su cerramiento o tablazón llegase hasta la techumbre para evitar la propagación del hedor. De ese modo se mandaron fabricar en 1603 en el Hospital de los Dolores de Santa Cruz de La Palma. Era más habitual encontrar un hoyo con pozo negro que se excavaba en una huerta trasera y donde se realizaban las necesidades. En algunos ejemplos de la arquitectura doméstica canaria aparecen retretes a modo de voladizo en la segunda planta, modelos importados de Castilla y Aragón (Salamanca y Huesca).[491]
- La **escalera** comunicaba las plantas inferior y superior, habitualmente circunscrita en un arco rebajado de cantería en dos tramos donde el segundo esta colocado indistintamente, a derecha o izquierda. En los edificios conventuales era usual la presencia de un altar en la meseta o

[489] MARTINEZ GALINDO, P.M. (1998). *Opus cit*, p. 536.
[490] AHMSCLP-Libro primero de fundación de la Casa-hospital de los Dolores (Santa Cruz de La Palma); Estante 36, legajo 631, folio 31 vuelto.
[491] *Ibidem*, p. 198-199.

descanso de la escalera. Con antepecho o tribuna de fábrica o mampuesto, podía presentar iluminación propia mediante pequeños vanos superiores, como los que encontramos en el Hospital de Dolores de La Laguna. La de mayor magnificencia de las que actualmente se conservan es sin duda la escalera de piedra labrada del Hospital de La Trinidad en la Orotava, resto del desaparecido Convento de San Lorenzo, incendiado en 1801.

74. Francisco J. Castro: detalle de la tribuna con celosía y puerta de acceso a la iglesia desde el claustro en el Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).

- El **cuarto mortuorio** era la readaptación de un elemento presente en los conventos y monasterios, la sala *De profundis*, así llamada por ser el lugar en el que los religiosos, antes de pasar al comedor para la refacciones tanto del mediodía como de la noche, rezaban el salmo 129 ("Desde lo hondo…"), a modo de responsorio por el eterno descanso de los hermanos difuntos, pasando posteriormente al refectorio (comedor conventual). Tras la desaparición de las órdenes conventuales de la casa-hospital, esta sala se empleó para instalar en ella los quirófanos, como ocurrió en el Hospital de los Dolores de Icod, ubicando la morgue en las dependencias de la ya nombrada antigua cárcel, o como comedor de los enfermos, colocando mobiliario adecuado para tal fin (taburetes y mesas).
- El **dormitorio-enfermería.** En los hospitales de mayor entidad (La Laguna, Santa Cruz de La Palma) existían *cuartos* —entendidos como crujías— o

enfermerías segregadas por sexos para hombres y mujeres, mientras que en algunas pequeñas casas hospitales como la de Icod de los Vinos fueron en sus primeros tiempos pequeñas salas indiferenciadas para ambos sexos[492]. En relación al tamaño del edificio, otros casos contaban con enfermerías altas y bajas, según su situación en las plantas superiores o inferiores, aunque por razones de salubridad se procuraba ubicarlas en el piso noble. También encontramos espacios de este tipo dedicados al tratamiento de enfermedades especiales, como la sala destinada a las enfermedades venéreas que contaba el Hospital de los Dolores de La Laguna. Para su construcción y disposición, se tomaba consejo al personal médico y a las autoridades eclesiásticas, del mismo modo que también se tenían en cuenta la orientación y las corrientes de aire para su ventilación. Según la disponibilidad del asilo, estaban dotados bien de camas de mayor tamaño o de simples catres. Se empleaba para aquellos pacientes que pudieran estar más graves o que presentaran dificultad para la deambulación. La importancia de la práctica religiosa en la medicina tradicional, hacía necesaria la presencia del altar, situado en medio de la sala, de modo que los enfermos pudiesen seguir los oficios religiosos desde sus camastros. En estas capillas o altares recibían culto los santos protectores que daban nombre a la enfermería[493] u otros que iban en función del fervor de los asilados o donantes. Habitual era también la representación de la crucifixión, imagen de la redención del hombre a través del sacrificio de la cruz. El tipo de cubierta solía estar conformado por estructuras de cañizo o de madera (menos frecuente este último), en zonas próximas al

[492] ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. (1982). *Opus cit*, tomo I, p. 305-312.
Esta primera ubicación estaba constituida por varias casas altas y corral, que el colmenero Pedro Afonso había donado en 1533.

[493] *Roque de Montpellier: iconografía de los santos protectores de la peste de Canarias*: [exposición] / IV Centenario de la Advocación de San Roque en Garachico, 1606-2006, Exconvento de San Francisco, Villa y Puerto de Garachico, 20 de octubre - 3 de diciembre de 2006; [comisario, Jesús Pérez Morera; estudios, Jesús Pérez Morera, Lorenzo Santana Rodríguez, Juan Gómez Luis-Ravelo]. Canarias: Viceconsejería de Cultura y Deportes, Gobierno de Canarias, 2006, p. 34-43.

techo, en los que se depositaban hierbas aromáticas para tratar de enmascarar los olores que se generaban de enfermedades pestilentes. De elaboración local por lo común, la lencería y la ropa de cama utilizada en los centros asistenciales se guardaban en una pieza o ropería destinada para tal fin. Estaban tejidas de lino y lana, aunque se utilizaba también el sayal, de inferior calidad. Procedían de muy diversas fuentes: donaciones de particulares, de miembros de la nobleza o mandas testamentarías, de canónigos y dignidades de la iglesia, de cofradías, o de laicos agradecidos.

- Para aplicar los remedios preparados en la botica, algunas casas hospitalarias contaban con una pieza específica o *cuarto* destinado a unciones, purgas y sudaderos[494]. A partir del siglo XV, las boticas fueron regentadas por el maestro boticario, titulación obtenida mediante el examen. En ella se disponían tanto las herramientas como los ingredientes necesarios para fabricar los remedios.
- Entre el **mobiliario** que podíamos encontrar tanto en la galería baja como en la alta, estaban diversas arcas, con diferentes funciones: para archivo, para ropa o para utensilios caros de uso poco habitual, que sacaban para festividades señaladas. En ocasiones se disponía una habitación en la que se custodiaban los archivos y que en ocasiones hacía de despacho para los médicos o para las autoridades del hospital. A parte del mobiliario y las ropas, los hospital tenía otros enseres: todos aquellos objetos relacionados con el culto, como insignias, pendón, cruz, cálices, enseñas de las cofradías; herramientas para enterramientos (azadones, azadas y palas); andas para el transporte de los difuntos, así como los reposteros y la campanilla que utilizaba el corredor. Existían determinados enseres como vasos, jarras de beber vino, tinajas y

[494] AHMSCLP-Libro primero de fundación de la Casa-hospital de los Dolores (Santa Cruz de La Palma); Estante 36, legajo 631, folio 78.

bacinillas, entre otros, que anualmente eran repuestos por la facilidad que presentaban para las roturas.[495]

Con respecto a las **dependencias** de la planta superior encontramos:

- Los **dormitorios-enfermerías**, ya descritos.
- El **palomar** era un privilegio reservado a los señoríos y a determinadas fundaciones. Denominado «derechos de palomar», estaban regulados por la ley establecida en 1487 por Enrique IV[496]. Los señores podían ceder a sus súbditos el cuidado de los palomares a cambio de la mitad o una parte de los productos: pichones y palomina. Estás últimas eran muy

[495] MARTÍN RODRÍGUEZ, F. G. *Santa Cruz de la Palma : la ciudad renacentista*. Santa Cruz de Tenerife: Cepsa, 1995, p. 237-238.
Detallado inventario del Hospital de Nuestra Señora de los Dolores en Santa Cruz de La Palma fechado en 1603 (iglesia, plata y otros, además de esclavos, enfermería, cocina, bodega, corral y caballeriza).

[496] DOMINGUEZ APARICIO, J.; DOMINGUEZ DE CASTRO, S. *Leganés en el Archivo Histórico de Protocolos: Colección documental (siglos XVI-XVIII)*. Madrid: Editorial Vision net, 2007, p. 21-23.
El Archivo de Simancas custodia la Ley de palomares promulgada por Enrique IV en 1465, tomo V nº 1602, 1465-30 de Octubre 1487, folio 37.
Otrosy muy esclarecido rrey e sennor, vuestra alteza sepa que en muchos logares deste rreyno avian e han por cosa de gran utilidad fazer e tener casas de palomares para criar e tener palomas, de que allende de sus duennos se proueyan otras gentes asaz, pero segund el danno que han rrecebido e rresciben de cada dia en queles han matado e matan las dichas palomas algunas personas con ballestas e otras con rredes e lazos e otras armacas, asy en los mismos palomares e cerca dellos como fuera, e lo que se estima por mayor querella e danno es que si los duennos de los dichos palomares e palomas o otros en su nombre lo quieren rresistir e rreclamar, han seydo e son ynjuriados de dicho e de fecho de las personas que asy gelas matan, por manera que han tomado ser el mejor rremedio derribar e despoblar los dichos palomares. Sobre lo qual suplicamos a vuestra rreal sennoria quele plega de ordenar a mandar que ningunas personas non sean osadas de matar las dichas palomas ni las tomar, mandando castigar e penar alos quelo contrario fizieren delo qual se seguira que enlos logares son dyspuestos para criar las dichas palomas, ayan voluntad de hazer e tener palomares.
Aesto vos rrespondo que dezides bien e me plazes delo prouer e mando que persona ni personas algunas de qual quier estado e condición que sean, no ayan osadia de tomar palomar ni palomas algunas ni les tiren con vallesta ny arco ni piedra ni en otra manera, ni sean osados delas armar con rredes ni lazos no con otra armaca alguna en derredor de donde quiere palomares o palomas, e hordeno e mando quel quelo contrario fiziere que el mismo fecho pierda la ballesta o rredes e armancas e sa de la persona o personas que gelo tomaren, e que por cada paloma pague sesenta mrs. La mitad para el duenno de las dichas palomas e la otra mitad para el juez quelo executare, e mando a quales quier mis justicias corregidores e alcaldes e merions que executen e fagan e manden executar enlas tales personas que hazen las dichas armancas e maten las dichas palomas lo hazen encubierta e secretamente, por manera que los que asi rresciben el dicho danno no lo pueden aueriguar e prouar, para rremedio delo qual a las dichas justicias qualquier dellas, que sy el duenno de tal palomar o palomares hizieren juramento en forma deuida de dercho que halló ala tal persona haziendo el dicho danno, que tal juramento se rreciba por entera prouanca para que enlos tales se execute la dicha pena o penas.

apreciadas por su alto valor proteico; cuando crecían, su función se modificaba convirtiéndose en las transportadoras de mensajes, lo que facilitaba la comunicación rápida y segura a larga distancia. Habitualmente se ubicaban en las zonas altas de los edificios, presentando diferentes formas geométricas (cuadrado, circular, rectangular, octogonal,…) fabricado con semejantes materiales y técnicas que los empleados para la arquitectura doméstica (tapial o adobe).

- En la galería más próxima al templo se ubicaban dos elementos destacados. El primero era la **puerta de acceso al coro**, sencilla y de una hoja. Daba paso, como en el Hospital de los Dolores de Icod, a una pequeña escalera por la que se entraba al lugar destinado a este fin dentro del recinto sacro. En segundo lugar, la puerta que daba paso a la **tribuna,** habitualmente de dos hojas, que permitía a los enfermos o a las religiosas asistir a los actos litúrgicos.[497]

El hospital extra-urbe, «liberador» del azote de las epidemias a las ciudades.

La lacería contó, en todo momento, con patrocinio regio, asistiendo a los leprosos, gafos y otras enfermedades contagiosas y perpetuas[498] en «establecimientos extramuros». La casa del *Hospital de San Lázaro* en Las Palmas de Gran Canaria atendía a los dolientes de todo el Archipiélago desde 1556, disposición estipulada mediante Real Cédula de 25 de noviembre, pese a que en numerosas ocasiones hubieron conatos de dotar a Tenerife con un tipo de dispositivo de semejantes características[499]. En la recién creada fundación sus primeros pasos vinieron marcados por desorganización secundaria al volumen de enfermos asistidos en este centro. El prístino edificio, una casa-hospital, se edificó de manera modesto sufragándose con unas rentas que no eran ni siquiera suficientes para asumir los gastos que se generaban en la institución. En él, se internaba

[497] TORRES, E. DE. El Convento de Monjas Bernardas. *El Día* (Santa Cruz de Tenerife), 25 de septiembre de 1955.
[498] SOSA, J. DE. (1994). *Opus cit,* p.73.
[499] HENRIQUES DE NORONHA, H. (1996). *Opus cit,* p. 316-317.
En Funchal (Madeira), se disponía de un dispositivo con semejantes fines, desde 1515, por orden regia de Manuel I.

a malatos e infecciosos sin cura, obligándolos a estar sometidos a la clausura hasta su muerte. Con el ataque del el pirata holandés Van der Does en 1599 que asoló la capital grancanaria, este primer edificio desapareció pasto de las llamas que destruyeron casi toda la urbe. La reconstrucción del inmueble fue prácticamente imposible, teniendo la fundación que deshacerse de terrenos a censo perpetuo para sobrevivir. Con el dinero obtenido se edificó, durante el siglo XVII, un nuevo edificio cuyas características no se diferenciaban considerablemente de las de la casa-hospital, a excepción de su planta y distribución.

75. Pedro Agustín del Castillo y León: plano de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria (1686).

El edificio presentaba una planta en «U» que se cerraba mediante un muro almenado orientándose hacia el este, al igual que la iglesia que constituía uno de los brazos de ésta[500]. Articulado a partir de un luminoso y aireado patio, el nuevo Hospital de San Lázaro, se distribuía en celdas individuales, cinco altas y ocho terreras, a modo de pequeños habitáculos en los que el enfermo realizaba su vida diaria, disponiendo de

[500] CASTILLO, P. A. DEL. *Descripció de las Yslas de Canaria compuesta por D. Pedro Agustín del Castillo y León... dirigida al muy Ilustra Señor D. Francisco Bernardo Varona….Año de 1686.* Facsímil. Madrid: Ediciones del Cabildo Insular de Gran Canaria (Servicio Insular de Cultura), 1994.

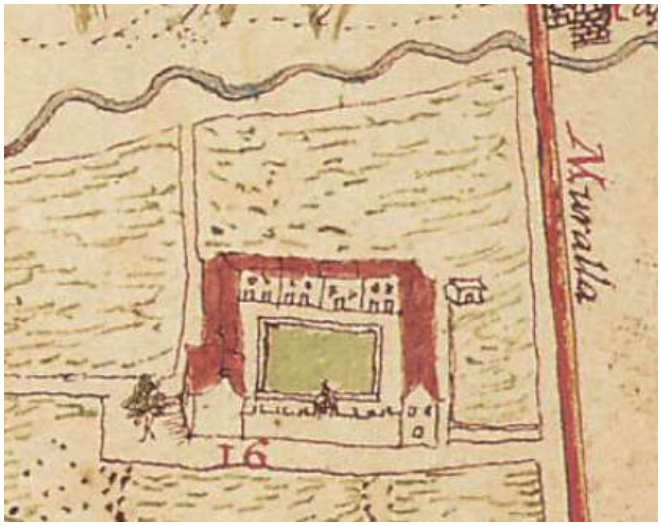
una zona para alojar tanto al capellán como al mayoral[501]. Aunque a partir de 1614 se comenzaron a recibir a los primeros enfermos leprosos y elefanciacos con carácter oficial, las obras en la fábrica del Hospital no concluyeron hasta pasados unos años. En 1635, gracias a la limosna aportada por varios vecinos se concluyó la fábrica de la iglesia, continuando los trabajos hasta 1657, cuando se finalizó con la reconstrucción del resto del inmueble.

Descripción de los elementos presentes en el Lazareto (siglo XVII).

- La **iglesia**, de una sola nave rectangular, su capilla mayor estaba orientada hacia el este como ya se ha apuntado, de dimensiones superiores en altura al resto del edificio, presentando paramentos blancos e irregulares, producto de los muros de tapial y del calicostrado. No parece que la nave se encontraba dividida en dos partes, sino que al igual que en la iglesia del Hospital de Los Dolores de Icod de los Vinos, en la nave se unían los dos espacios. Posiblemente, a los pies, se dispusiera un coro a modo de grada, así como próxima a la capilla mayor, elevada con respecto al resto de la nave, se ubicaría la sacristía, anexa al templo. El cerramiento superior de la nave era mediante armadura de tea de tipo mudéjar, que se continúa por todo el cuerpo de la nave, a par y nudillo, y tirantes a razón de la dimensión de la nave, sustentados sobre canes, que se decoran con estrellas, aspas y lacería de tipo mudéjar[502]. El acceso al edificio estaba opuesto al presbiterio, apareciendo un pequeño atrio o compás muy característico de este tipo de edificio en Canarias, recurso tomado de la arquitectura conventual. Presentaba vanos para la iluminación del edificio de los que no existe constancia de su número y características. Anexo a éste, estaría la entrada al recinto hospitalario, que daría paso a un zaguán a modo de tránsito hasta el gran patio, y en el que debería estar la estancia destinado al hospitalero.

[501] BOSCH MILLARES, J. *El Hospital de San Martín: estudio histórico desde su fundación hasta nuestros días*. Las Palmas de Gran Canaria: [s.n.], 1940 (Tipografía Minerva), p. 42.
[502] MARTÍN RODRÍGUEZ, F. G. *Opus cit,* 1978, p. 158-160.

- El establecimiento estaba divido en **celdas,** cinco altas y ocho terreras, de fachadas sencillas en las que se repartían los vanos que se orientaban hacia el gran patio central. Cada enfermo poseía su propio habitáculo[503], aunque también podía estar ocupado por un matrimonio aquejados de este mal[504]. En ellos disponían todos aquellos elementos domésticos que favorecían el autocuidado y el parco contacto con el resto de los habitantes del asilo: recámara o alcoba y otros servicios indispensables como fogón, horno y chimenea para la preparación de los alimentos. Disposición parecida poseían las celdas monjiles construidas a modo de pequeñas casitas independientes existentes en los monasterios de clausura, que también contaban eventualmente con oratorio para el rezo, así como jardín y huerto propio.[505]



76. Pedro Agustín del Castillo y León: detalle del Hospital de San Lázaro en el plano de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria (1686).

[503] PEREZ MORERA, J.; RODRÍGUEZ MORALES, C. (2008). *Opus cit*, p. 148-149.
Presenta concomitancia con el «beaterio» que se construye para el Convento de Santa Clara en La Laguna.
[504] SOSA, J. DE. (1994). *Opus cit,* p.73-74.
Tanto la demanda de asistencia como las nupcias contraídas en el hospital eran las causas por las que las celdas podían ser ocupadas por hasta dos enfermos.
[505] El Lazareto de Milán, fundado desde el siglo XVI, llegó a tener celdas equipadas con fregadero, una chimenea y un sistema de drenaje, muy avanzado para su tiempo.

- La **habitación del mampostor** y **la del capellán**[506] eran de sencilla fábrica e integradas en el resto del edificio de la fundación. Alejadas de la zona de reclusión, poseían varios habitáculos donde realizaban su vida: rezo, administración de sus cargos y descanso.
- El **patio** constituía el elemento fundamental por el que se articulaba el edificio. De dimensiones considerables, en el que se disponía un pozo para suministrar agua, al que estaba próximo un artesón de madera de tea y los lavaderos, lugar donde se lavaba la ropa que posteriormente se disponía sobre el suelo para su secado. Existía una zona acotada que se llamaba *jardín de la botica*[507], que se destinaba al cultivo de plantas medicinales que se transformaban en remedios en la **botica**.
- Dependencias anexas:
    - El **dormitorio-enfermería.** En este caso**,** estaba destinado a aquellos enfermos que, por empeoramiento de su enfermedad, precisaban de mayores cuidados y atención. También estaban divididos por sexos. En ocasiones, estos se prestaban directamente en la celda asignada. En ellos se disponían los catres orientados hacia un pequeño altar en el que se realizaba la eucaristía y que servía de referente para la intersección de los santos ante Dios en los males que aquejaban a los dolientes.

      Al igual que en la casa hospital, estas dependencias necesitaban una serie de recursos tales como **cuarto mortuorio,** granero, bodega, palomar, **servicios**, **cocina** y **despensa**, que cubrían los cuidados básicos de los más enfermos. Existía un cementerio en las inmediaciones del hospital, para evitar los enterramientos de los malatos en las iglesias, considerado malsano.

[506] SOSA, J. DE. (1994). *Opus cit,* p. 74.
Tanto el mampostor como el capellán se alojaban en el interior del establecimiento. El primero, designado regia o eclesiásticamente, encargándose del gobierno y de la recaudación de las rentas. El segundo, de la administración de los sacramentos. Existe otra tercera figura de interés, el maioral o mayoral, enfermos con patología menos graves, que se les asignaba el cometido de recaudar limosna en la ciudad.
[507] DE SÁ BRAVO, H. (2007). *Opus cit*, p. 77-79.

Hacia 1842 el edificio del asilo amenazaba ruina, lo que llevó a que en 1844, se trasladase de los enfermos al Exconvento de Santo Domingo en el lado opuesto de la ciudad intramuros. En 1861, encargó los planos para su reparación y ampliación que no llegaron nunca a acometerse. Entre 1928 y 1932 se construyó el nuevo edificio de la «Leprosería Regional» en la barriada de Tafira (Hoya de Parrado), albergando un total de 100 enfermos.

El hospital marítimo-portuario, «muralla» contra las epidemias foráneas.

Otra modalidad de establecimiento hospitalario fue el que se creó para las ciudades costeras provistas de puerto marítimo, llamados *lazaretos de observación*, que procuraban evitar la propagación de epidemias mediante el aislamiento de todos aquellos productos e individuos que venían de otras tierras como resultado de una considerable actividad comercial como la que se desarrollaba en las Islas. Dos fueron los que mayor relevancia: el *del Puerto de la Luz* y el construido en *Cabo Llano*.

77. Anónimo: detalle del torreón del Lazareto de Santa Cruz de Tenerife (ca. 1880).

El primero no se construyó hasta la segunda mitad del siglo XIX, mientras que el segundo ya estaba funcionando desde el último tercio del siglo XVIII, asumiendo las actividades de aislamiento-observación de ambos puertos hasta que se creó el de Gran Canaria. Para su diseño se tomaron como modelos los utilizados para las ciudades de Marsella y Mahón, reformando, como en el caso del de Cabo Llano, edificios previos que procuraban establecer una solución arquitectónica que se adaptara a las condiciones y necesidades que presentaba el puerto de Tenerife.

Ubicado en un plano espacioso de cara al mar, el aire circulaba libremente, librando a los antiguos almacenes de «miasmas ponzoñosos». El esquema constructivo se articulaba a partir de una estructura distribuida en dos secciones:

- **Planta baja**, una de un solo nivel con vanos de pequeñas dimensiones repartidos por la fachada que en la mayoría de las ocasiones presentaban enrejados de hierro o barrotes de madera.

- **Plantas superiores.** Como elemento más característico, en el centro del edificio se elevaba un torreón-mirador. Orientado a la marina, su función era la de atalaya o torre de vigía para avistar las entradas y salidas de los navíos que llegaban al puerto propio del lazareto. Su fachada presentaba vanos de distribución regular, unos 17 aproximadamente, en los que encontramos ventanas rectangulares de dos hojas que se abrían hacia el interior. El acceso a esta estancia se lograba atravesando alguna de las dos puertas. El torreón, de un cuerpo más con respecto al resto del edificio, contaba con puerta propia y dos ventanas de mayor tamaño, ubicadas en cada uno de los pisos. Esta parte del establecimiento albergaba:
    - El **«departamento de sospechosos»**. La habitación estaba dividida en dos zonas, una para alojar a las personas y la otra para almacenar las mercancías. En el interior de este espacio se encontraban las enfermerías para las enfermedades comunes, y muy próximo al edificio, un huerto para la horticultura y las plantas medicinales.
    - El **«departamento sucio o tocado»**, acogía a los viajeros llegados de puertos en los cuales, en el momento de la salida de la nave que los había transportado, existía una epidemia de peste declarada o que viajaban en buques en los que durante el trayecto alguno de los pasajeros había caído enfermo de peste o de una enfermedad sospechosa de ser epidémica.
    - El **«departamento para apestado»**, destinado exclusivamente a recibir personas afectadas por enfermedades.
    - El **«departamento limpio»**, donde se acogían a los empleados del lazareto, procurando evitar el contacto con los confinados, así como con los viajeros y tripulantes, que llegaban de países no sospechosos sanitariamente. Las normativas estipulaban para estos últimos, que tan solo tenía que pasar la llamada *cuarentena*

de observación[508]*.* Poseía una salida independiente al exterior, lo que permitía que los empleados pudieran acceder al recinto, así como salir de este evitando todo contacto con los asilados.

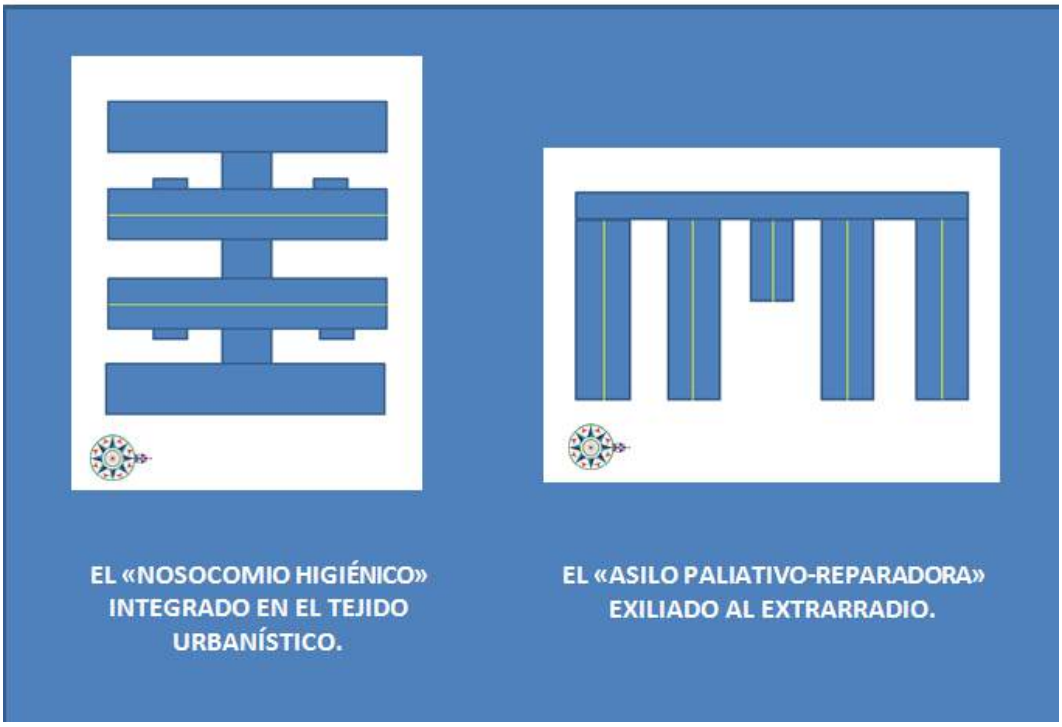
Descripción de los elementos presentes en el *Lazareto de Observación* de Cabo Llano.

- Como plasmación de una mayor desacralización, la iglesia, a diferencia de los anteriores ejemplos, no constituía el eje central del edificio. Su lugar es reemplazado por una **pequeña capilla**. No obstante, se mantuvo en cada departamento un referente religioso, materializado en un pequeño altar.
- El **patio** constituía el elemento fundamental, como en los anteriores edificios analizados, para el que se articulado el edificio. De dimensiones más respetables que el del *Hospital de San Lázaro* en Las Palmas, en el que se disponía el pozo al que se anexaban los lavaderos. Existía una zona destinada al cultivo de plantas medicinales para la fabricación de remedios y medicamentos en la **botica**.
- El **cuarto mortuorio** y un **cementerio** anexo en el que se le daban sepultura a los fallecidos foráneos y a los que morían como víctimas de las epidemias que asolaron la ciudad.[509]
- A estas dependencias se le agregaban otras tantas tales como **servicios**, **cocina** y **despensa**, que cubrían los cuidados básicos de los más enfermos y de las personas en cuarentena. Entre el **mobiliario** encontramos: arcas, para documentos o para ropa, objetos relacionados con el culto, andas para el transporte de los difuntos y herramientas para enterramientos.

[508] Conllevaba la estancia de tres a cuatro días aislado, situación que en la práctica se cumplía en contadas ocasiones.
[509] Debe destacarse que durante este tipo de situaciones de urgencia, este establecimiento adquiría la calidad de hospital.

4.2.0.2. LA FUSIÓN DE ARQUITECTURA E HIGIENISMO EN EL «EDIFICIO GENERADOR DE SALUD»: IDEAS Y PROPUESTAS ARQUITECTÓNICAS.

Aunque en fecha tan temprana como 1730 surge en Londres el primer modelo de tipología en pabellones, el *Hospital de San Bartolomé*, esta tipología no llegó a la Isla de Tenerife hasta la construcción del *Hospital Militar* en Santa Cruz de Tenerife de la mano del ingeniero Salvador Bethencourt en 1880, y el proyecto que Antonio Pintor realiza para el *Manicomio Provincial* en los últimos años del siglo XIX y que rehace el arquitecto Domingo Pisaca en 1929 siguiendo la traza de su predecesor. En ambas propuestas sus artífices centraron su atención en el aire. Los preceptos del Higienismo establecían que *el aire era el medio más propicio para la transmisión de enfermedades*. Esto explica que ambos edificios se ubicaran próximos a un accidente geográfico como el Barranco de Santos, que proporcionaba una circulación continua de «aire procedente del nordeste».



78. Francisco J. Castro: Reconstrucción de las plantas de los hospitales en pabellones en la isla de Tenerife (2012).

Con la construcción del edificio de la Capitanía General de Canarias promovida por el General Weyler, el antiguo Hospital Militar, de tipología claustral, cambió su emplazamiento a un lugar de la ciudad con unas características que se adaptaban en mayor medida a las ideas científicas del Higienismo. Para definir el proyecto de construcción se optó por un sistema centralizado de pabellones ligados por circulación cubierta[510], con planta en «espina de pescado» en el *hospital castrense*, mientras que para el *asilo de alienados* se optó por un sistema de pabellones en paralelo unidos en su testero por una galería en la que se integraba el bloque administrativo. Ambos se articulaban a partir de cuatro zonas claramente definidas:

- **ZONA ASISTENCIAL. PABELLÓN-ENFERMERÍA**.
  - **Pabellón-enfermería**.

    Cada uno de los pabellones militares estaba dividido en dos salas, que compartían vestíbulo, con una capacidad de 10-12 camas por enfermería, diferenciadas por especialidades. Estaba dotada cada una de dos letrinas, cuarto de limpieza, habitación para el cabo de sala, habitación para un enfermo aislado, sala de convalecientes bien iluminada y ventilada, comedor y acceso independiente. Anexos a los pabellones, se instalaron el terrado, el cuarto de desahogo y una enfermería con comedor destinada a los oficiales. Tanto «presos como locos» se dispusieron en una crujía doble, de menor altura y autónoma (prolongación pabellones C-D)[511]. El suelo de los pabellones se elevó a una altura de 0,85 metros sobre el patio, con tres escalones en los accesos, acera con pendiente próxima a las galerías y el resalto del sardinel sobre el patio, lo que evitaba que la humedad pudiera penetrar en la zona asistencial de los pabellones.

    Los cuatro pabellones que se dispusieron para el Manicomio Provincial presentaban igual capacidad que el Hospital Militar, aunque el número se

[510] Este modelo fue impulsado por la corriente higienista inglesa cuyo ejemplo más destacado fue el *Hospital Blackburn* (Manchester, 1870), y que posteriormente fue trasladado a los Estados Unidos de Norteamérica, materializándose en el *Hospital John Hopkins* (Baltimore, 1880).

[511] Las salas para oficiales presos y dementes, se colocó en el patio central del edificio (dos celdas), a la vez que se amplió la sala de locos de tropa, en el patio comprendido entre aquel y una de las salas de enfermos.

doblaba en los dos externos, que poseían una planta adicional. Separados por patología, sexo y edad, cada uno también contaba con letrinas, cuarto de limpieza, cuarto para el vigilante o enfermero, sala para reuniones que en ocasiones hacía de despacho médico y comedor de enfermos.[512]

- **Pabellón destinado a los servicios centralizados.**
    - **Área quirúrgica**. Pese a que se modificó su ubicación reiteradas veces, siempre se tuvo presente la importancia de aglutinar estos servicios, **quirófano-anestesia-esterilización** en un mismo emplazamiento del edificio. El quirófano, que había existido dentro de las tipologías arquitectónica previas, surgió con el advenimiento de la asepsia y antisepsia, ambas relacionadas con los descubrimientos de Louis Pasteur en 1865, al aplicar Joseph Lister estos principios a la cirugía. Esto obligó a diseñar salas sencillas, que en un primer momento se iluminaban con luz natural, que podía acceder desde el techo o los laterales, incorporándose posteriormente la iluminación artificial que primeramente era de gas y que dio paso luego a la electricidad. También se tuvo en cuenta la ventilación, empleándose diferentes posibilidades que se centraban en la renovación del aire y la eliminación de los miasmas. El mobiliario era sencillo y funcional, convirtiéndose la mesa de operaciones en el eje fundamental de la sala. Poco a poco se incorporó una serie de protocolos que acotaban el comportamiento a desarrollar en este recinto. Este tipo de modificaciones no fue una particularidad exclusiva del Hospital Militar, sino que vemos como se encuentran también en su homónimo civil, el Hospital de Desamparados, logrando una comunicación cerrada entre los locales aislados de las salas de enfermería, inmediatas a la sala de operaciones y al resto de los servicios, con lo que se conseguía impedir que los «microbios pudieran moverse libremente dentro del

[512] Además existía un chalet individual en la zona sur del solar en el que se alojaban los enfermos de pago, también llamados «distinguidos», y al que se le había dotado de todos aquellos elementos para una independencia casi plena.

hospital» como precedente del concepto posterior de bloque quirúrgico.[513]

- **Área de diagnóstico**. Desde 1895 el físico alemán Wilhelm Röntgen logró un tipo de radiación desconocida hasta el momento, posteriormente empleada como técnica para el diagnóstico por imagen, que permitía observar el cuerpo humano en vivo. En el Hospital Militar existía desde 1915 sala de rayos X donde se valoraba a los pacientes con posibles traumatismos. Estaba conformada por la *sala de exposición*, recubierta por planchas de plomo en cuyo interior se colocaba el aparato de rayos X; a ella se accedía desde el *cuarto de control*, lugar destinado a la consola para el manejo de la máquina. Algunas tenían una pequeña ventana que permitía el control visual de lo que ocurriera en la sala.

  Progresivamente se incorporaban nuevas técnicas terapéuticas así como aparatos que permitían su aplicación y que necesitaban un espacio que lo albergara. Ejemplos fueron la cámara de oftalmoscopia y el aparataje preciso para técnicas de electroterapia adquiridos para el Manicomio.

  A principios del siglo XX, la medicina recurría en raras ocasiones a los procedimientos de laboratorio para diagnosticar enfermedades. Dos de las más frecuentes eran la diabetes y la hepatitis. Esta herramienta se fue convirtiendo en imprescindible, incorporándose a los servicios diagnósticos. Paralelamente, tanto en el Hospital Civil, en el que se había fundado recientemente el Instituto de Higiene, como en el Hospital Militar se creó un laboratorio como departamento anexo. Estaba dotado de sencillo mobiliario (mesas, sillas y estantes), así como del aparataje necesario, en el que la pieza fundamental era el microscopio (sistemas de desinfección, alentadores, gradillas con sus tubos de ensayo, entre otros). La

[513] Dentro del edificio castrense, ocupó parte de la doble crujía del pabellón C y la crujía del testero. Junto a él se creó en 1901 el Servicio de Desinfección al que se dotó de una estufa con la que se procuraba desinfectar el material quirúrgico empleado en los quirófanos y curas, y el Servicio de Anestesia, que comienza a funcionar a partir de 1915.

estancia era amplia, con buena ventilación e iluminación natural que entraba por ventanales amplios, además de iluminación artificial producida por electricidad.

- **Capilla**. Inicialmente para la capilla del establecimiento militar se optó por una planta de mayor superficie que tuviera la capacidad de asumir un aumento del aforo, obligando a dar uso a parte de la galería del frente con lo que provocaba una cierta dificultad en la circulación interna. Posteriormente el proyecto fue remodelado quitándole el protagonismo inicial al diseñar un pequeño oratorio de planta rectangular. A diferencia de ésta, la capilla del asilo de dementes se proyectó en una posición central, colocándose en el patio principal, lo que permitía su visualización desde casi todos los lugares del establecimiento. Esta reminiscencia de los hospitales creados en el siglo XVI por los Reyes Católicos para las ciudades españolas de primer orden, se fundamentaba en la carencia de terapias o medios que curasen la locura, aplicando una medicina paliativa que buscaba la intercesión divina para aliviar sus efectos. Se dispuso una nave rectangular, anexa a la galería de tránsito ubicada en el testero, sin diferenciación del presbiterio, que se eleva mediante dos escalones. La fachada principal presenta una puerta con arco de medio punto de considerable tamaño con relación a las dos ventanas laterales de semejantes características. En la parte superior un frontón con reloj en su centro[514] y coronado por espadaña con cruz de única arcada que porta una campana. En los paramentos laterales encontramos cuatro ventanas iguales a las de la fachada.
- **Cocina-despensa**. En ambos hospitales se ubicó en la crujía del fondo. Estaba dotada en un primer momento de fogones y horno de bóveda que funcionaba con carbón o leña, y dio paso luego a la

[514] Pese a que aparece en el diseño realizado por el arquitecto Domingo Pisaca en 1929, no existe constancia de que este elemento hubiera existido en la propuesta inicial.

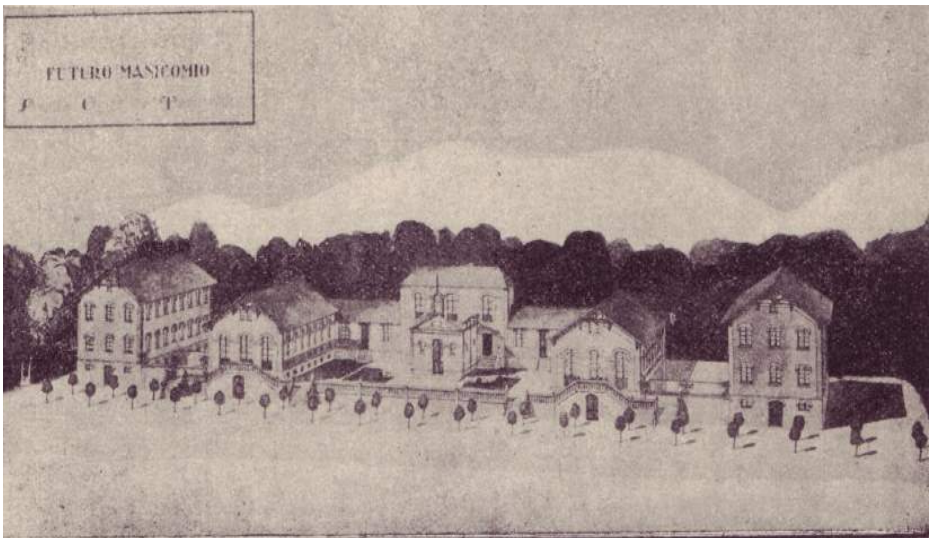
cocina de hierro[515]. En ella podíamos encontrar cacerolas de cobre, hierro forjado o aluminio, junto a vasijas de cerámica. Anexa a la cocina, una despensa, habitáculo pequeño para el almacenado de los alimentos con los se elaboraran las dietas de los enfermos.

- **Farmacia**. En ambos hospitales, la botica se relegó a la crujía del testero, de dimensiones pequeñas, modificando en ambos su ubicación original como consecuencia de la necesidad de aumentar su superficie para atender a la demanda. El progresivo desarrollo de la medicina experimental y la identificación de los agentes patógenos causantes de las patologías, provocó que determinadas enfermedades se erradicaran mediante vacunas y quimioterapia sintética, a lo que se unió el descubrimiento de fármacos que tranquilizaban a los alienados. Se incorporaron a la medicina elementos tales como los inyectables, la aguja hipodérmica y la jeringa, además de las ampollas de vidrio, las bolsas de oxígeno y la sueroterapia (goteros). Se pasó de la elaboración de los remedios en la botica de la casa-hospital, a la fabricación de extractos fluidos, comprimidos y cápsulas.
- **Habitaciones para personal**. La necesidad de alojar al personal sanitario en el centro para la realización de las actividades sanitarias era una costumbre propia de este momento. Inicialmente, las dependencias se ubicaron en la crujía del testero, colocando las de los sirvientes en la de la fachada. Sobre estas últimas, en la segunda planta se instalaron las de los oficiales. la dotación que presentaba era básica (cama y lugar destinado para aseo que era compartido) y su diseño sencillo.

- **Dependencias anexas**.

[515] Durante el siglo XIX, la dieta se centraba en el cereal, consumido básicamente como pan (suponía el 30% de los alimentos) acompañado de legumbres, tocino, verduras, alguna cantidad de carne, no a diario, y algún
huevo. El consumo de pescado se limitaba a pequeñas cantidades en salazón o fresco (sardina, chicharros,…), vino. Habitualmente la cocina se reducía a un rancho, en el que la carne era remplazada por tocino y algo de embutido, platos en los que el pan era el protagonista (sopas) o raciones de papas guisadas.

Los **lavaderos.** Constituían el lugar donde se procedía al «aseo de la ropa» posteriormente almacenada en una habitación que recibía el nombre de ropería. A partir de este momento se le da una ubicación fija en el asilo como elemento fundamental[516], además de incorporar maquinaria que mecanizó este proceso, desapareciendo paulatinamente la figura de la lavandera.



79. Anónimo: Perspectiva de conjunto del proyecto de ampliación del «Asilo de Dementes» (1929).

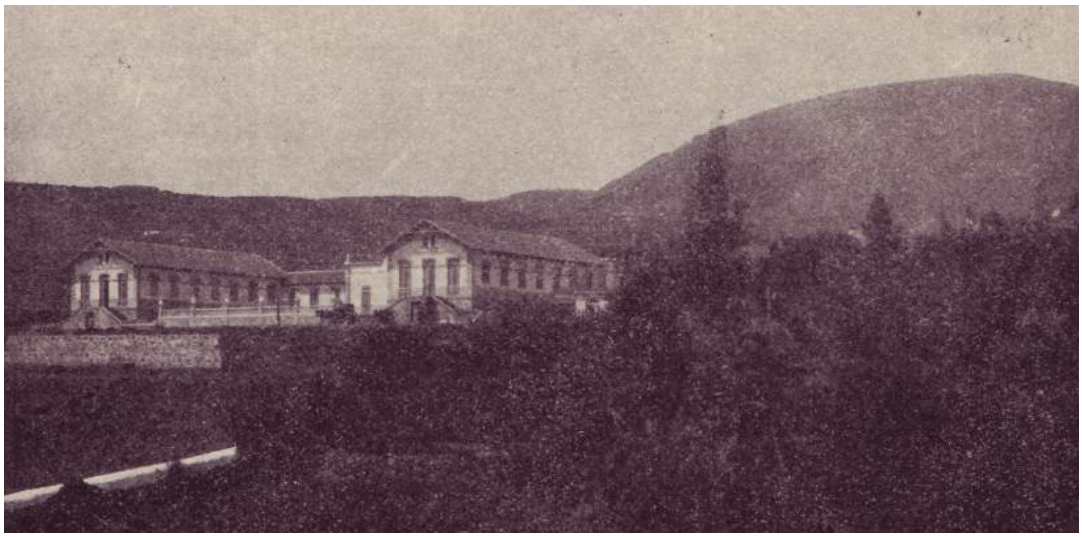
La **portería.** Constituía el lugar destinado a alojar al portero (antiguo hospitalero) encargado de la vigilancia de acceso al hospital y de aquellas actividades que se pudieran precisar. A modo de garita, presenta habitualmente una puerta de entrada y una ventana desde la que se controlaba. Anexa, la **cochera,** construida desde 1901 en un solar contiguo al Barranco para guardar el carro-ambulancia y mulas, en 1922 éste fue sustituido por un coche.

El **jardín**. En el Hospital Militar era de menor tamaño que el dispuesto para el Manicomio Provincial, elemento que se cuidó desde la adquisición del solar. Mientras que en el primero se pretendían embellecer la zona de

[516] A diferencia de los ejemplos precedentes, como la casa-hospital, esta actividad se practicaba en diferentes puntos del edificio (en el claustro o en el atrio que precedía al acceso principal).

acceso en fachada (no se dispuso jardín en ninguno de los diferentes patios), en el segundo se buscaba que la naturaleza favoreciera la sanación por medio de aire sano y luz solar. Incluso se llegó a disponer de una zona de huertas en las que el enfermo, a modo de terapia, cultivaba hortalizas que posteriormente eran consumidas en el establecimiento.

Cerramiento externo del recinto. Rodeando el recinto hospitalario se dispuso un cerramiento que en el caso del Hospital Militar era de reja en el costado norte y fachada, facilitando la circulación del aire. Para el Manicomio se optó por muro de fábrica elevado que impedía la fuga de los enfermos, además de facilitar la privacidad.



80. Anónimo: Vista parcial de la finca en el que se halla enclavado el «Asilo de Dementes» y dos de sus pabellones (1929).

- **ZONA ADMINISTRATIVA.** Desde un primer momento, tanto las oficinas como el almacén principal, se ubicaron en la crujía de la fachada principal del Hospital Militar. En ella se desarrollaban todas aquellas actividades que se precisaban para el funcionamiento del hospital, así como la custodia de documentos: control de cuentas, compra de material y alimentos, control de ingresos y altas, entre otras. Progresivamente se fueron incrementando estas actividades, lo que obligó a que en 1922 se dispusiera en otro lugar un espacio más amplio que se denominó *pabellón para el administrador*, lugar con adecuada iluminación y

ventilación en el que colocaron los despachos para jefes médicos y para el oficial jefe de Farmacia.

- **ZONA DE TRÁNSITO**. La interconexión de los pabellones se llevó a cabo articulando **galerías**, sustentadas por columnas de hierro, de 2 metros de ancho y 4 metros de altura, con lo que se conseguía dotar de unidad al conjunto al relacionar los pabellones con respecto al resto del edificio. Estaban ubicadas las galerías en los laterales de los pabellones de la fachada y del fondo, además de los laterales del patio central, facilitando las circulaciones internas por las «calles asistenciales». Para la galería ubicada en el segundo piso de la crujía principal se disponía un cerramiento acristalado en todo su desarrollo. La **escalera principal** comunicaba la entrada principal, con el resto de las dependencias en altura, constituyendo la denominada «calle principal», a lo que se unía una **escalera para el servicio** que unía la galería del piso bajo en la crujía de fachada y una escalera de caracol que daba acceso a la azotea.[517]
- **ZONA SÉPTICA**. Las dependencias sépticas se concentraron en un punto del establecimiento: **caballerizas-cuadras-cochineras** (albergaban no solo a los caballos o mulas que tiraban del carro-ambulancia existente en el hospital, sino que en alguna ocasión se tuvieron animales, como vacas, que producían leche para los enfermos o las cochineras que solo encontramos en el Manicomio), **letrinas** (herederas de las necesarias, a diferencia de éstas, estaban conectadas a la red de alcantarillado, o a un pozo séptico, que facilitaba la eliminación de la heces), **vertedero** (hasta finales del siglo XIX, los desechos no habían sido tratados, depositándose en solares o barrancos próximos a los hospitales, problema al que se procuró dar solución disponiendo de una zona para su almacenado para posteriormente ser traslados a otro lugar alejado), **incineradora** (se generalizó a comienzos del siglo XX la instalación de hornos que destruyeran mediante calor los restos producto de la cirugía o de los

[517] Era de pendiente cómoda, se construyó en sillería con cuatro ramales, peldaños de piedra basáltica y hierro forjado en barandilla-pasamanos.

tratamientos), **depósito de cadáveres-sala de autopsias** (habitáculos espaciosos, iluminados y ventilados, con condiciones que faciliten su limpieza.[518]

MATERIALES. Para la construcción de ambas obras se emplearon materiales corrientes, reutilizando gran parte de los existentes en el establecimiento primitivo, en el edificio castrense. Se emplearon muros de mampostería ordinaria, enlucidos y blanqueados con cal (tipo calicostrado), con tabiques de ladrillo para las divisiones interiores y pisos de losa (aunque para cada pabellón-enfermería militar se empleó una solución impermeable), piedra basáltica para el pretil de las aceras y los escalones de la escalera, así como para los adoquines o losetas en los patios interiores y de lavaderos. En su cerramiento de cubiertas, como ya se ha puntualizado, se usó envigados de tea con soleras y correas, en los pabellones-enfermerías, y azotea de hormigón y cielos rasos de caña y yeso, para las crujías de la fachada principal y del testero de establecimiento militar. Para la carpintería (puertas y ventanas) se empleó madera de pino blanco con bastidor de pino de riga y rejas de hierro en ventanas cerramiento exterior.

4.2.0.3. LA ADAPTACIÓN DEL DISPOSITIVO ASISTENCIAL A UNA ETIOLOGÍA Y A LOS DESCUBRIMIENTOS DE LA CIENCIA.

La teoría microbiana formulada en la segunda mitad del siglo XIX por Pasteur y Lister desmanteló la *teoría miásmica* mediante la demostración de que la enfermedad era el resultado de la acción de gérmenes patógenos específicos que causaban daño en los organismos. Esta ruptura con los esquemas anteriores, favoreció el surgimiento de una investigación metódica y focalizada que procuraba dar con la causa productora de la enfermedad. Entre los siglos XIX y XX, tres fueron los paradigmas médicos que permitieron que esta disciplina adquiriera una visión sin precedentes, fundamentados en la estadística, y que le proporcionaron una base científica: la *concepción etiológica*, que apuntaba a causas externas en el proceso de enfermar, la *concepción anatomoclínica*, que apuntaba a la «lesión como provocadora de la enfermedad» y, por

[518] Mientras en el Hospital Militar encontramos este departamento tempranamente, al Manicomio no se incorpora hasta 1930.

último, la *concepción fisiopatológica*, que buscaba el origen de las dolencias en los «procesos alterados».

81. Bruno Moretti: Vista del *Nueva York Hospital* (1935).

A principios del siglo XX, el concepto de salud-enfermedad y sus causas, se vio modificado haciendo retomar a la higiene social el programa que hasta entonces había pertenecido a higiene pública. El movimiento higienista, realizó aportaciones tanto a nivel arquitectónico como urbanístico. La ciencia médica unida al poder ejecutivo tomó a la vivienda insalubre como caballo de batalla que favorecía la diseminación del bacilo de Koch[519]. Tras el *Congreso Internacional de saneamiento y de salubridad de la vivienda*, que tuvo lugar en París (1904) se estableció la premisa de una arquitectura científica inspirada en el modelo hospitalario-sanatorial y la difusión de los beneficios de un mayor número de horas de sol en las viviendas. La arquitectura hospitalaria fue dejando atrás paulatinamente los sistemas en pabellones para dar paso a otras posibilidades diferentes que se lograron gracias a los avances técnicos. Las nuevas formas apostaron por la construcción en altura, siguiendo las enseñanzas de la Escuela de Chicago, apostaban por el uso de los nuevos materiales y técnicas, estableciendo como solución la arquitectura en vertical, en la que se aglutinan numerosos pisos elevados sobre una planta reducida. Se caracterizaban por el uso de la estructura metálica para lograr la conquista en altura, la estructura de hormigón armado como método para alcanzar la planta libre, la ventana como cerramiento externo de los paramentos y el ascensor para salvar la altura, lo que favoreció que surgiera un nuevo tipo de edificio, el monobloque.

[519] Este movimiento estaba influido por el *Musée social*, que tiene la misión de poner a disposición del público, sin lucro, la documentación y conocimientos legislativos para mejorar *la situación material y moral* de los trabajadores.

Este nuevo concepto de arquitectura y espacio modificó la circulación interior, permitiendo el movimiento vertical en el edificio. Además se solucionaban complicaciones tales como el clima o el movimiento entre los diferentes departamentos, reduciendo costos, tiempo y distancias en los traslados. Estos nuevos planteamientos evolucionaron hacia formas más compactas constituidas por una serie de bloques de varios pisos, que se podían relacionar por circulación horizontal.

Polibloque fue la denominación del nuevo sistema, del que uno de los ejemplos más característicos fue el *Centro Médico de Nueva York*, construido en 1932. Esta propuesta fue el laboratorio de tipologías más evolucionadas y diferentes en las que el bloque principal, destinado al internamiento, constituía el eje vital al que se unía el resto de los bloques, a los que se les asignaba una función específica. Con la *Ciudad Hospital de Lille* diseñada por Paul Nelson en 1933, y construida por Jean Walter, la flexibilidad se hizo patente en la distribución interior, mientras su fachada se convirtió en una malla de metal que permitía una distribución intercambiable de paneles opacos, translúcidos o transparentes, y además redujo considerablemente el grosor.[520]

Italia, Francia y Estados Unidos se decantaron por diseños más relacionados con la escala urbana caracterizados por una centralización de sus infraestructuras. Antonio Salvat y Navarro clasifica a los edificios hospitalarios de este momento, estableciendo que: «Hay hospitales de pabellones, hospitales en peine [tipo al que se refiere como hospital moderno alemán] y hospitales que siguen el Super Block System como los americanos»[521]. Los hospitales americanos tendieron a la «conquista de la altura», concentrando los servicios en un solo bloque como se puede observar en el diseño de Gamble Rogers para el *Medical Center de Nueva York* en 1925. Esta tipología fue trasladada a Europa de la mano de los arquitectos Walter, Plousey y Cassan que proyectaron para la ciudad de París el *Hospital Beaujon*, edificio con carácter unitario y menor altura, que procuraba imitar el sistema constructivo y organizativo americano[522]. Como solución se dispuso una planta más ordenada que separaba las zonas de hospitalización de la zona ambulatoria, comunicadas ambas por un cuerpo de escaleras

[520] IGLESIAS PICAZO, P. *La habitación del enfermo. Ciencia y arquitectura en los hospitales del Movimiento Moderno.* Barcelona: Fundación Caja de Arquitectos, 2011, p. 253-255.
[521] SALVAT Y NAVARRO, A. *Higiene urbana y social.* Barcelona: Manuel Marín, 1935, p. 235.
[522] IGLESIAS PICAZO, P. (2011). *Opus cit*, p. 169.

y ascensores. Las enfermerías se disponían de tal forma que en planta recordaban los dientes de un peine, rematándolas con grandes balcones semielípticos donde los enfermos recibían sus sesiones de helioterapia. Los ejemplos italianos, en cambio, presentaban dos vertientes: una tendencia que apostaba por los modelos americanos en monobloque, empleando el «sistema de doble peine» y multiplicando las conexiones en su planta baja, como el *Hospital Clínico de Módena*; y la corriente en la que se retomaba el sistema en pabellones basado en la teoría miásmica, haciendo referencia a la arquitectura clásica en el que se aplican criterios diferentes de higiene entre el interior (terso e impermeable) y el exterior (donde se expresa la categoría de la institución). El ejemplo más destacado fue el *Instituto Carlo Forlanini* de Roma.[523]

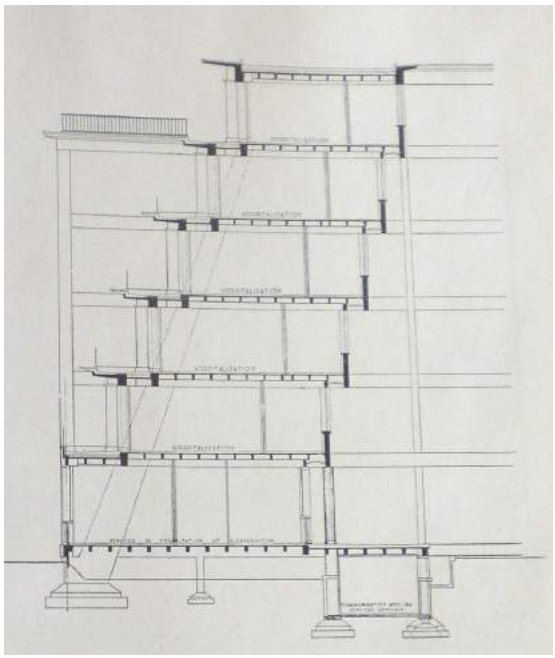
82. Bruno Moretti: Vista del *Hospital Beaujon* en la que se puede apreciar detalle de sus terrazas (1935).

El debate sobre la tipología arquitectónica más idónea se abrió. El pensamiento conservador británico no se dejó influir por las propuestas americanas. Se basaba en la teoría de convección aérea de la infección, apostando por una arquitectura horizontal que posibilitaba la continua remodelación y ampliación a causa de las necesidades que iban surgiendo. Alemania no optaba por una arquitectura con centralización de los servicios, sino por un edificio más próximo a las clínicas. Este modelo se había

[523] *Ibidem*, p. 173-174.

materializado en Europa en el sanatorio para tuberculosos, institución que se veía complementada con los dispensarios, en los que se llevaba a cabo una actividad preventiva frente a la curativa del primero. Las soluciones que se plantearon para este tipo de edificios fueron controvertidas, estableciéndose diferentes propuestas a nivel internacional que mantenían un cuerpo común en su desarrollo y que se presentaban mediante división de opiniones en dos posturas con respecto a la ubicación en función de la capacidad de enfermos: edificios aislados en el exterior de las urbes o edificios anexados a los hospitales, con un ánimo integrador, a modo de departamento. Richard Döcker puso en práctica en Alemania ejemplos que se caracterizaban por un tamaño reducido en tres pisos que se retranqueaban para lograr terrazas que perseguían la penetración de la luz solar en el interior del edificio. La helioterapia se había convertido en un tipo de tratamiento empleado para diferentes enfermedades, entre ellas la tuberculosis, siendo muy común su administración en los sanatorios. Para su aplicación, la arquitectura se había adaptado dotándolos de grandes terrazas orientadas habitualmente hacia los lugares de máxima exposición (este).

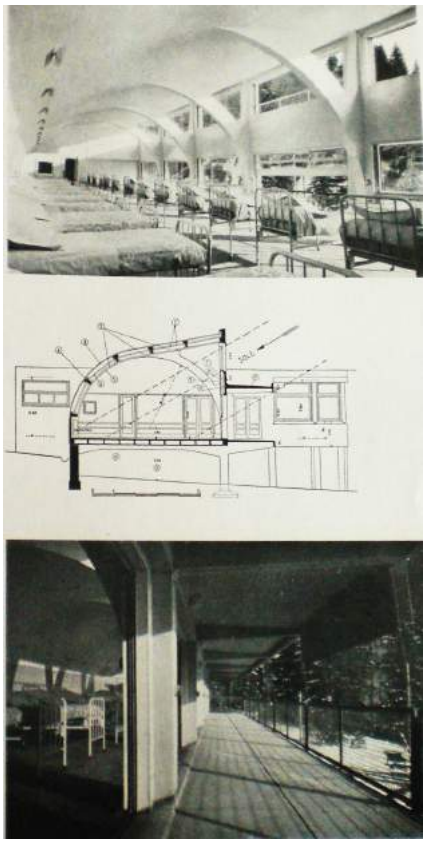
83. Bruno Moretti: Sección transversal del cuerpo principal del Hospital de Colmar (1935).



A partir de este momento, la superficie asistencial adquiere mayor protagonismo, teniendo incorporada la terraza en la mayoría de los casos para permitir el tratamiento a base de luz solar. Bruno Moretti plantea dos posibilidades para este tipo de edificios: el pabellón independiente y alejado de la urbe, con galería cubierta (capacidad superior a 1000 camas), o el hospital ubicado en la última planta del bloque de hospitalización, (capacidad entre 150 y 300 camas). Añade además, que el eje longitudinal del edificio debe ser en dirección este-oeste, colocando los locales de servicio al norte mientras que el área de hospitalización deberá estar al sur, con habitaciones de dos, cuatro y seis camas, a la que se agregará una destinada a aislados. Ejemplos de ello fueron el *Sanatorio de*

Paimio, en Finlandia, y el *Sanatorio de Zonnenstraal* en Holanda, cuyo marcado funcionalismo técnico fue su característica más destacada[524]. Este último, seguramente fue conocido por Döcker, ya que lo nombra en su obra escrita en 1929, *Terrassentyp, Krankenhaus, Erholungsheim, hotel, Bürohaus, Einfamilienhaus, Siedlunghaus, Miethaus und die Stadt*, donde, ayudado de la experiencia de Adolf Loos en las *viviendas del Hotel Grand Babilon* de Viena, procura definir la tipología en aterrazamiento e investigar sobre el alojamiento en la habitación hospitalaria.[525]

84. Bruno Moretti: Interiores y alzado del *Sanatorio de «Roc de Fiz»* en Passy (1935).

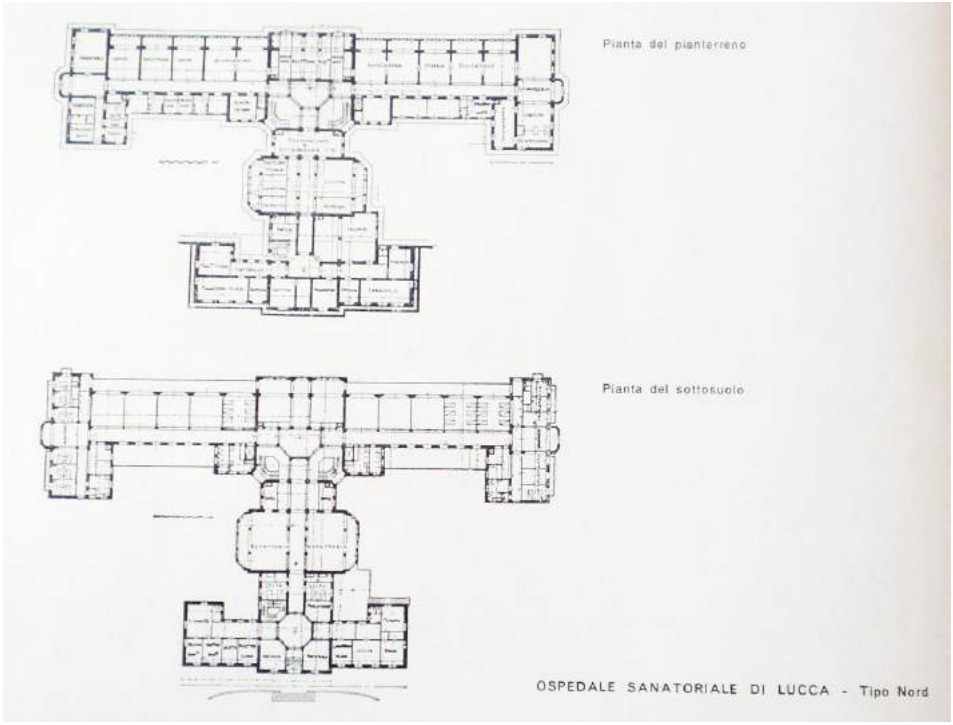


La difusión de las ideas de Döcker fue considerable en el continente europeo, influyendo en el proyecto de viviendas que Le Corbusier en 1933 diseñó en Argel, *Lotissement Durand Oued Ouchaïo*, o en el *Hospital Louis Pasteur* de Colmar, obra de Willian Vetter. Este último estaba formado por nueve edificios dispuestos en un solar de dimensiones considerables que se ordenaban diagonalmente, entre los que se repartían las unidades de hospitalización. Destacaba como la unidad de infecciosos, dermatología y tuberculosos se aislaban para evitar cualquier tipo de contagio. Su gran pabellón de hospitalización emplea un sistema de terrazas que se retranquea a medida que se eleva en altura.[526]

En Francia, se apostaba por la helioterapia y la ventilación, lo que se refleja en una nueva arquitectura centrada en la elegancia de la higiene, asociándose el

[524] El primero fue diseñado por Alvar Aalto, mientras que el segundo por los arquitectos Duiker y Bijvoet,
[525] IGLESIAS PICAZO, P. (2011). *Opus cit,* p. 179.
[526] MORETTI, B. *Ospedali*. Milano: Industria Grafiche Italiane Stucchi, 1935, p. 152.
Otros ejemplos de la influencia de la obra de Döcker fueron la *Clínica Pediátrica de la Cruz Roja* en Berlín, de Otto Bartning, y la *casa de convalecencia de Allgau* en Baviera de Louis Welzenbacher, este último caracterizado por la integración del edificio escalonado en el paisaje.

tratamiento médico con la arquitectura moderna. El tamaño de su programa arquitectónico ayudó a que se pudieran desarrollar ejemplos más cercanos a la escala urbana. Esta situación se hace patente en el *Sanatorio de Arnières* de Marcel Favier, Adolphe Thiers y Joseph Badin. Se desarrollaba a partir de tres pabellones autónomos que adoptaban una planta en «T» con la que se garantizaba la entrada de los «rayos solares desinfectantes» en el interior, mediante la separación de la terraza de cura del resto de la habitación[527]. Este inmenso complejo por su magnitud, se convirtió en un breve ensayo del nuevo tipo de ciudad, que nos hace recordar los modelos sobre urbanización planteados por Walter Gropius[528]. Otro ejemplo interesante fue el diseñado por André Lurçat para el *Sanatorio en Durtol (Puy-de-Dôme)* en pleno corazón del bosque, en el que las condiciones de la habitación del enfermo, orientada al sur, se convierten en el eje fundamental, articulándose a partir de villas independientes y separándolas por completo de la zona de servicios generales.



85. Bruno Moretti: Planta del *Hospital Sanatorio* de Lucca, «Tipo Nord» (1935).

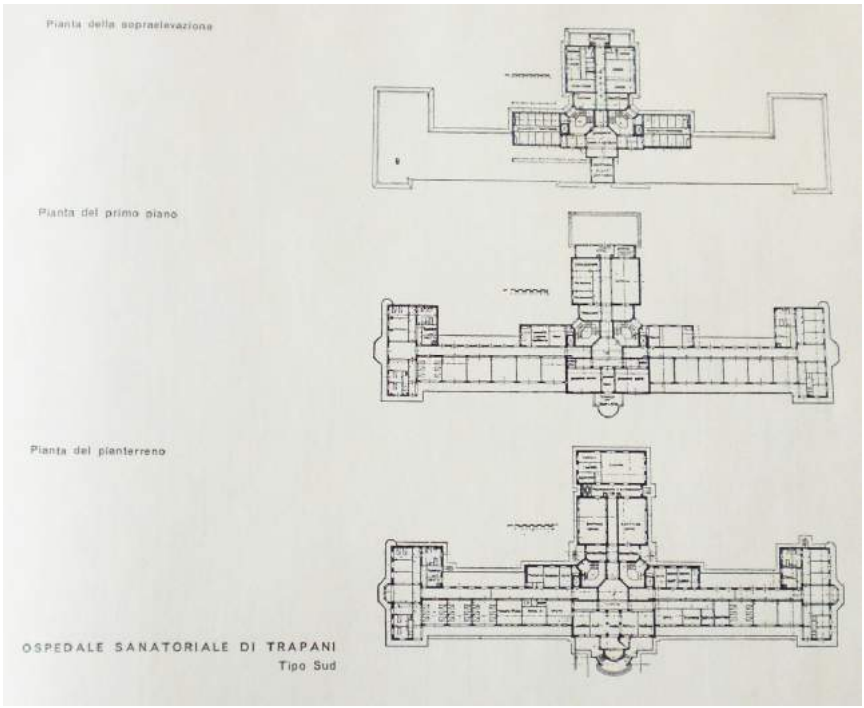
[527] *Ibidem*, p. 168-170.
[528] AYMONIMO, C. *La vivienda racional*. Ponencias de los Congresos CIAM 1929,1930. Barcelona: Gustavo Gili, 1976, p. 88.

Debe destacarse el *sanatorio de «Roc de Fiz»* en Passy, el de *Guebriant* y el de *Martel de Janville*, todos ellos de Abraham y Le Même. El primero, el *sanatorio de «Roc de Fiz»,* estaba formado por un gran edificio central, al que se accedía mediante un teleférico, de cincuenta habitaciones individuales y con servicios centrales, caracterizado por una fachada sur en la que las terrazas de cura se giran 45° para aprovechar los rayos del sol; y otro, de menor tamaño, construido como chalés alpinos con capacidad para hasta diez habitaciones. En él, hay una apuesta por la tecnología que rememora la arquitectura industrial desarrollada en la fábrica Van Nelle y el futurismo italiano[529]. En el segundo, el *Sanatorio Guebriant*, se muestra, al igual que el anterior, la influencia de Döcker en su fachada, articulada a partir de terrazas a las que se les incorpora una marquesina que regula la entrada de luz solar y mamparas para proteger el viento de la alta montaña, lo que recuerda al hospital de Weiblingen[530]. Pabellones auxiliares anexos que se interconectaban mediante galerías cubiertas fueron planteados con diferentes disposiciones en planta. Por último, el de *Martel de Janville,* en el que estableció un edificio en altura, a modo de un gran bloque que surge de la montaña, divido en dos y con entradas separadas (oficiales y suboficiales). El respeto por el paisaje definió los diferentes módulos que buscaban aprovechar el máximo número de rayos solares. Es tal la importancia que se le da al sol y sus beneficios, que mediante las terrazas se procura la conquista de la fachada del edificio[531]. El confort se convierte en una norma, proveyendo al sanatorio de aquellas soluciones técnicas que precisara.[532]

La arquitectura italiana, siguiendo estos postulados, estableció dos modelos diferenciados, el sanatorio-enfermería provincial cuyo objetivo se centraba en la reinserción social de los enfermos, y el sanatorio de alta montaña con una capacidad de hasta 2000 camas. Para este último, se empleó un modelo en bloque simétrico donde los pacientes se separaban por sexos. Se plantearon dos sistemas de distribución con planta en «T», los denominados «Tipo Nord» o de Lucca y «Tipo Sud» o de Trapani, con

[529] IGLESIAS PICAZO, P. (2011). *Opus cit,* p. 193.
[530] MORETTI, B. (1935). *Opus cit*, p. 59-62.
[531] La cama no se podía llevar a la terraza lo que obligó a habilitar tumbonas en éstas que permitieran recibir las sesiones de helioterapia.
[532] Con este edificio, Abraham y Le Même culminan la transformación que proponen para el sanatorio de montaña.

tan solo diferencias en estructura. Su capacidad era para unos 250 enfermos alojados en habitaciones de seis, cuyos balcones en fachada, orientados hacia el sur, eran recorridos por terrazas. En el cuerpo perpendicular de su planta en «T», se instalaban los servicios administrativos y médicos. Esta propuesta formulada por los italianos, fue tomada por los españoles para el plan de lucha que se llevará a cabo desde Patronato Antituberculoso, en la que realizaron ligeras modificaciones, estableciendo un tipo de «planta en avión», que tan solo presentaba pequeñas modificaciones del modelo de Lucca.[533]



86. Bruno Moretti: Planta del *Hospital Sanatorio* de Trapani, «Tipo Sud» (1935).

Como parte del plan propuesto por el Patronato Antituberculoso Nacional, en Canarias se establecieron dispositivos provinciales que atendieran al alto número de

[533] IGLESIAS PICAZO, P: *La habitación del enfermo. Ciencia y arquitectura en los hospitales del Movimiento Moderno.* Barcelona: Fundación Caja de Arquitectos, 2011, p. 181-185.

enfermos afectados por el bacilo de Koch[534]. Desde 1927 estaba funcionando un dispensario que procuraba proporcionar medicina preventiva a la población, y cuya actividad se vio potenciada durante la II República Española. En el dispensario, con un papel tan solo preventivo, no se permitía un ingreso prolongado para el tratamiento de la tuberculosis. Hasta la fecha, los ingresos de enfermos tuberculosos se habían venido realizando en el Hospital Civil, en un pabellón habilitado para el tratamiento de tuberculosos. Su número reducido de camas, unido a una altísima posibilidad de contagiar a otros enfermos, motivó que desde muy temprano se hablara de la construcción de un Sanatorio-Enfermería. Pese a que los terrenos se adquirieron muy tempranamente, el sanatorio no se inauguró hasta mediados de 1944.

87. Francisco J. Castro: Reconstrucción de la planta del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra, Tenerife (2012).

[534] Pese a ello, a la provincia de Santa Cruz de Tenerife se la dotó de un establecimiento más, de menores dimensiones pero de características semejantes al de Ofra en Tenerife respecto a la distribución, en un barrio del extrarradio de la capital palmera, Mirca.

El proyecto establecía un total de 225 camas, próximo al sur de la capital, a unos 7 kilómetros, y a una cota considerable, unos 350 metros de altitud. Para su planta se estableció un diseño de «planta en avión», similar estructura a la propuesta por Lucca, «Tipo Nord». Su orientación se dispuso hacia el sureste, evitando así los efectos del tiempo sur (calima y altas temperaturas). Para la fachada de acceso al sanatorio se procuró una tipología sencilla en la que se producía un juego de volúmenes: la zona central y las laterales sobresalen respecto al resto del paramento, careciendo de decoración, a excepción de sendas cruces de Lorena que se disponen en los laterales a la altura de la primera planta. En torno al edificio se disponían otras pequeñas construcciones empleadas para servicios comunes, tales como garajes y cuarto de lavadoras, a los que se unieron las viviendas destinadas al director, administrador, enfermeras, portero y empleados masculinos.

- **ZONA ASISTENCIAL.**
  - **Enfermería**.

    Las habitaciones separadas por sexos, de cuatro, dos o individual para los aislados, se disponen a lo largo de la fachada en dos alas, dotándolas de grandes ventanales que proporcionan iluminación y ventilación, y orientadas hacia una terraza que recorría toda la fachada en los dos niveles o plantas destinados a la actividad asistencial. Las terrazas presentaban dimensiones lo suficientemente grandes para disponer las camillas, camas o hamacas que permitían a los enfermos recibir las sesiones de helioterapia. Dotada de un lavabo en su interior, las habitaciones, carentes de decoración, estaban dotadas de mobiliario funcional como el resto de las estancias, lo que facilitaba las técnicas de desinfección y limpieza. Existía un baño común sencillo en cada una de las alas de edificio conectado a pozo séptico.

    Opuesto a la zona de terrazas, en el centro de cada ala, existía una zona destinada al control de enfermería, habitación abierta hacia el pasillo con un vano, cuyo alféizar servía de mostrador-mesa para atender las demandas de los enfermos. Dotada de mobiliario sencillo, presentaba un poyo en el que se realiza la preparación de los tratamientos.

88. A. Benítez: Vista de un lateral y fachada del área de hospitalización del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra (Fuente: APTCC-Fotografías interiores y exteriores).

La tres grandes áreas que conformaban el sanatorio se articulaban a partir de un elemento, la escalera. Existían dos escaleras, a ambos lados de la puerta principal, que servían de comunicación de todas las plantas del edificio, ayudadas por otras secundarias que facilitaban el traslado de los enfermos a las diferentes dependencias.

El sanatorio-enfermería que se construye en Mirca, en Santa Cruz de La Palma, presentaba una planta en «U», a diferencia del de Tenerife que se dispone en «T» como ya se ha comentado, con igual orientación hacia el sureste. Los servicios centrales se disponían en sus brazos laterales y la zona asistencial en la base. Disponía de dos niveles con cuatro enfermos por cada una de las seis habitaciones que existen por planta.

89. A. Benítez: Vista panorámica del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra (Fuente: APTCC-Fotografías interiores y exteriores).

- **Zona destinada a los servicios Centralizados.**
  - **Área quirúrgica**.

    El tratamiento que permitía la recuperación del enfermo se centraba en diferentes técnicas quirúrgicas que requerían de un servicio con las condiciones básicas de asepsia, en el que estuviera presente un quirófano, un servicio de anestesia y el servicio de esterilización. Técnicas como el accidente hemoptoico, la colapsoterapia, el tratamiento del neumotórax, la frenicectomía con o sin neumoperitoneo, la toracoplastia y el empleo de coagulantes unidos a posturas drenadoras, entre otros eran realizado en un quirófano, de pequeñas dimensiones que se ubicaba en el brazo más corto de la «T». La ventilación de la sala era de tipo intermitente, aunque posteriormente se emplearon sistemas de renovación que facilitaban la salida-entrada de aire que pasaba por filtros.
  - **Área de diagnóstico**.

    En ese momento tres métodos eran los que facilitaban el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar: la cutirreacción, con el empleo de la tuberculina, el examen radiológico de la zona afectada

y el examen bacteriológico del exudado expulsado por los pacientes y que procedía de las lesiones pulmonares que presentaban. Tanto para el primero como el último, se precisaba de un laboratorio donde se pudiera administrar y proceder a la lectura de la reacción que se había producido en la piel, y analizar las secreciones para comprobar su virulencia o la presencia o no del microrganismo patógeno. Presentaba un sencillo mobiliario de oficina al que se le unía el propio de esta dependencia: Microscopio junto a otros instrumentos con los que se analizaban las muestras tomadas.

Tras el descubrimiento de los rayos X, el examen radiológico se convirtió en una pieza fundamental que permitía visualizar las cavernas formadas por la mycobacterium tuberculosis. El asilo estaba dotado de sala de rayos X, con paredes cubiertas por planchas de plomo y de pequeño tamaño, en cuyo centro se encontraba el aparato de rayos X. En el exterior de la sala, la consola para el manejo del aparato, próxima a una pequeña ventana plomada que permitía la comunicación con el enfermo al que se le estaba realizando la técnica.

- **Área administrativa.**

  Situada sobre la zona de acceso principal al sanatorio, en ella se concentraba todo el «aparato administrativo», junto a los despachos del director médico y del administrador. Como en otros tantos hospitales, tenían la labor de archivo, estando encargado de guardar tanto las historias clínicas de los enfermos, como otros tantos documentos productos de la actividad diaria.

- **Comedor**.

  Situado en cada uno de los extremos del edificio, era un habitáculo semicircular con ventanas, carente de decoración, que presenta esta forma para facilitar la limpieza y desinfección. Mobiliario sencillo y funcional, semejante al empleado en el resto del sanatorio.

- **Capilla**.

  Ubicada en el centro del edificio, a modo de las capillas de hospitales españoles que se desarrollaron a lo largo del XVI y XVII. Era de planta rectangular sin diferenciación del presbiterio con

respecto a la nave. Sencilla en su decoración, presentaba dos accesos: uno en la primera planta que daba paso a la nave, y el otro en el segundo nivel, desde el que se llegaba al coro, siendo usado en ocasiones para que los enfermos impedidos pudieran asistir a los actos litúrgicos.

- **Cocina-despensa**.

  A diferencia del Hospital Militar, la cocina se ubica en el sótano, evitando ruidos, y dotándola de maquinaria moderna, entre la que se incluía aparataje con el que preparar pan. Anexa, una despensa y frigorífico, donde se almacenaba los alimentos, dispuestos en estanterías adosadas a la pared.

- **Farmacia**.

  Existía una pequeña farmacia, ubicada en el tramo menor de la «T» que paulatinamente creció para satisfacer las necesidades. Se trataba de una habitación dotada con mobiliario sencillo y zona destinada a la preparación de las fórmulas magistrales (pesas, vasijas de cristal, mechero, herramientas para la mezcla de los ingredientes,…), al igual que la farmacia del hospital Militar.

- **Habitaciones para personal**. A diferencia del Hospital Militar, las dependencias destinadas a alojar al personal sanitario que asistía a los enfermos en el sanatorio, se sacó del edificio, estableciéndolo en un lugar próximo que evite grandes desplazamiento en el interior de la finca. A modo de pequeños chalés, se dispuso una serie de casa, la más próxima a la entrada principal del edificio estaba destinada al portero y su familia; el resto a enfermeras y médico, así como al resto del servicio. Los chalés, de superficie no superior a los 100 m^2, presentaban un tipo de arquitectura sencilla, sin decoración, con cubierta en azotea. Su acceso principal esta protegido mediante losa plana en algunas casas y alero desarrollado en otras, accediendo a él mediante una pequeña escalera.

90. A. Benítez: Chalés para el personal del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra (Fuente: APTCC-Fotografías interiores y exteriores).

- **Dependencias anexas**.

  Los **lavaderos.**

  A finales del siglo XIX, como ya hemos apreciado en el Hospital Militar, se define la ubicación de este departamento, que igualmente se extrae del cuerpo del edificio, para disponerlo en las proximidades del sanatorio por causas múltiple como el ruido y su carácter séptico. Dotado de maquinaria moderna, en él se aseaba y preparaba la ropa que posteriormente sería empleada con los enfermos.

  La **portería.**

  Destinada al portero, estaba próxima a la entrada principal a la finca, fiscalizando el acceso. De cabina sencilla, presentaba uno de sus laterales acristalados para permitir visualizar en todo momento la puerta de entrada.

  El **jardín**.

  En los terrenos de la finca del sanatorio-enfermería se proyectó un jardín al que se le incorporaron calles y sistemas de riego. Su ejecución dio comienzo desde la adquisición del terreno. A ellos se unió un pequeño huerto para hortalizas y arboricultura, cuidado por los asilados. Esta doble intensión, que la vemos también en el Manicomio Provincial, buscaba el contacto con la naturaleza, la luz solar y el aire puro, así como abastecer a la cocina de productos alimenticios.

Cerramiento externo del recinto. Rodeando toda la finca en su totalidad existía un muro de bloque sin enfoscar, con columnas de hormigón insertas cada tramo de dos metros para dar consistencia.

- **ZONA SÉPTICA**. Esta zona se procuró concentrar en un solo punto de la finca, distante del edificio principal. El vertedero almacenaba la basura que se producía en el sanatorio y que posteriormente era destruía mediante incineración. Existía un depósito de cadáveres donde se custodiaban los fallecidos hasta su posterior traslado al Cementerio de Santa Lastenia, en Hoya Fría.

MATERIALES. El tiempo en el que se ejecutó la obra fue un momento difícil económicamente para Canarias, situación que se reflejó en los materiales empleados. Para los muros se empleó bloque con enlucido y pintura al aceite. Interiormente se empleó ladrillo en las divisiones y suelo recubierto de baldosa hidráulica y carpintería para vanos, puertas y ventanas, de madera de pino.

4.2.1. HOSPITALES DEPENDIENTES DEL ANTIGUO CONCEJO INSULAR (ÉPOCA DE LA CONQUISTA: SIGLOS XVI Y XVII).

4.2.1.1. REAL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES Y SAN MARTÍN OBISPO (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA).

Iniciándose el siglo XVI, y ante la necesidad de tomar medidas higiénico-sanitarias en los nuevos territorios conquistados, aparecen en la ciudad de los Adelantados, tres instituciones hospitalarias: el *Hospital de Santa María de la Antigua Misericordia*, el *Hospital de San Sebastián*, y el *Hospital de Santa María de los Dolores*, cuyo sustento corría a cargo de una cofradía y los diferentes legados y limosnas que se les concedían[535]. La preocupación de las autoridades del momento, se centraba en procurar

[535] GONZÁLEZ YANES, E. Las primeras entidades de asistencia pública de Tenerife. *Revista de Historia Canaria*, nº 109-112. La Laguna: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de La Laguna, 1955, p. 30-38.

exiliar cualquier posible epidemia, para lo que se realizó un control de las entradas a la Isla por el puerto existente y cercano a esta ciudad. Igualmente, a todos los afectados se le procuró buscar un lugar que sirviera para el aislamiento, como se recoge en la notificación efectuada por el Cabildo en octubre de 1506 en la que habilitaba «domicilio a los pestilentes» en *Heneto, el Valle de las Higueras y El Bufadero*.[536]

Queda claro, en la documentación consultada (Actas Capitulares), que el Cabildo de Tenerife no muestra un marcado interés por la fundación de algún centro hospitalario que atendiera las necesidades de los «nuevos vecinos» que se iban incorporando a la población de la ciudad. Pero son las exigencias las que obligan a unirse, tanto a la iniciativa privada como a la gubernamental, para la creación y fundación de estas nuevas entidades. Así, vemos como esta unificación de fuerza se consolida en las intenciones que Alonso Fernández de Lugo muestra al querer crear y fundar la *Iglesia-Monasterio-Hospital del Sancti Spiritus,* o también llamado de la *Antigua Misericordia,* en un solar próximo a un hospital de campaña creado durante la Conquista y que fue entregado a borgoñón Jorge Grimón, en la repartición efectuada entre 1500 a 1506, quien lo donó a los agustinos y fundó una capilla con la advocación a San Jorge, que constituyó la capilla mayor durante casi tres lustros[537]. Tal fue el interés y, en cierta medida, agradecimiento por su labor durante la ocupación del territorio insular hacia esta orden, que el Adelantado habilitó data de tierras (25.350 metros cuadrados) en la Orotava en 1503, propiedad que nunca llegó a formar parte del«frustrado

[536] SERRA RÀFOLS, E. (1996). *Opus cit*. Acuerdo 504, p. 95; Acuerdo 636, p. 127; Acuerdo 711, p. 152-153; Acuerdo 726, p. 157 y Acuerdo 797, p. 179-180.
Desde los primeros momentos, el Cabildo lagunero toma medidas, como la de 1506, en la que prohíbe la entrada a un grupo de portugueses por razón de la «pestilencia» y hambre existentes en ese momento en Portugal, llegando incluso, a imponer penas duras (pérdida de bienes y destierro de la isla) a todo el que acercara *dicho mal*, solicitando la ayuda de los vecinos del puerto de Santa Cruz, para el logro de tal empresa. Con respecto a la lepra, enfermedad propia de las Islas, cabe exponer que se controló de manera exhaustiva, los cuales eran remitidos al Hospital de San Lázaro, ubicado en Gran Canaria, o en el peor de los casos, eran expulsados del territorio insular. Debe quedar claro, que hasta el siglo XX no se plantea la creación de una institución destinada al cuidado y asistencia a este tipo de enfermo, que se vio materializada en el Sanatorio Leprosería que se proyecta en la localidad de Arico en el sur de Tenerife, obra promovida por el Dr. Ángel Vinuesa Álvarez.
[537] NAVARRO SEGURA, M.I. *La Laguna 1500: la ciudad-república. Una utopía insular según "Las Leyes" de Platón*. La Laguna: Edei-Ayuntamiento de La Laguna 1999, p. 125-126.

hospital»[538], como figura en un albalá de repartimiento fechado el 18 de septiembre de 1504. A todo ello, se unió la carencia de profesionales con una preparación «aceptable» que pudiera desempeñar su labor asistencial, aunque queda claro, que las autoridades de la Isla procuraron proveerse de aquel personal preciso para atender sus demandas y necesidades sanitarias.[539]

91. Hospital de Dolores, La Laguna. Puerta de acceso. Periódico *El Día*, 2001.

Los restantes hospitales nombrados con anterioridad en este texto, corrieron «mejor suerte» que el patrocinado por Fernández de Lugo, ya que si vieron consumada su fundación. La primera constancia del *Hospital de Nuestra Señora de la Antigua*, data de 1507, como queda reflejado en una donación testamentaria efectuada por Juan de Valladolid[540]. Dicho hospital se ubicó en la calle del Santo Espíritu, lo que años más tarde pasó a llamarse calle Real o calle de San Agustín. A finales de este año, en diciembre de 1507, el hospital está ya operativo,

[538] SERRA RÀFOLS, E. *Las datas de Tenerife: libro V de datas originales*. La Laguna, Tenerife: Instituto de Estudios Canarios, 1978. Data nº 670.
Dichas tierras donadas por el Adelantado, pasarán a formar parte del patrimonio del convento agustino de esta localidad: «*Do a vos fray Pedro de Çea e vos fray Andrés de Goles, frayles de la orden de San Agustín, seis fanegas de tierra de riego que están medidas en el Araotava, que fueron nombradas para el Espital de Sancti Espiritus e porque no vino a efectos de hacerse el dicho Espital, es mi voluntad de lo dar a vosotros… e a los que de vosotros sucedieren en esta isla de vuestro ábito e religión, con la condición de que se celebraran tres fiestas, la de la Encarnación, la de San Miguel y la del Espiritu Santo»*
[539] ROSA OLIVERA, L. DE LA: *Los primeros hospitales de Tenerife y un retablo de 1513*. *El Museo Canario*, XLI. Las Palmas de Gran Canaria: Museo Canario, 1980-1981, p. 91-92.
[540] SERRA RÀFOLS, E. (1978). *Opus cit*, nº 670.
En testamento otorgado por Juan de Valladolid el 17 de septiembre de 1507, … *deja al Hospital de Nuestra Señora, que se hace en esta villa, en la calle del Santo Espíritu, una manta y un par de sábanas de anglo, por valor de mil mrs. o poco menos, para que estén allí los pobres de Dios*.

prestando asistencia a los vecinos de La Laguna, como se hace constar en el comunicado que realiza Alonso de Mora al alcalde mayor de la defunción de un tal Pedro Martín.[541]

El «pobre» sustento de la institución procederá de los legados y limosnas, así como de las aportaciones efectuadas por su cofradía. Entre la documentación existente procedente de la escribanía de Sebastián Páez existe un documento que da fe del legado donado a la institución en 1508 en su testamento por Alonso González de Salvatierra que ascendía a 2.000 maravedíes para la obra del Hospital[542]. Igualmente encontramos en 1508, como el religioso Afonso Antón, en calidad de mayordomo del Hospital vende a Juan Fernández un solar anexo a éste por siete doblas; la situación jerárquica de Afonso Antón dentro de la institución, así como la cantidad desembolsada, nos hace pensar en la existencia de una cofradía en la que anidaba una pretensión de «crecimiento» y que depositaba plena confianza en su representante[543]. Estas obras que se estaban efectuando en el Hospital de la Antigua nuevamente son citadas en abril de 1509 en una comisión representativa compuesta por miembros de Cabildo y del Hospital que dan en censo de perpetuidad al prioste Alfón Yáñez, reservándose tan solo el señorío directo sobre el solar, y estableciendo las siguientes condiciones:

> *1. Alfón Yáñez y sus herederos pagarán 1.200 mrs. de censo cada año, en dos plazos de 600 mrs. cada uno; 2. estarán obligados a mejorar el solar y a edificar en él una casa; 3. no podrán enajenar ni trocar el censo ni el señorío útil del solar; 4. en caso de querer traspasar el censo, tendrá que ser a persona abonada y segura y con la misma carga; además, deberán notificarlo antes al cabildo y a los mayordomos, por si alguno de ellos lo quisiere para si; si no lo quisieren, deberán dar al hospital el diezmo de la suma por la que lo vendieren o traspasaren a otras personas; 5. si estuvieren dos años sin pagar, el censo quedará anulado y el cabildo podrá tomar el*

[541] GONZÁLEZ YANES, E. (1955). *Opus cit*, p. 30-38. «Onbre mediano, vermejo, que tenía una cuchillada por el rostro».

[542] AHPSCT- escribano Sebastián Páez, nº 10 (1510-1512, folio 5 recto).
El moribundo deja todos sus bienes a fray Andrés de Goles, prior de Sancti Spiritus, solicitando ser llevado allí para su muerte. Tras enumerar a los testigos testamentarios agrega «*non embargante que diga Hospital de* Sancti Spiritus*, se entiende ser hospital de…* [deteriorado] *del Antigua, do hay cofradía».* Esta confusión entre los dos hospitales presente en el texto del testamento se ve resuelta ante la situación inexistencia de cofradía en el hospital agustino.

[543] AHPSCT- escribano Sebastián Páez, nº 2 (1506-1509, folio 716 vuelto) y nº 5 (1508, folio 134 vuelto).
Según se recoge en el protocolo del escribano Páez, Afonso Antón en la transacción actúa como «mayordomo del Hospital de Nuestra Señora del Antigua y para dicha casa y hospital» y en nombre de su hermano Juan Antón. El solar al que se le atribuye «cierta piedra» se le sitúa anexo al Hospital, lindando con calles públicas y con Miguel Brizeno. Agrega, además, que ante la desconfianza de poder asumir el precio pactado, da como fiador a Gonzalo Váez de Tavila.

solar y los edificios hechos en él; y 6. deberán renovar la carta de censo cada nueve años.[544]

Dos años más tarde, en enero y septiembre de 1510, se realizaron importantes donaciones para la institución hospitalaria. Comenzando el año en curso, se recibe de un donante, Diego de Afón, terrenos ubicados en Tacoronte con una extensión de 33.800 metros cuadrados, a lo que se le une *una dobla que le debe Jerónimo de Valdés por un alvalá*[545]. En agosto del mismo año, los cofrades del hospital otorgan al prioste Gonzalo de Córdova, poderes, que a su vez delega a Alonso Velázquez y a Fernán Martín, escribano y mayordomo de la cofradía, respectivamente. De esta manera, se le otorga censo perpetuo al portugués Pedro del Puerto los terrenos de Tacoronte para su explotación el 25 de marzo de 1511, como se hace constar en la carta de concesión[546]. Poco después, en 1512, éste a su vez, traspasa este censo a Francisco Fernández, por 20 doblas de oro, el cual lo notifica al cabildo del hospital, que no plantea ninguna objeción. De esta transacción el hospital se beneficiará con la suma de dos doblas de oro, fruto del diezmo recogido en las condiciones estipuladas por el prioste Alfón Yáñez[547]. La segunda donación efectuada fue la llevada a cabo por el portugués Gómez González, que estaba

[544] AHPSCT- escribano Sebastián Páez, nº 9 (1509, folio 628 vuelto).
[545] AHPSCT- escribano Sebastián Páez, nº 8 (1510-11, folio 594 vuelto).
En los documentos consultados del escribano Sebastián Páez, el donante portugués figura con el nombre de Diego Afón, situación que se ve modificada (Diego Alonso) al consultar la documentación del Antón de Vallejo, escribano del **Concejo** de Tenerife desde 1502.
«Por los muchos beneficios que del hospital ha recibido, dona ocho fanegas de tierra en Tacoronte, con fuentes, una casa, árboles y todo lo que está dentro de la heredad, cuyos límites son: tierras del Sr. Adelantado, tierras de Álvaro Váez, tierras de Vicente Yáñez y un camino, «como todo lo demás que está del barranco arriba».
[546] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 606, C.5 (1512-1513, folio 350 vuelto).
Los cofrades que aceptan y firman el documento son: Álvaro Váez, Blas Fernández, Alonso Márquez, Bastián Machado, Niculás Álvarez, Gonzalo del Castillo, Pedro del Puerto, Pero Gómez del Camino, Pedrianes y Jerónimo Fernández.
[547] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 606, C.17 (1512-1513, folios: 765 rectos, 772 vuelto y 774 vuelto).
En la documentación consultada se enumeran a todos los cofrades que conforman en ese momento el cabildo del hospital: *Juan Çapata, prioste, Jorge Sánchez, Juan de Ortega, Luis Alvarez, Fernando de Torres, Juan Bordón, Lope de Buysán, Alonso Marques, Miguel Brizeno, Gonzalo de Córdova, Pedro del Puerto, Pedro Yanes, Pedro Estevanes, Juan Vaca, Alvar González, Álvaro Váez, Francisco de Sepúlveda, Nicolás Álvarez, Alfonso Vello, Blas Fernández y Pero Fernández.*

formado por 25.350 metros cuadrados en el valle del Bufadero y un capital a abonar el maravedíes por los deudores a los que le había suministrado trigo y cebada.[548]

Bartolomé Fernández, alcalde de Santa Cruz, dona 300 maravedíes en su testamento. El doble de esta cantidad, es el tributo que entregan los herederos del portugués Luis González al hospital de la Antigua y al monasterio de Sancti Spiritus, pago que concedía la adquisición de dos casas lindantes al hospital ya mencionado[549]. En enero de 1513, Catalina Yanes testa a favor del hospital dejando una dobla de oro para cada una de las siguientes instituciones: San Francisco, Sancti Spiritus y la Antigua[550]. Incluso el propio escribano Sebastián Páez testa a favor del hospital en marzo de 1513, concediéndole mobiliario y menaje (un colchón, una sábana y una manta)[551]. En esta misma fecha, el carnicero Diego Fernández hace pública la deuda de 2.400 maravedíes a Alonso Velázquez por un «cahíz de trigo» que le compró.[552]

A los censos ya existentes, se le unirá el que efectúa Alonso Velázquez el 6 de junio de 1511, concediendo el dominio de su morada al portugués Gonzalo Rodríguez, por el que paga 300 maravedíes anuales, estipulándose en el contrato, con vigencia por nueve años renovables, el desembolso de 5.000 más para el mejoramiento de la propiedad arrendada.[553]

Todas y cada una de estas bondadosas aportaciones efectuadas por la caridad de las personas que formaban parte de la sociedad isleña del momento, nos dan buena cuenta de la vida floreciente de esta institución. Pero, poco tiempo después, hacia 1515, Martín de Jerez funda en La Laguna el hospital de Nuestra Señora de los Dolores, lo que conllevó una cierta rivalidad entre los dos hospitales en los primeros instantes. Aunque no se ha encontrado documentación que lo acredite, seguramente, fuera absorbido por esta entidad, incorporándola a su establecimiento, como apunta en su *Guía histórica de*

[548] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 605, C.6 (1510-1511, folio 407 vuelto).
Las seis fanegas de terrenos del Valle del Bufadero, lindaban con tierras de Talavera y de Antón Franco.
[549] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 605, C.23 (1510-1511, folio 745 vuelto).
[550] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 606, C.25 (1512-1513, folio 1162 recto).
[551] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 606, C.23 (1512-1513, folio 1053 vuelto).
[552] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 606, C.23 (1512-1513, folio 1059 recto).
[553] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 605, C.16 (1510-1511, folio 822 recto).

La Laguna, José Rodríguez Moure[554]. Si se conoce que uno de las causas por las que se creó fue albergar y cuidar a pacientes con enfermedades de transmisión sexual, como se especifica en documentación fechada en 1821.[555]

92. Rafael: *Leo X Pont Max*. Detalle del *Retrato del Papa León X con sus primos, los cardenales Giulio de Medicis y Luigi de Rossi* (1518-19).

A diferencia de los ocurrido con otras instituciones hospitalarias que se generaron en el territorio insular para cubrir las necesidades asistenciales que se iban generando poco a poco, con el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores ocurrió una situación diferente: se generaron numerosos documentos y noticias que aludían al pleito que se estableció entre Martín Jerez y Diego de Herrera[556] relacionados con el proyecto del hospital, expuestos de manera clara y concisa en el artículo de Emma González Yánez sobre *las primeras entidades de asistencia pública de Tenerife*, en la que transcribe fielmente las «Actas del proceso movido por Martín de Jerez contra el Vicario de la Isla Diego de Herrera, con motivo de la fundación del Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, que se recogen en los apéndices documentales», custodiadas en el Archivo Municipal de San Cristóbal de La Laguna[557]. Seguidamente se realizará una breve exposición de los hechos que acaecieron tal farragoso comienzo de este hospital.

Martín de Jerez, mediante la mediación del rey Fernando y de su hija Juana, solicita al papa León X en 1514 la licencia para fundar un hospital en San Cristóbal de la Laguna, bajo la advocación de Nuestra Señora de los Dolores y de San Martín Obispo[558],

[554] RODRIGUEZ MOURE, J. *Guía histórica de La Laguna*. La Laguna, Tenerife: Instituto de Estudios Canarios, 1935, p. 240.
[555] AMSCLL-signatura H-VI.9, 1821.
[556] El primero poseía importantes datas en Tegueste, Taoro, Geneto y La Laguna; el segundo, era vicario y beneficiado de la Isla.
[557] GONZÁLEZ YANES, E. (1955). *Opus cit,* p. 46-88.
[558] AMSCLL-Luis Romana: Legº 1º, número 18 (1812).

permiso que se materializa en bula pontificia otorgada en julio del mismo año, aunque existen autores que disienten en este punto, como ocurre con Dacio Darias que data el documento el 20 de junio de 1512. Independientemente de la fecha exacta, si es verdad que los privilegios que otorgó fueron muchos. En el futuro hospital se pudieran vender 4.000 fanegas de trigo y cebada para los gastos de la fábrica, así como que cualquier sacerdote (regular o secular) pudiera pedir limosna para su sostenimiento, sin dejar a un lado sus obligaciones eclesiásticas. Además, se donaba al recinto benéfico 24 fanegas de trigo al año para la construcción del establecimiento por el Cabildo Secular y con permiso de la Corona[559]. Además, se facultaba a la fundación a pedir y permitir la exportación al continente africano de 4.000 fanegas de trigo y cebada para sufragar los gastos de la construcción del edificio; este permiso era competencia pontificia, ya que el comercio que se establecía era con infieles[560]. Por último destacar la concesión de dispensa a todos los que ayudaran a su mantenimiento por medio de la limosna y la visita a su iglesia, así como la concesión de facultar a la institución benéfica para poder «pedir limosna» para éste y realizar operaciones monetarias que lo favorecieran.

Este cúmulo de rentas procuró que al regreso de Martín de Jerez de la Corte castellana con el documento antes citado, se diera inicio a la construcción del edificio, incluyendo en su nominación el título de «Real», atendiendo a la protección y amparo ofrecidos por la Corona. El solar destinado para su construcción, se ubicó anexo al domicilio de su fundador, llegando con los años y el marcado crecimiento del recinto, a formar parte de éste. La gran cantidad de legados y donaciones efectuadas por los fieles devotos, son datos significativos de los primeros pasos del hospital, constituido por una pequeña iglesia y edificio anexo.[561]

En los primeros meses de 1517, Diego de Herrera, Vicario y Beneficiado de la Isla, impugna por vía pontificia la fundación de la institución, situación salvada con el

---

Se recoge la devoción manifiesta de Martín de Jerez por San Martín Obispo, lo que lleva a nombrarlo también patrono, situación que es algo desconocida.

[559] DARIAS Y PADRÓN, D. V. El real Hospital de Nuestra Señora de los Dolores. *El Día* (Santa Cruz de Tenerife), Año XV, número 6039, 28 de enero de 1954.

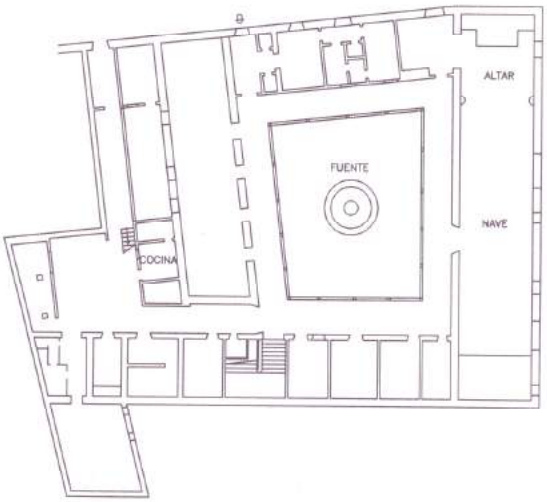
[560] ARSAPT-*Enseñanza y Beneficencia*, número 20, cuaderno número 15, 1778; p. 26.

[561] AHPSCT-Libro de Actas de la Junta de Caridad de esta Ciudad, años 1796-1835; Luciano Anglés, Legº VI-115, folio 70 recto.
Los legados y testamentos recibidos por la institución eran a cambio de misas y rezos realizados por estos fieles en la iglesia del recinto benéfico.

documento que porta, real cédula de amparo, traído de la Corte castellana por Martín Jerez, y que permitió la terminación de las obras de edificación del hospital. No habiendo quedado tranquilo, y ante el temor de perder la capellanía que existía en el Hospital de Nuestra Señora de la Antigua, institución que Martín Jerez pretendía fusionar con el Hospital de los Dolores[562], el 25 de agosto de 1517, ante el doctor Sancho de Lebrija, teniente de gobernador, comparece para declarar, haciendo públicas todas aquellas dificultades y obstáculos que el Vicario había ocasionado a la constitución de la fundación[563]. Justo un día después, Diego de Herrera se personará ante el Adelantado para ejercer su defensa, portando documento notarial, en el que negaba jurisdicción a Fernández de Lugo en la pugna establecida, acogiéndose a la legislación canónica. La Corona responde de manera contundente el 15 de septiembre de 1516, reiterando el «depósito de la confianza para tan noble obra» en la persona de Martín de Jerez. El proceso aclaratorio, largo en el tiempo, procuró mediante interrogatorios a diferentes personajes, once testigos de la sociedad isleña, para hacer manifiesta la conducta seguida por Diego de Herrera[564]. Estos hechos, encolerizaron al Vicario de la Diócesis de Canaria, el cual hizo llegar sendas amenazas a Martín de Jerez con la Inquisición, a la que se unió las efectuadas contra los clérigos que colaboraban con la recién creada institución benéfica, llegando incluso a negarle la administración del hospital acogiéndose a la misma «jurisdicción eclesiástica» que presentó como alegato ante el representante del Rey en la Isla. Para contrarrestar la dispensa papal, «mueve piezas en Roma», procurándose una bula cardenalicia, que nada tuvo que hacer ante la emitida por el Santo Padre. En 1520, los cofrades, tras la muerte de Martín de Jerez, llegan al acuerdo de sufragar todos los gastos que el difunto había efectuado en los «ires y

[562] CIORANESCU, A. *La Laguna. Guía histórica y monumental*. La Laguna: Lit. Ángel Romero, 1965, p. 166.
Cuenta Cioranescu, que en la iglesia del Hospital existían tres altares dedicados a Nuestra Señora de los Dolores, Nuestra Señora de la Antigua y San Sebastián por mandato del Santo Pontífice de Roma, lo que nos da una idea del protagonismo que presenta los Dolores y la dependencia de los otros dos de éste.
[563] GONZÁLEZ YANES, E. (1955). *Opus cit,* p. 52-53.
[564] *Ibidem,* p. 46-51.
Diego de Herrera, durante los interrogatorios efectuados, será acusado de *ser licencioso y de mal vivir, y que no solo da escándalo con la vida disoluta y poco ejemplar, sino que también usa mal de su ministerio sacerdotal, puesto que ha dejado que el Santo Sacramento se le cayese en el lodo de las plazas, por lo que estava el pueblo escandalizado*.

venires» a Roma y a la corte castellana, que debió realizar para esclarecer y ejercer sus derechos, y los de la fundación, para lo que se le asignó a la esposa del fallecido, Catalina Gutiérrez, un total de 300 doblas[565]. Igualmente se tomó la decisión de hacer llegar a manos de la cofradía el documento original otorgado por el Papa León X al recinto benéfico.[566]



93. Orlando González: Planta primera del edificio Hospital, siglo XVI (1995).

Pasaron los años, y el 22 de noviembre de 1523, el Cabildo, reunido en el Hospital, hará el encargo al administrador Andrés Martín de Barbadillo y a su síndico pregonero, Pero Cornejo, cobrar a Francisco de Campo o quien portase o hiciera uso de la bula en Castilla, las cantidades obtenidas del encargo que Martín de Jerez le había hecho en su momento, debiendo remitir al prioste y cofrades la mitad de los maravedís obtenidos por el uso de la bula y las provisiones en un plazo de dos años, siendo el resto, la otra mitad, para su beneficio y uso ante la empresa acometida en esta misión. Además se les encomienda tramitar ciertas cédulas con el rey Carlos I y con la jerarquía eclesiástica castellana, para procurar así el «uso y aprovechamiento» de la bula por los territorios castellanos y portugueses.[567]

El 18 de septiembre de 1524, se efectúa la entrega del poder a Andrés Martín de Barbadillo y a Martín Corchado para ejecutar el encargo y que sean impresos los

[565] COELLO GÓMEZ, M. I.; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, M.; PARRILLA LÓPEZ, A. *Protocolos de Alonso Gutiérrez (1522-1525)*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife; Instituto de Estudios Canarios, 1980. Colección «Fontes Rerum Canariarum XXIV», Documento nº 56, 19 de enero de 1522, folio 681 recto, p. 95.
[566] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 166.
[567] COELLO GÓMEZ, M. I.; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, M.; PARRILLA LÓPEZ, A. (1980). *Opus cit*. Documento nº 1245, 22 de noviembre de 1523, folio 799 recto, p. 475-477.
Junto a lo obtenido del cobro a Francisco de Campo, se les ofrece también la mitad de los que consiguieran de las impetras o licencias concedidas por los prelados de Castilla, manteniendo estas condiciones incluso para cualquier gestión que efectuaran en tierras lusas.

privilegios pontificios que Martín de Jerez obtuviera para el Hospital en el territorio peninsular, siendo explícitos en cada uno de los movimientos que pudieran realizar. Nuevamente se aclaró el encargo, estipulando los dos años como fecha límite de estrega del dinero y se establece febrero de 1525 como la fecha de partida[568]. Tras el arduo proceso establecido para esclarecer la potestad sobre los beneficios del centro sanitario, los siglos XVI y XVII vendrá marcado por una administración representada por una parte civil y otra parte eclesiástica. Esta representación dual llevaba a conflictos ante la toma de decisión unilaterales, que «volvían a encender las brasas del fuego» que aún perduraban desde inicios del siglo XVI.

El prioste o administrador del Hospital, era elegido cada año participando en su elección tanto la justicia como el vecindario con el vicario foráneo del partido. Un capellán era el encargado de administrar y dirigir la iglesia, existiendo dos hermandades, la de Los Dolores y la de la Misericordia, formada por trece hermanos que se encargaban de dar sepultura a todo aquel fallecido en el Hospital. A partir de 1584, según como recoge el *Libro de Acuerdos*, se reseñan todos aquellos acuerdos tomados en «conclave» por los 30 hermanos de la Cofradía de la Misericordia, que desde 1519 poseían el control de la administración, rigiéndose por el Juez Real y el Vicario Eclesiástico. Su primer prioste fue Juan de Oñate, autoridad dentro de la Hermandad que era elegida por los cofrades, vecinos todos ellos de la ciudad[569]. Esta última cofradía, la de la Misericordia, que gozaba de indulgencia papal y por consiguiente libre de obligaciones castrenses, tenía como misión recaudar limosna con los siguientes fines: comprar túnicas para los miembros de la cofradía y enterrar a los difuntos de la ciudad (se destinaba cierta cantidad para los féretros, utilizando la demasía para el cuidado de los pobres)[570]. Fue la única, de las dos existentes, que perduró hasta el comienzo del siglo XVIII, momento en el que sufre una reestructuración de la mano de Santiago José Bencomo, Marqués de Villanueva del Prado, y de Juan Tabares de Roo, diseñadores de las ordenanzas o estatutos que articulan a partir de doce capítulos, y donde se especifican claramente las actividades de la Hermandad y la naturaleza de sus

[568] *Ibidem,* p. 635-636.
[569] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 167.
[570] DARIAS Y PADRÓN, D. V. *artículo cit. El Día*, Santa Cruz de Tenerife, Año XV, nº 6039, 28 de enero de 1954.

miembros: a partes iguales la deberán componer civiles y clérigos[571]. Sus cometidos en el Hospital, concluirán finalizando este siglo, momento en el que el prelado de la Diócesis afirma su autoridad sobre el establecimiento.[572]

94. Anónimo: Recogida de un niño procedente de un torno procedente de una Cuna de Niños Expósitos (1890-1900).

Los hermanos de la Orden de San Juan de Dios, Cristóbal Muñoz y Jerónimo de la Cruz, tomarán la administración del Hospital ante su «buena gestión» durante el tiempo en que estuvieron hospedados en él, siendo los regidores y el propio obispo Francisco Martínez, quienes le conceden tal encargo[573]. Estos, ya habían tenido a su cargo el Hospital de Nuestra Señora de la Concepción en Garachico[574]. Esta asignación efectuada el 15 de julio de 1605, como nos narra José de Viera y Clavijo, fue el producto de la presión que efectuaron, al poner en conocimiento de las autoridades su regreso a la península[575]. Tras varios meses de labor como administradores del establecimiento (seis

[571] AHPSCT- Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, Actas: signatura VI-115, folio 2 vuelto y 6 vuelto.
[572] AHPSCT- Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, signatura VI-115, 1799-1835, folio 4 vuelto.
[573] VIERA Y CLAVIJO, J. de. *Noticia de la Historia General de las Islas Canarias*. Tomo III. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones, 1950-1952, p. 380-381.
[574] NÚÑEZ DE LA PEÑA, J. *Conquista y antigüedades de la isla de la Gran Canaria (Madrid, 1676)*. Edición facsímil. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 1994, p. 326.
[575] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 167-168.
La sanción fue administrada por el provisor y juez ordinario, doctor Salazar, que tras indagar y enjuiciar los actos cometidos por ambos frailes, los aparta de su responsabilidad en el establecimiento de beneficencia.

en total), eran numerosas las quejas a las autoridades responsables manifestadas por su «mal trato a los asilados», situación que llevó al Ayuntamiento a retirarles el 10 de enero de 1606 la custodia del Centro[576]. Una vez que la orden franciscana deja el establecimiento benéfico, la administración de éste, se caracterizará por carecer de «potestad» ante las autoridades responsables del mantenimiento, situación que se refleja en la documentación examinada, donde el Hospital demanda de manera reiterada el abono de los diferentes gastos que surgen en su «día a día». Así nos encontramos como el administrador, en 1618, reclama los ingresos anuales que le pertenecen, o el abono del salario del personal y farmacia reiterado durante 1620 a 1659.[577]

Hacia 1665, el obispo Bartolomé Jiménez dona al Hospital 52.000 reales de vellón, de los que tan solo dos mil destina a la *Cuna de Niños Expósitos*. Además, corre con los gastos de la botica necesarios para los tratamientos de los enfermos alojados, cantidad que ascendía a la suma de 7.000 reales de vellón[578]. Resulta curiosa la fundación que se efectúa en 1682 por el bachiller Fernando Martín de Fleitas: la venerable *Escuela de Cristo* o, también llamado, el *pequeño oratorio de San Felipe Neri*, que será confirmada el 5 de febrero de 1716 por el pontífice Clemente XI[579]. Sus actividades se centraban en la solicitud de limosna a la que se le agregaba la realización de ejercicios espirituales que acercaban a los componentes de la Escuela a Dios Padre. Las limosnas obtenidas se destinaban al sustento de los reos que, en esos momentos, vivían en precarias condiciones. Esta, será clausurada en 1868 durante el periodo revolucionario.[580]

Ya concluyendo el siglo XVII se reedifica el edificio del recinto hospitalario, así como la iglesia con los dineros aportados por el capitán de milicias de la Isla, Bernardo de Fau, rico mercader francés, que ostentaba el cargo de mayordomo de la institución hasta 1718, fecha en la que falleció a los 74 años de edad. Su retiro del panorama

[576] AHPSCT- Bethlemitas: signatura Ben 19,3; 1830; folio 2 recto.
[577] AMSCLL- Signaturas: H-VI.2 (1618); H-VI.3 (1620); H-VI.4 (1659)
[578] VIERA Y CLAVIJO, J. DE (1950-1952). *Opus cit,* 1982; p. 559.
[579] *Ibidem*, p. 699.
[580] DARIAS Y PADRÓN, D. V. *artículo cit. El Día*, Santa Cruz de Tenerife, Año XV, nº 6039, 28 de enero de 1954.

mercantil, se siguió de su asilamiento en Los Dolores[581]. Ante la inexistencia de un vástago que perdurara su estirpe, el buen capitán francés, dejará todos sus bienes a la fundación, construyéndose la iglesia actual con éstos y dotándola de una capellanía diaria que se vincula con la *Casa de Casabuena*, beneficiados de la Parroquia Matriz de la Concepción[582]. Asignó salario al sacristán y fundó una capellanía más a la que encarga el rezo del Santo Rosario cada noche[583], pese a la existencia de una capellanía previa[584]. Entre las cláusulas testamentarias que estableció, destaca aquella en la que reiteraba la potestad a la Junta Popular para el nombramiento de los administradores; si sus tareas no se ajustaban a las necesidades y demandas del establecimiento benéfico, eran los Venerables Beneficiados de la Concepción los que podían tomar este derecho, reemplazando a la Junta[585]. Con un marcado ánimo de ennoblecer y enriquecer el templo del Hospital, Bernardo de Fau mandó construir un tabernáculo, concretamente el que hoy en día conocemos, con el fin de ubicar en él el Santísimo Sacramento, traído de la parroquia de la Concepción en 1704. Junto a esta obra, dota al templo de diferentes utensilios propios de la liturgia.[586]

Francisco Crisóstomo de la Torre sucedió a Fau en el cargo de prioste. El obispo Guillén, tras la solicitud efectuada por su hermano Miguel de la Torre de cambiar el mayordomo del Hospital, nombró a Andrés Cabrera, siendo éste a la vez, capellán y

---

[581] *Ibidem,* p. 167-168.

[582] AHPSCT- *Libro de Actas de la Junta de Caridad de esta ciudad (años 1796-1835);* Luciano Anglés, Legº VI-115, folio 70 recto.
En su testamento fechado el 29 de enero de 1718, deja como heredero universal al Hospital de Nuestra Señora de los Dolores y San Martín Obispo, haciéndole donación de los gastos de su edificación a cambio del atendimiento de las necesidades que pudiera tener la iglesia anexa a él: sacristía, culto y aseo, utilizándose el sobrante para el atendimiento de los lisiados albergados en el establecimiento benéfico. En él, solicita ser enterrado en el Hospital, estipulando las condiciones en que quería ser enterrado.

[583] DARIAS Y PADRÓN, D. V. *artículo cit. El Día*, Santa Cruz de Tenerife, Año XV, nº 6039, 28 de enero de 1954.

[584] *Ibidem*, Luciano Anglés, Legº VI-115, folio 70 recto.
La capellanía existente estaba fundada por doña María de Armas Clavijo, en la que se habían estipulado decir un cierto número determinado de misas.

[585] AHPSCT- José Albertos: Legº 11, año 1812, s/n.

[586] AHPSCT- *Libro de Actas de la Junta de Caridad de esta ciudad (años 1796-1835);* Luciano Anglés, Legº VI-115, folio 70 recto, *opus cit*.
Según se recoge en la documentación son los siguientes utensilios eucarísticos: custodia, copón y varios ornamentos para el aseo de los Santos Oficios.

mayordomo, situación que no se ajustaba a las últimas voluntades realizadas por Fau[587]. Este nombramiento, efectuado directamente por el prelado, llevó a que, desde el Cabildo se realizaran enérgicas protestas; a partir de este momento se perdió la tradición de seleccionar a esta figura por medio de la libre elección de los vecinos. Su espléndida labor fue los que logró que se perdurara hasta su muerte a los 59 años en los cargos asignados. Fueron notables las aportaciones que realizó al establecimiento, como las narra Lope Antonio de la Guerra y Peña:

> *[Fol. 175r.] No porque en este año no haya havido enfermedades epidemicas, siendo mortales estos habitadores, han dexado de morir algunos. Las Personas mas conocidas han sido en 3 de Enero á los 59 años de su edad Dn. Andrés Cabrera Presbit.° Capellán y Admor. del Hospital de Ntra. Señora de los Dolores, y que cuidaba de los Niños expósitos murió de Perlesía y otros males, y en su tpo. consiguió para la lactacion dos. Niños mil pesos de los Propios del Cabildo, y otros mil en las vacantes de Mexico, porque se morian muchos á la necesidad. Tambien tenia con mucho aseo el Hospital y en el tpo. de su administración se hizo un sagrario de plata, puso vidrieras en la Iglesia, enlozó la frontera de ella, hizo poyos en los claustros y otras cosas de modo que ha sido hombre recomendable.*[588]

Hacia 1762, con la donación efectuada por el mayordomo del establecimiento benéfico Amaro González de Mesa, se comienzan las obras para la construcción de una galería de convalecientes, así como, una nueva cuna de expósitos, ya existente desde el primer tercio del siglo XVII y única, en ese momento, en la Isla[589]. Este mismo año, se planteó encargar la administración del Hospital a la Orden Bethlemita[590], que pretendía

---

[587] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 167.

[588] GUERRA Y PEÑA, L. A. DE LA. Memorias. Tenerife en la segunda mitad del siglo XVIII. In, *El Museo Canario*, nº 31-32, Las Palmas de Gran Canaria: Museo Canario, 1949, p. 168.

[589] DARIAS Y PADRÓN, D. V. *artículo cit. El Día*, Santa Cruz de Tenerife, Año XV, nº 6039, 28 de enero de 1954.
Existe constancia que la primera vez que se alude a este dispositivo asistencial benéfico es el 20 de marzo de 1627 cuando Juan Manuel Suárez, canónigo de la iglesia metropolitana de Sevilla y natural de La Laguna, ayuda con una donación monetaria considerable.

[590] RUIZ DE VILLARÍAS, A.M. *El venerable Pedro de Betancurt. Intentos de fundación en La Laguna. Siglo XVIII*; II Coloquio de Historia Canario-Americana; Tomo I; Cabildo Insular de Gran Canaria; Sevilla; 1979; p. 137-140.
Las primera noticia hallada sobre tal hecho, está recogida en la *Historia General de las Islas Canarias* de José de Viera y Clavijo, quien, atendiendo a una Real Cédula de 29 de mayo de 1725 (cesión de 100 ducados y 100 fanegas de trigo anuales) y a los Acuerdos establecidos por el Cabildo de la Isla, que el Obispo Juan Ruiz Simón, realizó gestiones con el de acuerdo con el Obispo don Juan Ruiz Simón, mantuvo gestiones con el Cabildo de Tenerife desde 1712, con la pretensión de que la Orden administrara el hospital de San Sebastián de La Laguna. Las peticiones del prelado no fueron atendidas hasta 1722, en que llegaron tres frailes, entre ellos Ambrosio, instalándose en el hospital, dedicándose a la enseñanza de la juventud.

su traslado a Canarias atendiendo a las recomendaciones efectuadas por el obispo mejicano de la ciudad de Puebla, Domingo Pantaleón Abreu, que prometía a la comunidad la suma de 2.000 pesos a cambio de su instalación en La Laguna, ciudad que lo había visto nacer, situación que habían perseguido en las primeras décadas de este siglo, pero en diferente lugar, en el Hospital de San Sebastián. Dicha pretensión no llegó a hacerse efectiva[591]. Esta situación provocó la división entre las clases dominantes del momento: un grupo, los ilustrados canarios se mostraron a favor de este hecho, mientras que otro grupo, ligado a la Corona, se opuso férreamente. A estas dos posturas contrapuestas, se agregó la mantenida por la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Tenerife, que creía que el papel posible a desempeñar por los hermanos bethlemitas, estaba muy próximo a los fieles con los que se había originado la fundación hospitalaria.[592]

Tras la muerte de Andrés Cabrera, éste será sustituido por Santiago Eduardo en la mayordomía y por Juan de Armas como sacristán:

> *Sucediole en la Mayordomia de pobres y expósitos D.n Santhiago Eduardo, de quien se dixo al fol. 81 que fue Personero, y al 137 Guardam.or de Montes: el que, haviendo enviudado se entró clerigo y se ordeno de todas ordenes en el año ppass. con dispensa, que tuvo para ello, y predicó en la Octava de Concepcion, el dia que como Hermano mayor del Ssmo Sacramento hacia la Fiesta.[Fol. 175v.] Y en la Capellania de dch. Hospital sucedió D. Juan de Armas Sacristán de la Parros.' de la Concepción*.[593]

A finales del siglo XVIII, el Hospital inició su decadencia, situación que se exacerba en el siglo XIX tras la desamortización efectuada por Mendizábal, llegando incluso al punto de casi desaparecer[594]. A todo ello, se unió la profunda crisis existente en España,

---

Fray Juan de Asunción, natural de La Laguna, llega a ésta desde tierra americana en 1756, con la pretensión de la renovación de los antiguos oficios a favor de la fundación (basándose en un informe emitido por el Comandante General José de Urbina), situación que gustó a las autoridades hasta que solicitó formalmente la cesión del Hospital de los Dolores.

[591] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 167.

[592] ARSEAPT- Enseñanza y Beneficencia, número 20, cuaderno 15, 1778, folio 28 recto.
…El Hospital es del Pueblo construido y donado a sus expensas, administrado por su elección, libre de Patronato y solamente sujeto a la jurisdicción eclesiástica como obra pía: no hallo inconveniente alguno en que Usted como cabeza y voz del Pueblo de Tenerife lo consigne y dé a la religión de los bethelitas bajo la aprobación de las legítimas autoridades, como lo han hecho muchas ciudades de América…

[593] *Ibidem,* p. 168-169.

[594] DARIAS Y PADRÓN, D.V. *artículo cit. (El Día*: 28 de enero de 1954; año XV, número 6039).

que se acentuó en las Islas, aumentando los gastos, y por consiguiente, la demanda de recursos por parte de los gestores de la institución. Para sustentar al centro, desde el Cabildo se habilitaron partidas de madera, procedentes de los bosques de la Isla, que perseguían «ayudar» en las reformas y reconstrucciones que se efectuaban en el interior del Hospital[595]. A todo ello, se le unían la recaudación que se obtenía de las actividades agrícolas y ganaderas de las posesiones que tenía la fundación. Destacaron también, no solo lo aportado por los poderes civiles, sino por los eclesiásticos, como las donaciones efectuadas por el obispo Jiménez, iniciándose el siglo, o la llamada a la caridad que realiza el obispo Antonio Tavira en su pastoral del 31 de diciembre de 1795, como se recoge en las Actas del Hospital[596]. También debe nombrarse a Bernardo de Fau, donante destacado, cuyas aportaciones permitieron la realización de las obras acometidas en la iglesia y las enfermerías se lograran reanudar y concluir, nombrando como heredero universal de sus bienes al Hospital. Aunque fueron muchas las aportaciones, limosnas y testamentos entregados a la Fundación, si es verdad que nunca alcanzaron los efectuados desde el territorio peninsular, independientemente de que las partidas no fueron puntuales en la mayoría de las ocasiones.[597]

95. José Rodríguez de la Oliva: *Bernardo de Fau* (1718).

En el siguiente siglo, el XIX, la administración de los bienes se caracterizó por una «mayor lógica», creándose órganos de gobiernos novedosos hasta el momento en el Hospital que establecían un patronazgo eclesiástico figurativo, y recaía sobre los párrocos de la iglesia Matriz de Nuestra Señora de la Concepción. Entre 1809 y 1812, se estableció una Junta de Caridad

Sus posesiones fundamentales se perdieron, situación a la que se unió un despilfarro de los ingresos que se incorporaban a las arcas del Hospital. Numerosos fueron los inmuebles, propiedad del Centro que fueron mal vendidos: las casa del médico, ubicada en la calle Juan de Vera, así como las dos que se poseían para el capellán en la calle San Agustín.

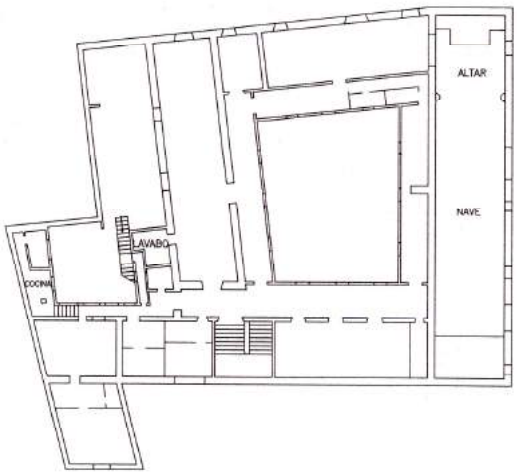
[595] AMSCLL-signatura: H-VI.5, 1798, folio 1 recto-folio 2 vuelto.

[596] AHPSCT-Actas del Hospital de Nuestra Señora de los Dolores; signatura: VI-115, 1795, folio 1 vuelto.

[597] SANTANA PÉREZ, J. M.; MONZÓN PERDOMO, M. E. *Hospitales de La Laguna durante el siglo XVIII.* Tenerife: Excelentísimo Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna, 1996, p. 118.

con el ánimo de regentar el Hospital y procurar la simpatía de todos hacia ella, lo que hace que busque una muy variada representación[598]. Los miembros que la componían eran: el Juez Territorial, que la presidía; el Venerable Vicario Eclesiástico; tres Venerables Párrocos de la Iglesia Matriz de la Concepción; el Beneficiado Rector de la Iglesia de Nuestra Señora de los Remedios; los regidores nombrados por el Ayuntamiento, situación que se efectuaba cada año; el procurador síndico personero; el capellán del Hospital; un representado seleccionado por el consulado; y dos personas representando al pueblo. Con el mandato de la constitución política de la Monarquía, la regencia del establecimiento pasará a formar parte del Ayuntamiento del municipio, siendo administrada por la Diputación Provincial de Canarias, que dio paso al Cabildo Insular[599]. Contaba en 1835, con numerosas propiedades, casas y terrenos, arrendados o alquilados, además de décimas, limosnas o partidas sueltas[600], presentando un balance en el que los ingresos cubrían los gastos que surgían en el Hospital.[601]

96. Orlando González: Hospital de Dolores. Segunda planta, siglo XVII (1995).



Entre 1820 y 1823, el comúnmente llamado «Trienio Liberal», la figura del Administrador se transformó en el Director, elaborándose una instrucción provisional a la espera de unas ordenanzas comunes como se recogía en el *Reglamento General de Beneficencia Pública* decretado por la Cortes Extraordinarias el 27 de diciembre de 1821. Esta «normativa interna provisional»

[598] AMSCLL-Signatura: H-VI.8, 1812, folio 11 vuelto y 12 recto.
Desde el mismo día de su fundación se estipulan cuales son sus cometidos: *…gobierno, celo y cuidado del Hospital de los Dolores…* El patrono eclesiástico nombrado no aporta ni recibía ingreso alguno de la institución.
[599] AHPSCT- José Albertos: Legº 11, año 1812, s/n, *opus cit.*
[600] AHPSCT- Depósito: signatura V-37, 1835, s/n.
[601] Los gastos anuales del Hospital eran procedentes de la compra de vestidos, alimentos y fármacos para los asilados, además del abono de los salarios a los trabajadores que desarrollaban su actividad asistencial en él.

se articuló a partir de ocho puntos que procuraron que el funcionamiento y administración del Hospital fuera lo más adecuado: el establecimiento debía poseer un registro de los movimientos de los pacientes con todos aquellos datos que puedan ser de interés (nombre, sexo, residencia y edad); visitas periódicas (diarias) de los enfermos, procurando una distribución de los ingresos de manera idónea; velar por las condiciones higiénicas de las salas adecuadas (limpieza y ventilación), así como silencio y orden; cumplir con las pautas establecidas por los médicos (medicación y alimentación); gestionar adecuadamente los gastos relacionados con alimentos; celar por la asistencia de los practicantes a sus puestos de trabajo, así como la labor que desempeñan; y mantener la integridad de cada una de las salas, permitiendo solo el acceso a personas debidamente autorizadas (distribución hombres-mujeres).[602]

97. Alejandro Cioranescu: detalle de la puerta de acceso principal a la Iglesia del Hospital de los Dolores (1965).

El Hospital, en 1821, contaba con: un administrador, un contador, un capellán, un sacristán, un monaguillo, un médico-cirujano, un practicante, una enfermera, seis criados, de los que dos eran hombres y una lavandera. Resalta como persiste el diezmo como forma de pago al administrador, asignándosele determinadas cantidades, en razón de la labor efectuada por cada uno, como consta en la documentación consultada[603]. En la siguiente década, semestralmente, serán los médicos titulares de la Ciudad de los Adelantados, los que atiendan el Establecimiento, con carácter retributivo.[604]

[602] AHPSCT- Hospital de Nuestra Señora de los Dolores: signatura Ben 39, 1823-1833, sin folio.
[603] AMSCLL- Signatura H-VI. 9, 1821, s/folio.
[604] AMSCLL- Sección Segunda, signatura H-VI. 9, 1821, s/folio.

En 1841, el Ayuntamiento de La Laguna plantea trasladar el Hospital al convento dominico ante las precarias condiciones de humedad e insalubridad que presenta el edificio, así como la ubicación céntrica de éste. El expediente, dirigido a la Diputación Provincial nunca llegó a efecto[605]. Ya terminando el siglo, la Junta de Caridad formada por mujeres de las más ricas y nobles familias de La Laguna, fueron las que dieron solvencia económica a la institución.[606]

La arquitectura de este establecimiento de beneficencia, vino marcado en sus comienzos por una tipología funcional que aprovecha los recursos que se iban aportando a la fundación por medio de las donaciones y limosnas procedentes de la caridad. Así, encontramos que su primer edificio lo conformó una serie de casas que se acondicionarán para la asistencia a los dolientes, como ya se ha comentado. No se ha hallado documentación que haga referencia a la obra en sus primeros momentos, pero si fechada varios años después, como los protocolos del escribano Gaspar Justiniano que recogen la obligación de entrega de piedra y madera para la construcción del edificio.[607]

---

[605] AHPSCT- Esteban de Baños: Legº 16, año 1841, s/n.
Una vez desalojado el Hospital, el Ayuntamiento pretendía crear un centro de ayuda para mendigo e indigentes, reduciendo la numerosa cantidad de ellos que poblaban las calles de la ciudad. Especifica también el documento consultado, el intento de uso del edificio como casa de educandas y recogidas provincial; además se plantea la posibilidad de darle uso como teatro, dispositivo del que carecía el municipio lagunero.

[606] DARIAS Y PADRÓN, D.V. *artículo cit. (El Día*: 28 de enero de 1954; año XV, número 6039).

[607] TARQUIS, M.; VIZCAYA, A. *Documentos para la Historia del Arte de las Islas Canarias;* Tomo I en *Fontes Rerum Canariarum X*; Excmo. Cabildo Insular de Tenerife; Santa Cruz de Tenerife, 1977; p. 199-200.
Obligaciones de entrega de piedra, fechado en La Laguna el 21 de septiembre de 1547: *…Juan Díaz, cabuquero, vecino desta isla de Tenerife, otorgo e conozco por esta presente carta que me obligo a dar a entregar a vos Francisco de Coronado e Tristán de Merando, priostes del Ospital de Nuestra Señora de los Dolores desta ciudad de San Cristóbal e para dicho Ospital, noventa tapias de piedra jabalunca buena e de recibir, quebrada o trayda al dicho Ospital, ques de esta civdad, a mi costa e mición, la cual dicha piedra quebraré e daré puesta en el dicho Ospital de oy día de la fecha desta carta en un mes primero siguiente, e vos daré e me obligo de vos dar toda la misma piedra que oviere menester al dicho Ospital para hazer un cuarto que tiene empeçado hazer, la cual dicha piedra me obligo de vos dar a preçio cada tapia de dos reales de plata de sacada e trayda, la cual piedra me avéys de pagar como la fuere trayendo de manera que acabada de traer me acabeys de pagar… e otorgo que para en quenta de la dicha piedra e recibido de vos los dichos priostes por el dicho Ospital de dos doblas de oro de las cuales soy contento a mi voluntad…*
Obligaciones de traer madera, fechado en La Laguna el 11 de julio de 1549: *…Diego Martín, carpintero, vecino desta isla de Tenerife…me obligo de dar a vos Juan Zapata e Tristán de Hemerendo, priostes del Hospital Real de Nuestra Señora de los Dolores, e para el dicho Hospital, es a saber ocho flechales de tea de veynte e quatro pies de cumplido e de la vitola necesaria par*

El edificio de modelo casa-hospital que nos ha llegado a la actualidad, de planta trapezoidal en dos alturas, se desarrollaba en torno a un patio-claustro con galerías de madera en cada uno de sus laterales[608]. Solo dos de los lados del complejo iglesia-hospital tenían acceso al exterior, ubicándose en el cruce de dos calles: uno hacia la calle de San Agustín, lugar donde se encontraba la iglesia del establecimiento benéfico, y el otro hacia la calle Juan de Vera, lugar por donde se tenía entrada al Hospital. El cerramiento diseñado para su exterior, lo constituían paramentos en los que aparecían vanos enmarcados en cantería o madera, en los que para su recubrimiento se empleaba el calicostrado sobre muro de tapial propio de la arquitectura de su momento; en su cerramiento superior, se utilizó madera y teja, originando cubiertas a dos aguas para dos de sus galerías, a un agua para las otras dos y a cuatro para el presbiterio del templo. Opuesta a la sacristía se encontraba el cuarto mortuorio, estando anexo a éste, una pequeña habitación destinada a archivo. Al final de la galería se existía una ventana y puerta pertenecientes a las oficinas del Hospital. La galería, contraria a la anexa al templo, conducía hacia la escalera[609] que daba acceso a la zona superior, además de habilitar cuatro accesos a la zona de la comunidad religiosa por medio de puerta[610]; en ella también encontrábamos una pequeña doble que permite llegar al *impluvium* del patio, decorado con una fuente central coronada por una imagen de la Virgen Milagrosa, que estaba rodeada por cuatro parterres cuadrados delimitados por placas de guijarros que formaban una cruz con sus cuatro brazos iguales; años antes, próximo a este lugar, existía un estanque y una pila destinada al lavado de la ropa de los asilados, a los que

---

un quarto de veynte y quatro pies de tea a seys reales cada uno, iten quatro limatones de tea a tres reales cada uno, iten siete dozenas de tixeras al dio precio de novecientos maravedís, iten nueve dozenas de tablas de aforro a ochocientos maravedís la dozena, que toda la dicha madera monta veynte mil y seiscientos maravedís, y me obligo de empesar a hacer la dicha madera luego y la dar hecha y puesta en mi aserradero en esta ciudad…

[608] PÉREZ MORERA, J. y RODRIGUEZ MORALES, C. *Arte en Canarias: del gótico al manierismo*. Santa Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria: Viceconsejería de Cultura y Deporte, Gobierno de Canaria, 2008. Historia Cultural del Arte en Canarias, volumen II. p. 150-154.

[609] La escalera principal presenta un arco de cantería roja rebajado con impostas. Está formada por dos tramos, colocándose el segundo a la derecha que concluye en un arco carpanel lígneo construido en el siglo XIX, estando iluminada por dos pequeñas ventanas colocados en la zona superior. Su pasamano de igual material que el arco rebajado, siendo toda ella de mampostería en ambos tramos.

[610] Ocupadas durante años por las Hermanas de San Vicente de Paúl que junto con el personal seglar efectuaban los cuidados asistenciales a los enfermos alojados en el establecimiento benéfico.

llegaba el agua mediante canales descubiertos o *arcaduces* de barro enterrados en el suelo. En la esquina más próxima a la sacristía se ubicaban dos pozos en desuso, de los que uno de ellos está condenado; el otro solo está cubierto. La galería superior estaba sustentada por pies derechos rematados por zapatas lígneas sin decoración a excepción de las de la galería opuesta a la puerta principal que presentaban decoración estriada en sus laterales. Analizando fotos anteriores a las últimas intervenciones efectuadas en el edificio, vemos como se encontraban insertas en un muro de mediana altura que rodeaba casi el perímetro interior del patio, coronado por listones que simulan lanzas incrustadas en él.

El claustro superior aparecía cerrado por completo con ventanas, aunque originariamente debieron estar abiertas. A la derecha de la escalera encontrábamos un pasillo con tres vanos que nos permitía acceder a la *sala de mujeres* o *Sala Milagrosa*, donde estaba ubicada una puerta de acceso a la tribuna del coro. Delante de esta puerta estaba la *Sala Dolorosa* que concluía en otra galería, y seguidamente la *Sala Inmaculada*, igualmente destinada a alojar a las féminas con tres vanos que abrían hacia la calle Juan de Vera. Anexa a esta Sala existía una habitación de reducido tamaño que tenía la función de farmacia. La *Sala de Hombres* estaba colocada frente a la escalera teniendo entrada principal. Una última sala, llamada de *Catalina* estimada para mujeres estaba muy próxima al traspatio. En ambas plantas se encontraban diversas dependencias tales como las enfermerías, cuartos de unciones, purgas y sudaderos, junto a granero (en la última planta), bodega y lonja (planta baja), caballeriza y palomar. En su trasera corral y huerta, destinada a proporcionar el sustento alimenticio del establecimiento.

98. Orlando González: vista del patio interior del Hospital de los Dolores (1995).

El templo, funcionante en la actualidad, está adosado al resto del edificio, presentando una sola nave, de 23 metros de largo, de los que 7,5 pertenecen al presbiterio, y un ancho de 6,7 metros, con campanario coronado por una espadaña. Cioranescu califica al interior como *un conjunto de aspecto sencillo y casi de pobreza, que viene a corregir el altar mayor, rico de una armonía exuberante de colores, desde la plata de su manifestador al dorado del retablo y a los*

colores vivos de sus pinturas[611]. En la zona central de la pared que da hacia el patio existe un pequeño vano de cantería roja que une el edificio religioso con el establecimiento hospitalario. El suelo está pavimentado con losetas que no son las originales, encintadas en rastreles de madera, mientras que el suelo del presbiterio está recubierto con mármol, fruto de intervenciones posteriores efectuadas en el templo. Está elevado sobre dos escalones, que dan paso a un tercero en el que está ubicado el tabernáculo[612]. Entre la nave y el presbiterio existe un arco toral de medio punto moldurado con pilastras y medias columnas adosadas de orden toscano con basas anchas y poligonales[613]. Destaca el cerramiento realizado para su techo: cubierta de par y nudillo con cuatro faldones unidos por limas mohamares. Esta armadura de tipo mudéjar está decorada con motivos de estrellas, rombos y aspas, con una estrella central de dieciséis puntas. Para la consolidación de la estructura se emplea un tirante doble, reforzándose las esquinas con cuadrantes dobles de lacería. El tirante central aparece ricamente decorado con guirnaldas, cuernos de la abundancia, frutas y ocho cartelas en las que están escritas inscripciones latinas enmarcadas, cada una, por angelotes (2) desnudos y la cabeza de un tercero colocada sobre la cartela. La techumbre de la nave abarca desde los pies de la nave, donde está colocado la tribuna del coro hasta el arco toral. Presenta dos faldones laterales y almizate sin decorar, donde los nudillos son continuación de los pares. Presenta siete tirantes dobles perpendiculares que muestran decoraciones mudéjares de lacería con aspas y estrellas, soportadas por canes pareados. El paramento interno lateral (muro exterior), posee ochos ménsulas pétreas de pobre decoración que ayudan al sustento de la cubierta, donde las dos centrales sobresalen en mayor cuantía, incorporándose el resto al muro a medida que nos acercamos a las más distantes del centro.

Anexa al presbiterio encontramos la sacristía. Ambas habitaciones se unen por medio de un arco ligeramente apuntado de cantería roja, perteneciente a las primeras

[611] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 168-169.
[612] Anteriormente, el primitivo presbiterio estaba compuesto por una grada de piedra que partía desde la base del arco toral, luego volviendo a ascender cerca del altar sobre dos gradas de cantería con los ángulos achaflanados. Sobre éstas, existía otra más sobre la que se acomodaba el retablo mayor.
[613] Tanto el intradós como el extradós están decorados con baquetones y acanaladuras, decoración que nos recuerda a las formas desarrolladas durante el gótico.

obras de la fundación del Hospital (siglo XVI). Opuesta al presbiterio se encuentra la tribuna para el coro, elevación soportada por dos pies derechos de fuste octogonal que nacen directamente desde las baldosas que recubren el suelo. A ellos se unen dos pequeños canes laterales empotrados y otro doble de considerable tamaño ubicado bajo la tribuna. Su antepecho se divide en dos partes: la inferior decorada con rombos y rectángulos, y la superior con balaustre torneado que alterna con cuatro listones planos.[614]

99. Alejandro Cioranescu: interior de la iglesia del Hospital de Dolores. Retablo mayor (1965).

El campanario está compuesto por dos cuerpos, uno inferior, en cuyo muro se encuentra una ventana que ilumina el coro alto de la iglesia, y uno superior, en el que se ha instalado espadaña de tipo conventual. Está formada por doble arcada de medio punto, de iguales características, presentando remate con frontón partido sobre el que se asienta un arco de pequeñas dimensiones destinado a la colocación del segundillo. Está flanqueado por dos alerones con relieves, ubicándose en la zona superior un perillón central.

Muy próximo al campanario, se encuentra la portada principal de la iglesia, que Cioranescu la define como *hermosa puerta de cantería, de líneas sencillas, pero armónicas que comunica la iglesia con la calle San Agustín…*[615]. Esta obra es de Juan González Agala, maestro de cantería, labrante y constructor, que ejecuta esta obra en la

[614] Existen descripciones previas en las que se comenta que el antepecho del coro estaba decorado por una celosía.
[615] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p.169.

segunda mitad del siglo XVII bajo las directrices del Cabildo del Hospital[616]. La contratación fue efectuada por Blas Hernández de Barrios, sacerdote y mayordomo del Hospital, por un precio de 2.600 reales, corriendo los materiales por cuenta del promotor del proyecto. La realización de las puertas, se le encargaron al carpintero Miguel Gómez y al herrero Gonzalo García. Éstas, de madera de tea, están tachonadas y compuestas por tablones lisos en su exterior y reforzados con largueros en su interior. Para su decoración, se utilizaron flores de lis que colocaron en la parte superior, herrajes de bronce y clavos romboidales ordenados simétricamente en hileras, para el resto. El coste de esta obra, se recoge detalladamente en el Libro de Fábrica, entre los años 1656 a 1662[617]. En lo referente a su estilo, Juan Sebastián López García define esta obra como de cierto arcaísmo[618]. Destacan, por su originalidad, los plintos y las columnas que presenta. Con respecto a los plintos, han querido ver en ellos los modelos que guiaron a los que posteriormente se ejecutaron para dos de los palacios más importantes de la ciudad: Nava y Salazar[619]. En sus columnas estriadas, tienen paralelismo con algunas formas realizadas en Cuzco, sin hallar hasta la fecha los posibles motivos históricos que fundamenten esta situación[620]. Junto a esta portada, la iglesia anexa al Hospital, presenta una portada secundaria de cantería muy próxima a la principal, compuesta por un arco de medio punto recorrido por molduras. Sus puertas de madera están ornadas con cuarterones y se distribuye en dos hojas.

A lo largo de la fachada que da hacia la calle de San Agustín, entre las dos puertas de acceso, existen dos vanos de cantería de medio punto con un ligero resalte, al que se une el existente en la zona del presbiterio, a una altura ligeramente superior, que permite la iluminación de la capilla mayor. La fachada de la calle Juan de Vera no es uniforme, destacando el muro del presbiterio que sobresale ligeramente y no se adapta

[616] TARQUIS RODRÍGUEZ, P. *Diccionario de arquitectos, alarifes y canteros que han trabajado en las Islas Canarias. Siglo XVIII.* Madrid-Las Palmas: Anuario de Estudios Atlántico, nº 12; 1966; p. 270-276.
[617] *La Tarde* (Santa Cruz de Tenerife), 28 y 30 de Julio de 1958 (TARQUIS RODRIGUEZ, P. *Juan González Agalé, alarife del siglo XVIII. Portada de la iglesia de Dolores de La Laguna*).
[618] LÓPEZ GARCÍA, J. S. *La Arquitectura del Renacimiento en el Archipiélago Canario.* La Laguna (Tenerife): Instituto de Estudios Canarios, 1983; p. 17-50.
[619] MARTIN RODRIGUEZ, F. G. *Arquitectura doméstica canaria.* Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, 1978; p. 277.
[620] *El Día* (Santa Cruz de Tenerife), 11 de diciembre de 1960 (MARCO DORTA, E. *Las Canarias y el arte hispano-americano*).

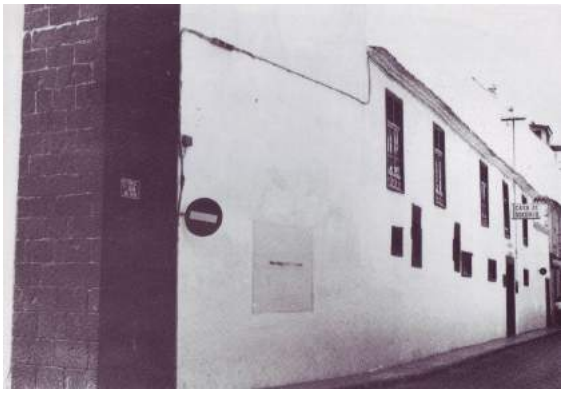
al resto de la fachada. En lo que corresponde al muro de la sacristía se observan dos pequeñas ventanas góticas tapiadas con dintel de cantería roja de Tegueste, donde una de ellas presenta un arco conopial, procedentes ambas de la primera fundación del edificio en el siglo XVI[621]. El resto del paramento presenta cinco vanos rectangulares de dos hojas, abriendo éstas hacia el interior. En la zona inferior aparece un arco de piedra adintelado apoyado sobre basas cuadradas que comunica con el zaguán, presentando una puerta de madera de dos hojas. Próximas aparecen tres ventanas de pequeño tamaño, dos a la izquierda y uno a la derecha, siendo éstas de madera con barrotes de hierro entrecruzados.

100. Francisco J. Castro: vista parcial de la fachada hacia la calle Real, actualmente de San Agustín (2004).

Unos años más tarde, y ante las necesidades que surgieron con el aumento poblacional y la incorporación de las Hermanas de la Caridad para cubrir las tareas asistenciales a los enfermos en el Hospital, fue preciso reestructurar el establecimiento. Siguiendo por la calle San Juan hasta donde da fin el solar se encuentra un traspatio, lugar donde se ubicaron nuevas dependencias. A él, interiormente, se accede por una puerta sencilla de una hoja anexa a la escalera principal, dando paso a un pasillo que conducen a habitaciones (una despensa-almacén, una sala de reuniones, un baño de dimensiones reducidas y un cuarto destinado a actividades de mantenimiento de la lencería). Esta zona del Hospital, esta rodeada por dos cocinas: una destinada a la preparación de los alimentos para los enfermos y otra, de menores dimensiones, para la comunidad religiosa que administra el establecimiento. Próxima encontramos una escalera de reciente creación, de hormigón, que tiene como función permitir el acceso a la segunda planta, así como a un cuarto lavadero que posteriormente se ubicó en esta

[621] GALANTE GÓMEZ, F. J. *Elementos del gótico en la arquitectura canaria.* Las Palmas de Gran Canaria: Edirca S.L., 1983; p. 71-72.
Francisco J. Galante coloca al Hospital de Nuestra Señora de los Dolores dentro del periodo intermedio o de máximo esplendor del gótico (primer cuarto del siglo XVI y último cuarto del siglo XVII).

zona. Esta inserto, en el centro del traspatio, un aljibe que recoge el agua de lluvia, obra que se concluyó el 29 de octubre de 1894 por el contratista Gaspar E. Fernández.[622]



101. Orlando González: Hospital de los Dolores. Fachada a la calle Juan de Vera (1995).

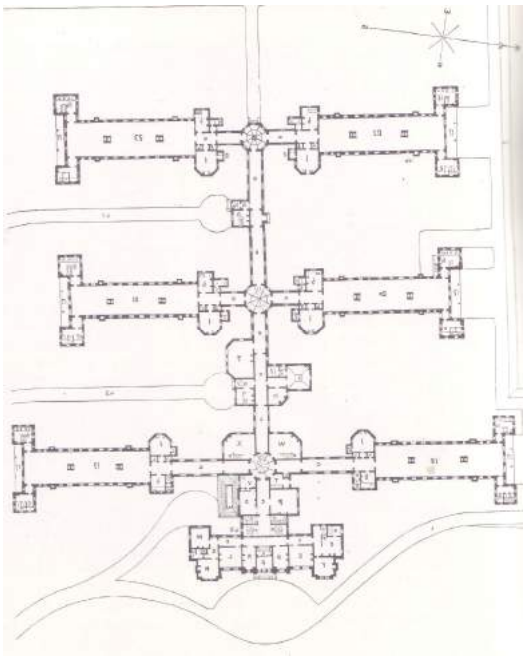
Durante el periodo comprendido entre 1900 y 1950, pocas fueron las obras destacadas que se efectuaron en el Hospital, quedando tan solo, en pequeñas reparaciones sin mayor importancia que procuraban el mantenimiento del edificio. El servicio a los asilados estuvo, durante un tiempo, a cargo de las Siervas de María, quienes habían desarrollado su actividad asistencial atendiendo a la solicitud efectuada desde la Junta de Caridad. En 1923, las Hermanas de la Caridad de la Congregación de San Vicente de Paúl, hacen su entrada en la Institución junto con el personal seglar, encargándose ambos de la asistencia sanitaria. Hasta su cierre y traslado, primero accidentalmente en la zona de Gracia y posteriormente con carácter definitivo a la zona de La Gallega, estuvo ocupado con medio centenar de camas y en la década de los treinta se le incorporó una Casa de Socorro para urgencias.

La necesidad del *Nuevo Hospital de La Laguna*, surge ante lo obsoleto de las instalaciones del antiguo establecimiento activo desde el siglo XVI, habiendo modificado, someramente su estructura, en numerosas ocasiones. El Cabildo Insular de Tenerife, ante esta situación, se había planteado, desde comienzos de la segunda década del siglo XX, la construcción de un hospital con un diseño y tamaño pertinente a las necesidades que presentaba la ciudad y el municipio en los que estaba ubicado.

---

[622] AHPSCT- Edificio. Obras de reparación en el edificio del Hospital de Dolores: Legº Beneficencia 59, 11, s/n; 1887.
El aljibe que se proyectó debía medir 5,40 x 4,40 metros, y una altura de 3,30 metros desde la solera hasta la bóveda que lo cubre. Las obras para la construcción del aljibe se sufragaron con el dinero obtenido de la subasta de parte de la tea del Hospital que estaba almacenada sin uso aparente. El presidente de la Junta de Subastas, el señor Casabuena, obtuvo la cantidad de 1195 pesetas que pagó Leoncio Rodríguez Pérez, maestro carpintero. Los pago de la obra, que ascendían a 1194,60 pesetas, se efectuaron al concluir el aljibe (796,40 pesetas) y el resto (398,20 pesetas) unos meses más tarde, el 24 de enero de 1895.

En los presupuestos anuales de 1922, destinados al capítulo de obras, se consignaba una partida de 35.000 pesetas para el acometimiento de las obras necesarias del recinto hospitalario[623]. Poco debió interesar el proyecto, ya que no se retomó hasta nueve meses más tarde, cuando Juan A. Rumeu Hardisson, lamentó la demora del expediente, no explicándose su *estancamiento*, máxime habiéndose consignado una partida para la compra del solar y la construcción del edificio. Ante este acontecimiento y para salvar este obstáculo, se aportó una explicación sencilla, el estar pendiente de un informe solicitado a la Real Academia de Medicina, sobre la viabilidad del viejo establecimiento o la edificación de uno nuevo de mayores dimensiones con cobertura provincial[624]. Diez días más tarde, llegó el solicitado informe, el cual se decantó por la edificación de un nuevo hospital. La Comisión Permanente, acordó enviar un oficio, al Consejero-Inspector Leoncio Oramas, para la realización de las gestiones pertinentes para la adquisición del solar.[625]



102. Nikolaus Pevsner: Planta del Hospital de Niños de Pendlebury (1979).

Siguiendo las directrices del Inspector Provincial de Sanidad y el Subdelegado de Medicina, en Sesión de la Corporación insular de 18 de diciembre de 1922, se propuso un solar de 15.000 metros cuadrados, propiedad de los Herederos de Quintín Benito (Mercedes Benito y Rodríguez de la Sierra, esposa de Clotario Rodríguez Riverol), frente a la Cruz de Piedra[626], en el comienzo del camino de San Miguel de Geneto, en el trozo

[623] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), 12 de enero (nº 3788) de 1922.
[624] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), 24 de octubre (nª4030) de 1922.
[625] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), 4 de noviembre (nª4040) de 1922.
[626] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), 17 de diciembre (nª4076) de 1922.

denominado calle de Morales[627]. El solar, al tener las dimensiones deseadas para el proyecto, se eximió de concurso, adquiriéndose el 6 de febrero de 1923, ante el notario Blas Cabrera por la cantidad de 21.000 pesetas.[628]

A su vez, se le encargó al arquitecto Domingo Pisaca la realización de los planos y la dirección de las obras[629]. El edificio que se proponía, con capacidad para 130 enfermos, se articulaba a partir un gran eje central cortado por crujías que formaban los diferentes pabellones ligados por circulación cubierta, remedo del diseño establecido para el *Hospital de Niños de Pendlebury*, ubicando cuatro edificios en cada una de las esquinas del solar. Los pabellones estaban divididos por especialidades como infecciosas, enfermedades comunes, cirugía, maternidad e infancia, que se unían a una crujía central[630], situación que se describe claramente en el proyecto y diseño de construcción:

> *Primer grupo (Pabellón de Administración, designado en el plano con la letra A.; Pabellón de Cirugía, letra E.; Primer Pabellón de Enfermedades Comunes, letra F.; Pabellón de Servicios, letra G.); Segundo grupo: Pabellón de Infecciosos, letra H.; Cámara Mortuoria, letra J.; Pabellón de Lavaderos, letra I; Capilla de Culto, letra K.); Segundo Pabellón de Enfermedades Comunes, letra F.)*; *Tercer pabellón (Pabellón de Maternidad, letra B.; Pabellón de Infancia, letra C.).*

De los tres pabellones, se pretendió dar mayor prioridad a los dos primeros, con el fin de trasladar con la mayor premura el antiguo hospital al nuevo edificio. Para la ejecución de la obra, el 10 de febrero de 1926 en Comisión Permanente, se acordó presupuestar la cantidad de 642.607,20 pesetas[631]. En el Boletín Oficial de la Provincia

---

[627] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 239.
[628] *Ibidem*, expediente nº 239.
[629] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), 20 de diciembre (nª4078) de 1922.
[630] DARIAS PRÍNCIPE, A. *Arquitectura y arquitectos de las Canarias Occidentales: 1874-1931*. Santa Cruz de Tenerife: Caja General de Ahorros de Canarias, 1985. Premio de Investigación «Agustín de Bethencourt», p. 410-411.
Está tomado del Hospital de Niños de Pendlebury (1872-1878), realizado por Pennington y Brigues.
[631] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 239, *opus cit*.
Esta cantidad se desglosa de la siguiente manera: Primer grupo, aguas negras, aguas potables, pozo séptico y cerramiento del solar, unas 55.969,30 pesetas; Segundo grupo, Pabellón de Administración, unas 101.729,85 pesetas; Tercer grupo, Pabellón de enfermedades comunes, unas 174.219,36 pesetas ; Cuarto grupo, Pabellón de servicios, lavaderos y garajes, unas

de Canarias número 67, fechado el 14 de julio de 1926, se publicó el concurso para la adjudicación de las obras del Primer grupo, asignándosele al contratista José Padrón Afonso. En lo referente a la cimentación y fosa séptica, se plantearon ciertos problemas que procuraban el aislamiento de la humedad muy característica del emplazamiento del futuro hospital, lo que provocó que se tuvieran que efectuar modificaciones en el presupuesto, ciñéndose a la situación acaecida. Para el cerramiento externo, se proyectaron dos propuestas de verja, seleccionando la que presentaba una mayor solidez y robustez, cuya función era la de privatizar y marcar perimetralmente el límite de la institución sanitaria. Para su inclusión en el proyecto, fue necesario modificar éste, lo que significó un aumento del presupuesto para tal fin de 16.636,70 pesetas a 50.336,06 pesetas. Las obras del cerramiento perimetral se retrasaron considerablemente, siendo concluidas y entregadas el 18 de mayo de 1929[632]. El resto de la obra, el edificio del hospital, se dilataron motivados por los trámites, entregando tan solo Pisaca el anteproyecto al Cabildo Insular. Las intenciones de la Corporación insular quedaron verdaderamente claras cuando en la sesión del 16 de noviembre de 1931, y ante la solicitud del Ayuntamiento de La Laguna de un solar, ésta alega que para *la edificación de la Universidad de este Archipiélago*, *que el Cabildo ofrece el que la Corporación dispone en el camino de Geneto, del término municipal de La Laguna, haciendo por su cuenta las compras de terrenos que su ampliación, si fuese necesario, reclame.*[633]

Al año siguiente, en Sesión Ordinaria de la Comisión Gestora de la Corporación insular con fecha de 21 de marzo, el consejero Pedro García Cabrera[634],

---

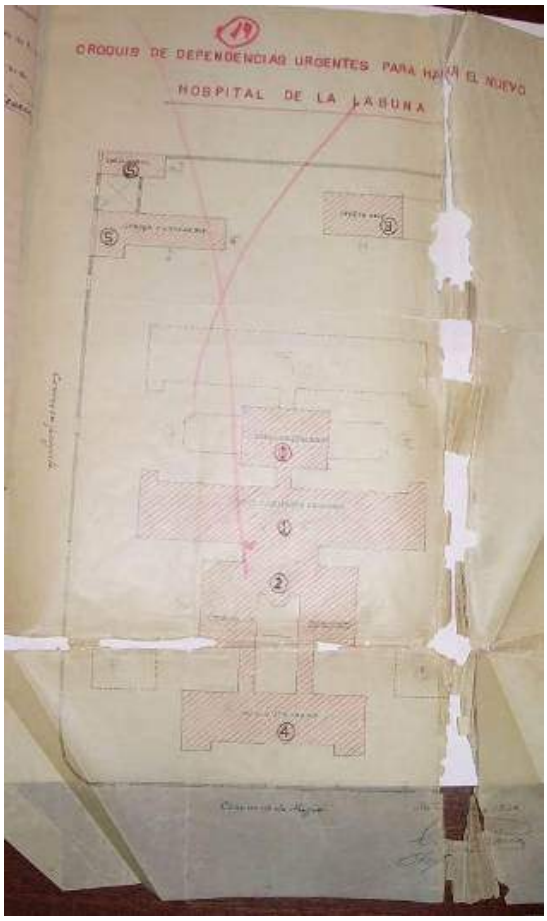
121.906,34 pesetas; y el Quinto y último grupo, Pabellón de cirugía y Capilla, unas 188.782,33 pesetas.

[632] *Ibidem*, expediente nº 239.
Los honorarios devengados por el arquitecto Domingo Pisaca y Burgada por la obras ejecutadas ascendían a la cantidad de 114501 peseta y 4 céntimos.

[633] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit,* p. 52-53.

[634] NAVARRO SEGURA, M. Pedro García Cabrera: el arte de la política. In *Actas de Congreso Internacional Pedro García Cabrera. La Gomera 10-14 de octubre de 2005;* [coordinadora: Belén Castro Morales]. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna, 2007, tomo I, p. 57.
Tras celebrarse la comisión de constitución del Cabildo Insular de Tenerife el 27 de abril de 1931, Pedro García Cabrera asume la condición de Consejero Inspector del Hospital de Nuestra Señora de los Dolores de La Laguna, representante del Montepío de Funcionarios Insulares, miembro de

paradójicamente, propone solicitar la redacción de un «nuevo proyecto» al arquitecto Antonio Pintor y Ocete, *para la construcción en el solar que el Cabildo posee en La Laguna, un edificio para alojar el Hospital de aquella localidad*, enajenando lo títulos intransferibles de la deuda que poseía el establecimiento y el edificio actual. Esta situación surge ante las condiciones del mismo edificio, carente de ventilación, sin sala de operaciones y ubicado en el centro de la ciudad.[635]



103. Proyecto para el nuevo Hospital de La Laguna (ACIT-Negociado de Beneficencia: caja nº 7182; expediente nº 232).

La viabilidad de la construcción del nuevo edificio fue estudiada por una Comisión formada por Matías Molina Hernández, Fernando Franquet y Solé, Pedro García Cabrera y el arquitecto Antonio Pintor[636]. La propuesta no llegó a cuajar, ya fuera por los acontecimiento políticos que ocurrieron por estas fechas, o por la idea que comenzaba a surgir de potenciar el Hospital Civil de Santa Cruz para transformarlo en un Hospital Central provincial, pero si está claro que su actividad política estuvo marcada por una preocupación considerable por los aspectos sociales y sanitarios de la población canaria desde una óptica laica y aconfesional[637], otorgándole destacada importancia a la organización de la sanidad insular durante su breve estancia en el «Palacio Insular» (1931-1934).[638]

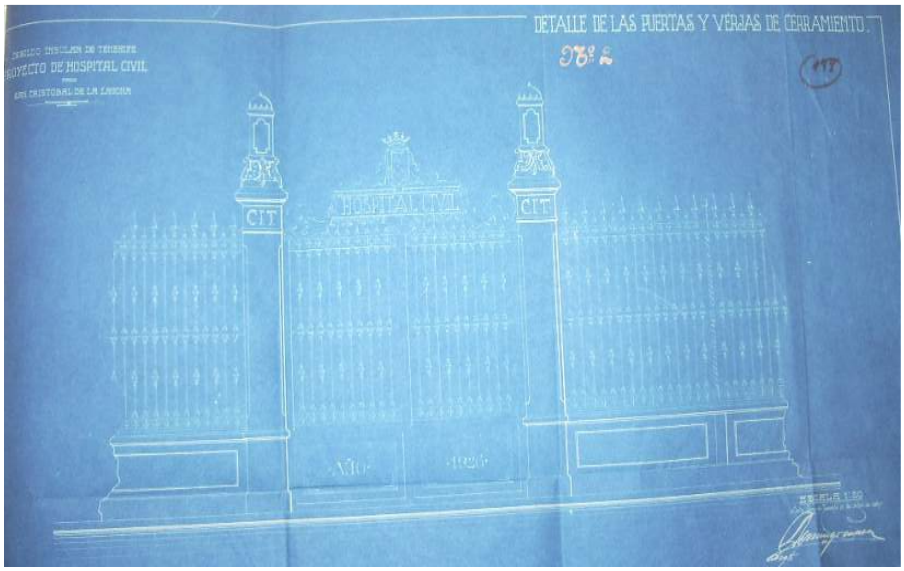
---

la Comisión de Régimen Administrativo del Instituto de Higiene y miembro del Patronato de Protección Escolar.

[635] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit,* p. 180-181.

[636] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6983; expediente nº 89.

[637] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6982; expediente nº 30.



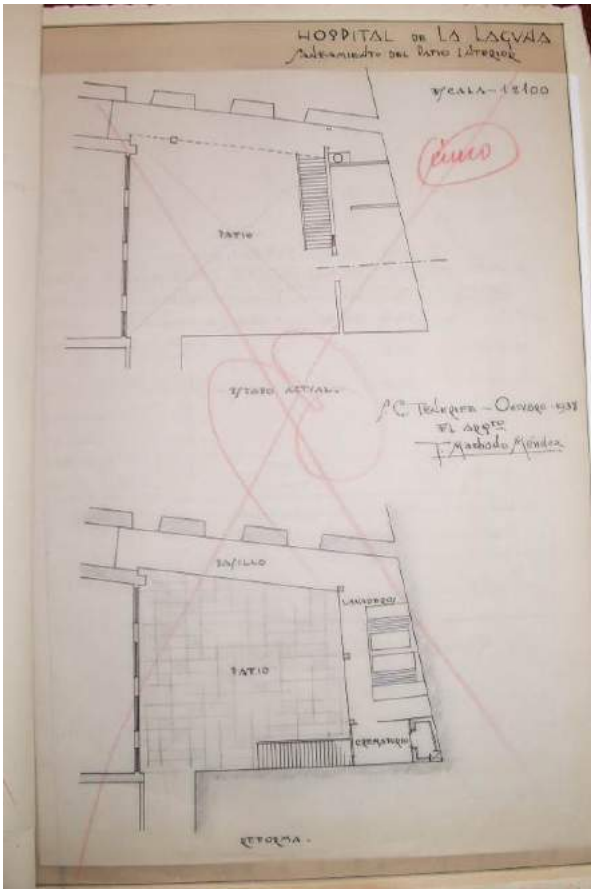
104. Detalle de una de las propuestas para la verja y puertas del cerramiento del Hospital Civil de La Laguna en proyecto (ACIT-Negociado de Beneficencia: caja nº 7182; expediente nº 232).

De regreso al antiguo edificio que albergaba el hospital, en abril de 1929 se estableció realizar obras en la estructura del centro *para instalar Salas de operaciones y curas*. Tras la publicación del destajo en el Boletín Oficial de la Provincia con fecha 24 de mayo de 1929, se le concedió a Manuel Padrón Sosa, quien ofrecía una baja de un seis y medio por ciento del presupuesto de contrata (11.63321 pesetas), frente al presentado por Ramón Izquierdo Rodríguez que ascendía a un total de 13.480 pesetas. Para la ejecución de las obras, dirigidas y supervisadas por el Ingeniero Director Carlos Hardisson, fue precisó solicitar permiso a una casa colindante, propiedad de Alberto Delgado Rodríguez, para ampliar los ventanales a un tamaño de 3 por 2,5 metros que daban al patio trasero de la casa vecina, lo que mejoraba considerablemente la iluminación del habitáculo quirúrgico. Éste último, de sencillo diseño, no dejaba de ser más que una habitación alicatada hasta el techo con un pequeño elemento de aseo (punto para el lavado de manos e instrumental), lo que nos hace pensar que pudiera ser más una sala destinada a curas o a intervenciones menores que un quirófano

[638] NAVARRO SEGURA, M. Pedro García Cabrera: el arte de la política. In *Actas….* (2007). Opus cit, tomo I, p. 59.
Dentro de sus proyectos se incluía un nuevo reglamento sobre la sanidad insular, a lo que se unían modificaciones en la estructura organizativa con la intención no solo de centralizar la asistencia en un solo hospital, sino de crear una red insular de equipamientos de primera necesidad que se materializaron sobre todo en las casas de socorro. Los primeros proyectos que después ejecutó José Enrique Marrero Regalado, nacen de la propuesta del *poeta-consejero*.

propiamente dicho como los que existían en los Hospitales Civil y Militar. A la cantidad originaria fue preciso añadir dos presupuestos adicionales: el que incluían beneficios industriales, dirección, administración y ejecución material, el cual ascendía a la cantidad de 4.516,63 pesetas, y el establecido para colocar la instalación eléctrica realizada por Gregorio García con un presupuesto de 570 pesetas.[639]

Pese a que la capital se encontraba a escasos 10 kilómetros, este dispositivo sanitario atendía a una considerable población, que en 1930 ascendía a unos 24.225 habitantes frente a los 61.983 que tenía Santa Cruz de Tenerife.



105. Hospital de La Laguna. Reforma y saneamiento de un patio interior (ACIT-Negociado de Beneficencia: caja nº 7023-7024; expediente nº 15).

En situaciones de urgencias vitales, los pacientes eran remitidos al Hospital Civil, pudiendo ser solo atendidos casos de menor importancia en el Hospital de Los Dolores por carencia de «recursos técnicos modernos». En escrito remitido a la Corporación insular, el Director Médico del Hospital, exponía las carencias existentes y la necesidad que tenía el centro de un aparato de Rayos X, un Pantostato y una Diatermia. Ante la reclamación presentada por el galeno responsable, se procedió a la solicitud de presupuesto a la Sociedad Anónima Prieta ubicada en Barcelona, quienes remitieron un

[639] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6975; expediente nº 42.

informe en el que se recogía un coste total de los aparatos de 15.061 pesetas; el presupuesto fue llevado a pleno para posteriormente ser aprobado.[640]

El edificio ubicado en el centro de La Laguna había soportado fuertemente durante casi cuatro siglos. El pasar de los años había deteriorado poco a poco el estado de éste, situación que se agravó considerablemente en febrero de 1933, cuando en su estructura surgieron una serie de defectos que hacían peligrar la integridad del edificio. Tal situación llevó a que el 6 de marzo de ese mismo año, se procedió a aprobar presupuesto para el arreglo de varias grietas observadas en el inmueble, en sentido longitudinal, entre la sala de Infecciosos y la escalera principal, encargándole a Ramón Izquierdo Rodríguez su apuntalamiento por un importe de 601,01 pesetas[641]. Al analizar la forma y lugar de la grieta se creyó que *hubieran cedido los cimientos, quizás por pasar por ellos alguna antigua atarjea o por la filtraciones de los patios de las casas colindantes.* La Comisión Gestora acordó, el 20 de marzo, conceder el destajo de la obra a Domingo Pérez Rodríguez por la cantidad de 2.500 pesetas, estando concluida en junio de ese mismo año[642]. Pasados tres años, en noviembre de 1936, nuevamente fue necesario efectuar arreglos bajo la dirección del arquitecto Marrero Regalado. Los trabajos, destajados por el contratista Juan Pérez Torres, se centraban en la reparación de parte del tejado, la remodelación de un baño y la instalación de un calentador eléctrico por un total de 5.000 pesetas, concluyéndose en un solo mes, pese a la situación política en la que se encontraba el país en ese momento.[643]

En mayo del años siguiente, se procedió a solicitar presupuesto y memoria, nuevamente, al arquitecto Marrero Regalado, para la *sustitución del piso de madera por un tablero de hormigón armado con sus correspondientes vigas, teniendo especial cuidado en la construcción de llenar, tanto el tablero como las vigas que se indican en el plano*, colocando un pavimento de mosaico y el techo revestido con yeso. Este tipo de remodelación, se había llevado a cabo por estas mismas fechas tanto en el Hospital Civil

[640] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6988; Escritos y oficios que no figuran en expedientes; *opus cit.*
[641] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7001-7002; expediente nº 337.
[642] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 13; Beneficencia y Sanidad; p. 123
[643] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; expediente nº 368.

como en el Hospital Militar, y que por primera vez esta solución había sido utilizada por Antonio Pintor, en 1900, para el edificio del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife[644]. Presentaba una doble intención: sustituir materiales de fácil combustión, lo que convertían a este tipo de edificios en un peligro latente, y favorecer la limpieza-desinfección de las diferentes partes del recinto hospitalario con elementos arquitectónicos más adecuados y actuales. El coste de la obra se estableció en la cantidad de 8.692,56 pesetas, el cual fue abonado empleando el legado otorgado por Águeda Brito como se recoge en el expediente de Beneficencia número 197, fechado en 1932. No quedando contentos con la cantidad fijada, que parecía excesiva, se procedió a revisar el proyecto en septiembre de este mismo año, menguando la cantidad presupuestada hasta 7.785,50 pesetas. Las obras, que se dilataron considerablemente, tardaron varios años en finalizarse, hasta febrero de 1942, momento en el que el arquitecto Tomás Machado Méndez procede a la recepción de ésta.[645]

Un año más tarde, en enero de 1938, se realizan obras secundarias para la conservación y mantenimiento del edificio. Entre ellas, la reforma y saneamiento del patio interior del hospital, proyecto realizado por el arquitecto Machado Méndez, por un importe de 2.171,97 pesetas[646]. En ese mismo año, en octubre, a las intervenciones efectuadas en el patio, se les unieron otras de saneamiento de la misma zona del edificio: *acabado del pavimento del patio en reforma, pavimento del pasillo de servicio, construcción de una fosa séptica reglamentaria, limpieza del pozo absorbente (actualmente anegado), y por último pintar al óleo toda la carpintería de galería alta y escalera de servicio*; el total del presupuesto ascendía a 3.921,97 pesetas. A esta reforma se le agregó la del pavimentado de la sacristía de la iglesia anexa, para el que se presupuestó un total de 574,27 pesetas. Las obras se retrasaron considerablemente, y fue en mayo de 1940, cuando se solicitó, por parte de la Corporación insular, que el

[644] DARIAS PRÍNCIPE, A. (1985). Opus cit, p. 119.
Esta nueva solución ya había sido pensada para el nuevo cementerio que Antonio Pintor diseña para la capital en 1897.
[645] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7028; expediente nº 198.
[646] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 15.

arquitecto Marrero Regalado recibiera las obras, realizando informe de las causas de tan importante retraso. Pese a ello, ambas obras fueron entregadas en enero de 1942.[647]

Iniciándose la década de los cuarenta, la cubierta presentaba un estado tan precario por su deterioro que en algunas zonas llegaba a dar el aspecto de ruinosa. Esta situación llevó a realizar trabajos de retejado del techo, que dieron inicio en septiembre de 1940. Se observó que la *solera del caballete* que correspondía a la parte de tejado que cubría la escalera principal, estaba partido por sus lados y las vigas desprendidas, lo que amenazaba con derrumbarse. Tras la valoración realizada por el arquitecto de la Corporación insular, Machado Méndez, se procedió a su sustitución por una plancha de hormigón armado, que definió como *una solución definitiva y más económica a la larga,* y cuya intervención centró en cuatro pasos*:*

> *1º.- Demolición del techo actual, lo que se hará con el mayor cuidado posible y tomando todas las precauciones para evitar cualquier sorpresa (…); 2º.- Forjado de la viga central y plancha de hormigón armado conforme las indicaciones que en su momento oportuno de el Arquitecto Director; 3º.- Revestido y blanqueo en su parte interior; 4º.- Exteriormente llevará un atezado sobre el que se sentará la loseta roja, al mismo nivel de las ya existente sobre la sala de operaciones*.

En España, el empleo del hormigón armado como material constructivo penetró por Cataluña de la mano del ingeniero Francesc Macià con la patente del francés Joseph Monier[648], mientras que el primer edificio de entidad construido con este material fue la fábrica de harinas La Ceres en Bilbao[649] de 1899 a 1900. El importe del presupuesto ascendía a 2.406,43 pesetas, siendo ejecutadas por el contratista Ángel Suárez Vera en los meses de noviembre y diciembre de 1940, para ser concluidas en enero del año siguiente.[650]

Nuevas obras, pero de menor calibre, se efectuaron en el edificio. El arquitecto Marrero Regalado, confeccionó presupuesto para la realización de obras menores en el

[647] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7028; expediente nº 56.
[648] BURGOS NUÑEZ, A. *Los orígenes del hormigón armado en España*. Tesis doctoral dirigida por Juan Calatrava Escobar. Editorial Universidad de Granada: Granada, 2009, p. 324-329.
[649] La Fábrica Ceres de Bilbao. In *Revista de Obras Públicas*, número 1343. Año 1901. [Sitio web]. URL: <http://ropdigital.ciccp.es/pdf/publico/1901/1901_tomoI_1343_02.pdf>, p. 233-234, (consultado en enero de 2012).
[650] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7044; expediente nº 398.

hospital en abril de 1943. Dentro de los trabajos de acondicionamiento ejecutadas por el contratista Enrique Simó García, estaban: ampliación del retrete y cuarto de baño de la sala de mujeres, empotrando el baño, pavimentando y alicatando; tabique en la sala de Infecciosos; acondicionamiento del cuarto de baño de las Hermanas; y arreglos varios. En enero de 1945 las obras quedan definitivamente concluidas, pese a que tuvo que hacerse derrama de 1.348,06 pesetas.[651]

Las sucesivas intervenciones que se efectuaron en el inmueble, no fueron más allá de obras de mantenimiento que procuraban reparar el deterioro causado por el paso del tiempo y el uso en la actividad asistencial.

4.2.1.2. HOSPITAL DE SAN SEBASTIÁN (SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA).

Este centro hospitalario, constituyó el segundo en importancia de la Ciudad de los Adelantados, perdurando su actividad asistencial durante cuatro siglos hasta finales del primer tercio del siglo XIX. Es arduamente difícil asignar una fecha concreta de fundación ante la carencia de documentación; si es verdad, que en los planos elaborados por Leonardo Torriani a finales del siglo XVI, ubica, próximo al Convento de San Miguel de las Victorias, un recinto que nomina como «San Sebastián»[652]. Diferentes autores han querido concretar una fecha, oscilando éstas entre 1510 y 1520. Así, Manuel de Ossuna y Van Den Heede en su libro *El regionalismo en Canarias* ubica esta fecha en 1515[653], o el propio José de Viera y Clavijo, en su *Noticias de la Historia General de las Islas Canarias*, donde aclara y concreta la fecha de comienzo de las obras de edificación, así como el emplazamiento concreto y su extensión, exponiendo:

> *Desde principio del siglo XVI hubo en la laguna otro hospital con nombre de San Sebastián, para cuya fundación dejó sus bienes, en el año 1507, Pedro López de Villera, alguacil mayor, nombrado por patronos a la justicia y regimiento y al*

[651] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7084; expediente nº 111.
Costes de las obras de mejora: ampliación del retrete y cuarto de baño de la sala de mujeres, empotrando el baño, pavimentando y alicatando (1.950 pesetas); tabique en la sala de Infecciosos (1.473,13 pesetas); acondicionamiento del cuarto de baño de las Hermanas (1.670,03 pesetas); y arreglos varios (4.276,65 pesetas). En enero de 1945 las obras quedan definitivamente concluidas, pese a que tuvo que hacerse derrama de 1.348,06 pesetas.
[652] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 41-46.
[653] OSSUNA Y VAN DEN-HEEDE, M. DE. *El regionalismo en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Talaya Ediciones, 1983, p. 144.
Ubica la fecha en 1515, momento en el que se dan inicio las labores asistenciales en el recinto sanitario.

> *escribano del consejo de Tenerife. Así, luego que fallecido Villera, en noviembre de 1509, se trató de levantar la obra, para la cual el Adelantado señaló dos años después un solar, desde las casas y fuentes de Pedro de Izuzaga para San Francisco seiscientos pasos y de calle a calle como se había pedido…*[654]

Alejandro Cioranescu, en su *La Laguna, Guía Histórica y monumental,* añade que López de Villera había sido además, «mayordomo del obispo de Canarias en 1490 y alguacil mayor de Tenerife en 1500». En una descripción de La Laguna efectuada durante esta misma época se nombra la existencia de tres conventos principales pertenecientes a las órdenes franciscana, agustina y dominica, así como la existencia de dos hospitales[655]. Seguramente estos dos hospitales eran el de San Sebastián y el de los Dolores, ya que el hospital de la Antigua Misericordia, aunque se originó anteriormente al de los Dolores, seguramente fuese absorbido por éste como deja claro Emma González Yánez en su trabajo de la *Revista de Historia.*[656]

106. Leonardo Torriani: Ubicación del Hospital de San Sebastián en el plano de San Cristóbal de La Laguna(1588).

El solar destinado a albergar el establecimiento hospitalario, fue donado, en su testamento, por Pedro López de Villera, alguacil mayor de la Isla y rico terrateniente de

[654] VIERA Y CLAVIJO, J. DE (1982). *Opus cit,* p. 699.
[655] MARCO DORTA, E. *Descripción de las Islas Canarias, hecha en virtud de mandato de S, Af. por un tío del Ldo. Valcárcel;* Revista de Historia, IX; 1943; p. 201.
[656] GONZÁLEZ YANES, E. (1952). *Opus cit,* p. 46.

la Orotava y Tegueste, donación a la que se le unió la mitad de sus posesiones[657]. El 9 de junio de 1509, Villera, aquejado de una grave enfermedad, otorga poderes, ante el escribano Antón de Vallejo, a los frailes Juan de Córdoba, Martín de Mondragón y Alonso, todos ellos clérigos del Convento de San Francisco, siendo el primero de los tres, el vicario de esta institución eclesiástica, al escribano Sebastián Páez y a su suegro, Guillén Castellano, para que en su nombre sea expedido testamento[658]. En él, el moribundo benefactor solicitaba la construcción del Hospital, bajo la advocación del *Bienaventurado Mártir Señor San Sebastián* con el fin de asistir tanto a pobres como a enfermos hasta su sanación. Si sorprende como niega cualquier protagonismo a la Iglesia: *…Y que el obispo ni otro prelado alguno, directo o indirecto no se entrometa en las cuentas del hospital…*[659]. Curiosamente, y tras revisar la documentación existente, existe un pago que se materializa tras la muerte del donante el 6 de octubre del año en curso, en el que el deudor Lope de Aguirre pretendía abonar a la viuda del difunto, Ana Gutiérrez, ochenta fanegas de trigo por el arriendo de tierras en la Orotava, las cuales acaban en manos de los responsables de la «futura fundación»[660]. Hubieron dificultades en la partición de lo bienes recogidos en las últimas voluntades de Pedro López de Villera, ya que Ana Gutiérrez, su viuda, casa seguidamente con el escribano público Sebastián Páez, albacea de su difunto marido.[661]

El intento por parte de las autoridades eclesiásticas de tomar las riendas del establecimiento fue una sombra que voló de manera continua sobre la institución hospitalaria. De manera reiterada, su testamento fue utilizado en numerosas ocasiones

[657] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 133-134.
El testamento fue fechado el 17 de marzo de 1507, en Tegueste, ante el escribano Sebastián Pérez de Páez. José de Viera y Clavijo, en su publicación titulada *Noticias de la Historia General de las Islas Canarias*, confirma este hecho, así como el inicio de las obras de construcción (p. 698-699).
«…que hagan en San Cristóbal de La Laguna una casa de hospital de la advocación del Bienaventurado Mártir Señor San Sebastián donde se acojan tantos pobres cuantos la renta bastare o sufriere para que se puedan sustentar y que estos pobres sean de los más enfermos. Deben fabricar el edificio lo más que les pareciere para que los pobres estén albergados. Para que los pobres enfermos que no lo pudiesen ganar sean curados y les den los mantenimientos necesarios hasta que estén sanos y que cuando acaben de sanar no les den más mantenimientos…»
[658] AHPSCT- escribano Sebastián Páez. Documento nº 9, año 1509, folio 819 vuelto.
[659] SANTANA PÉREZ, J. M.; MONZÓN PERDOMO, M. E. (1996). *Opus cit*, p. 175.
[660] AHPSCT- escribano Sebastián Páez. Documento nº 10, año 1510-1512, C. 14, folio 879 vuelto.
[661] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 134.

para delimitar las competencias de las instituciones eclesiásticas en el centro hospitalario, así como para «recordar» a quienes iban destinados los cuidados y tratamientos que en él se prestaban. El alto clero local, procuró en todo momento hacerse con el control de Hospital, llegando incluso a nombrar una persona que procuró fiscalizar todo movimiento económico. Estos «amagos de conquista del dominio del gobierno de la Institución» fueron al traste ante la respuesta emitida desde Madrid, como real cédula en 1546, en la que se le concedía este favor al Ayuntamiento, atendiendo a los deseos del difunto donador[662]. Pese a esta problemática con la Iglesia, el Hospital contó con un capellán propuesto por el Obispado, puesto menos codiciado ante la falta de control de las rentas que eran de menor cuantía que su homólogo de la misma ciudad. Su trabajo era la celebración de la liturgia, principalmente destinada a los enfermos alojados en el hospital, aunque se hacía extensiva al resto de la población de la ciudad de La Laguna, dando cumplimento al testamento del fundador y aportando el reconforte moral a los dolientes alojados en el centro.[663]

En marzo de 1510 son arrendadas la mitad de las tierras que poseía Pero López de Villera en Taoro y que pertenecían al hospital de San Sebastián. La autorización para hacer efectiva la carta de arrendamiento fue aceptada por ambas partes: por un lado los representantes del Hospital, Pedro de Vergara y Alonso de las Hijas (aunque no es hasta agosto de 1510, cuando el cabildo del hospital nombra al primero como repartidor de los bienes); y por los familiares del difunto, Ana Gutiérrez y Guillén Castellano, viuda y suegro, que poseían la mitad de la fortuna[664]. En diciembre de ese mismo año, vemos como responsables absolutos del legado de Villera tanto a Pedro de Vergara y Alonso de

[662] VIERA Y CLAVIJO, J. de (1982). *Opus cit,* p. 699. La fecha de emisión de la real cédula en la que se efectúa el aclaramiento del control del Hospital es de 20 de marzo de 1546, aunque no será el único momento en el que se tendrá que aclarar esta situación.
[663] *Ibidem*, p. 718-719 y 829.
Varios fueron los intentos por parte de las órdenes eclesiásticas por hacerse con el control de Hospital. Viera y Clavijo expone dos: una durante el siglo XVI siendo ocupada por los frailes franciscanos del vecino convento de San Miguel de las Victorias, ante el cese temporal que efectuaron de sus dependencias a una orden de monjas, llegando a tener que solucionarse desde Roma en 1577 ante la falta de solución; y en el siglo XVII una congregación de monjas Bernardas pretendió la administración del Hospital, situación que se aprobó en febrero de 1643, aunque nunca se produjo. Debe destacarse que no solo el colectivo eclesiástico pretendía el edificio, sino que los poderes tanto militares como civiles le dieron uso no asistencial.
[664] AHPSCT- Escribano Antón de Vallejo, nº 605, C.16, año 1510-1511, folio 832 vuelto.

las Hijas acordando dar a renta 220 ovejas pertenecientes al patrimonio del hospital a Juan Martín de Trebejo. Pero la partición de los bienes testados por Pero López de Villera fue un tema controvertido que se abordó en numerosas ocasiones (enero, febrero y julio de 1511; y en agosto y septiembre de 1513), procurando solucionar «equitativamente» el reparto de las tierras de Taoro y Tejina, así como otros tantos bienes existentes.[665]

En febrero de 1511, se nombra mayordomo del hospital a Mateo Juan Carbón, mercader que «se ausenta en numerosas ocasiones», lo que provoca que en junio del mismo año sea sustituido por Juan Pérez de Zorroza, asignándole como pago a los servicios prestados el diezmo de las rentas fruto de las propiedades existentes[666]. Junto al nombramiento del mayordomo, en esta misma fecha se procuró buscar ubicación para el hospital. Se barajaron numerosas posibilidades, entre ellas la casa de Alonso Núñez, tomándose como negociadores por parte del cabildo a Zorroza y Santaella; en marzo, las casas fueron vendidas por Núñez y adquiridas por el hospital por 30 doblas de oro, dinero que se obtuvo de la enajenación de parte de los bienes de la institución.

Pese a todos estos movimientos que procuraban dar domicilio al hospital, en junio se decantan por la adquisición, a petición del mayordomo, de *unas casas que son de San Sebastián, que están situadas junto a Sancti Spiritus, sirven para hacer allí el principio del hospital, puesto que la venta de las casas de Alonso Rodrigues* [sic] *no llegó a efectuarse.* Viendo la relevancia de la obra, el Adelantado Alonso Fernández de Lugo otorga un solar el 22 de agosto de 1511, desechando las intenciones anteriormente expuestas y solicitando que presentara las dimensiones adecuadas para albergar a los enfermos y facilitar las actividades asistenciales que en él se pretendían efectuar[667]. Este solar

[665] SERRA RÀFOLS, E.; ROSA OLIVERA, L. de la: *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. II, 1508-1513*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1952. Colección Fontes Rerum Canariarum. Acuerdos 268 y 270. Debe señalarse que en la documentación consultada, se nombra a Alonso de las Hijas en ocasiones como Alonso de las Casas.

[666] SERRA RÀFOLS, E.; ROSA OLIVERA, L. de la (1952). *Opus cit.,* Acuerdos 132, 136 y 159.

[667] *Ibidem,* Acuerdos 134, 141, 159 y 167.
Recogido en el Acuerdo del Cabildo de Tenerife número 141: *Estas casas lindan con otras de Diego d'Espino, difunto, y de Pedro Alfonso, aserrador, y con el barranco.*
Recogido en el Acuerdo del Cabildo de Tenerife número 167: *la obra del hospital «santa e provechosa, donde el culto devino avía de seronrrado e venerado e los pobres reparados e albergados», el Adelantado debe dar para el hospital un solar, en virtud de su poder para repartir.*

constituyó el emplazamiento final del edificio dando comienzo las obras en septiembre de 1512. Para su realización se contrata al albañil Blas Afonso, estipulándose en la obra la ejecución del habitáculo destinado para los enfermos, «casa de enfermería» así como la iglesia advocada a San Sebastián como solicitara en su testamento Pero López de Villera. Ya, al año siguiente, se iniciaban los trabajos de carpintería, así como se encargaba a un escultor la imagen del patrón para la iglesia del establecimiento benéfico[668]. Cioranescu supone que al año siguiente, en 1514, el Hospital ya había dado comienzo a su actividad asistencial[669]. El control de los bienes otorgados al patrimonio del Hospital será la nota discordante que llevaran a tomar decisiones a sus gestores que serán reflejadas en diferentes contratos notariales y acuerdos recogidos en las actas del Cabildo.[670]

Se solicita que el solar sea «desde las casas que fueron de Pedro de Isasaga, que agora son de Gerónimo de Valdés, yendo cara San Francisco, sesenta pasos, e que vaya el dicho solar hasta la otra calle del conpás deste número de sesenta pasos de calle a calle». El Adelantado concede el solar, con el solo voto en contra de Andrés Suárez Gallinato, quien dice que el solar entra en tierras que le pertenecen.

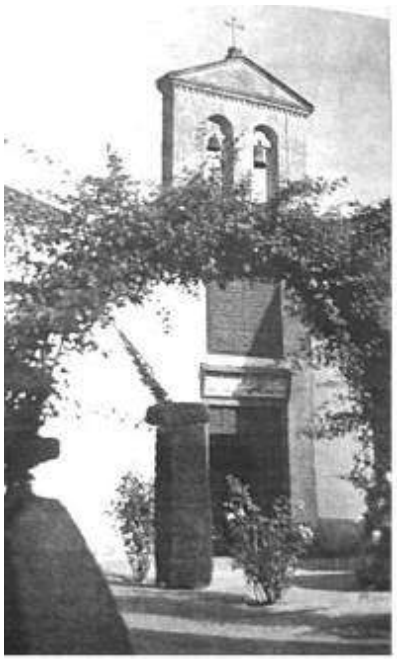
[668] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 134.

[669] AHPSCT- escribano Sebastián Páez. Documento nº 10, Año 1510-1512, folio 666 vuelto.
En el contrato estipula lo siguiente*: Blas Afonso hará toda la casa e iglesia del señor San Sebastián con la casa de enfermería, que han de ser juntas de piedra de manpuesto, de anchor por el canto de arriba de tres palmos y medio y cada tapia según es uso y costumbre de longura y anchura. Juan Pérez le dará agua del pozo que está dentro del cercado y dos tinas en que esté el agua y madera para hacer los andamios y toda la piedra, cal y arena, al pie de la obra. Blas Afonso ha de recibir por cada tajsia de todas las que hiciere a 70 mrs., según las vaya haciendo.*

[670] SERRA RÀFOLS, E.; ROSA OLIVERA, L. de la. *Opus cit*.
Acuerdo 141 (p. 96, 97 y 98). Tomás Justiniano, en marzo de 1511, reclama ante los representantes del hospital sobre un contrato de tablazones que tenia con Pero López. El cabildo nombran a Las Hijas para la resolución del problema.
Acuerdo 148 (p. 103 y 104). En mayo de 1511 se propone la venta en subasta pública … *el caballo y taza y otros bienes... que quedaron de Pero Lopes*.
Acuerdo 159 (p. 114 y 115). En junio de 1511 se concede permiso al mayordomo para que las yeguas propiedad del hospital entren en las dehesas y beber las aguas sin pagar pena por ello.
Acuerdo 162 (p. 116 y 117). En julio de 1511 se manda confeccionar a Pedro de Vergara, Sebastián Páez y Zorroza un inventario de los bienes que posee la institución.
Acuerdo 175 (p. 125 y 126). En octubre de 1511, Fernand Yanis solicita el pago de 1750 maravedíes, dinero adeudado por la compra de lagar que se le ordenó al solicitarlo para la elaboración del vino con la uva procedentes de la viña de San Sebastián que había arrendado al hospital. Otra deuda es investigada por Zorroza que afecta Diego de Herrera.
Acuerdo 203 (p. 144 y 145). En febrero de 1512, Zorroza da instrucciones para la venta de las tablas de San Sebastián procurando el máximo de beneficios.
Acuerdo 214 (p. 153). En mayo de 1512, Zorroza transporte (bestia) para la resolución de temas relacionados con el hospital.

El 7 de marzo de 1513, acuerdan proveer de puertas con la imagen del santo patrono, San Sebastián, al edificio que alberga la institución hospitalaria, como se recoge en el acuerdo de cabildo número 246:

> *Acordaron que en las portadas que agora ay se pongan sus puertas e se haga una imagen de pinzel del Bienaventurado Señor San Sebastián e para ello así se hacer, juntamente con P. de Vergara por diputado, para que ellos las fagan y la dicha imagen en su retablo y gasten en ello lo que les paresciere e que se rescibirán en cuenta y que para Semana Santa esté hecho y que adobe la puerta de la capilla achicándola con tablas por amor del aire.*[671]



107. Patio del Asilo y su iglesia antes de la remodelación del edificio en el siglo XX (Fuente: Periódico *El Día*, 26 de febrero de 2012).

Al mes siguiente, vemos como se le ha concedido el permiso a Zorroza para sacar las tablas de San Sebastián fuera de la Isla, ya que atiende a la normativa vigente[672]. Zorroza, a primeros de julio, solicitó un incremento de la cantidad percibida por los servicios que presta en el Hospital, a la que enérgicamente se opone Valdés; éste es concedido, «creciendo» la cantidad de 2.000 maravedíes[673]. El Cabildo, buscando su «mejor administración y gobierno», acuerda el 7 de junio de 1519 crear la *Cofradía de San Sebastián*, nombrando desde primero de agosto como mayordomo a Alonso Fernández de Fuentes, al que se le unieron dos priostes, el Licenciado Cristóbal de Valcárcel y el regidor Jerónimo de Valdés. Una de sus primeras actuaciones fue la confección de los estatutos del Hospital. Durante la década de los treinta de este siglo, se efectuaron obras nuevas que implicaron la ampliación del recinto sanitario, como se concreta en los trabajos encargados al cantero Juan Caballero en 1527. Ante el miedo a la pérdida del patrimonio

---

Acuerdo 221 (p. 155 y 156). En mayo de 1512, tanto Alonso de Las Hijas y Sebastián Páez solicitan que sean investigadas las actuaciones que Zorroza realiza con los bienes del hospital.

[671] *Ibidem,* Acuerdo 246, p. 178 y 179.

[672] *Ibidem,* Acuerdo 252, p. 190-192.

[673] *Ibidem,* Acuerdo 262, p. 197-198 y Acuerdo 263, p. 199-200.

aportada por el fundador, se le concede una Real Cédula con fecha de 11 de marzo de 1545 al Cabildo, procurando así «blindar» cualquier enajenación no deseada.[674]

Por esta misma fecha, se efectuaron los trámites pertinentes para que los frailes franciscanos administraran el Centro. Al fundarse el convento de las monjas claras, muy próximo al solar del Hospital, éstos le habían cedido su casa. El Cabildo a cambio les puso a su disposición la casa del Hospital y sus rentas, trasladándose los franciscanos allí en 1545, lugar donde, por medio del apoyo del papa Pablo III pretendían fundar su «nuevo convento». Estas intenciones se toparon con la férrea oposición del Cabildo, como se puede observar en la sesión de 15 de enero de 1552, en la que se alegaron la existencia en La Laguna de «numerosos conventos», así como la queja por las elevada cantidad de limosna que se le solicitaba a las almas caritativas de la ciudad. En 1578 regresa la congregación franciscana a su antiguo emplazamiento, y es la Cofradía de San Sebastián la que asume nuevamente la gestión del Hospital[675]. Hacia 1585, se concluyó con los trabajos que se realizaban en la techumbre de la iglesia y algunas obras menores que se efectuaron en otras partes del edificio.

108. Francisco J. Castro: Fachada del edificio actual ubicado en el antiguo emplazamiento del Hospital del San Sebastián (2011).

No fue solo el legado de Pedro López de Villera el que procuró que el Hospital perdurar su actividad asistencial hasta su cierre. A él, se le sumaron numerosas aportaciones de vecinos de toda la Isla. Estas son las halladas en la documentación consultada en el Archivo Provincial de Santa Cruz de Tenerife: Alonso de Mora, en el testamento que mandó hacer ante el escribano Sebastián Páez el 6 de julio de 1512, nombra albacea a Ana Gutiérrez, dejando al hospital todo el sobrante que quedara tras el abono de sus deudas[676]. Catalina Yanes el 1 de junio de 1513 testa a

[674] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 134.
[675] *Ibidem,* p. 135.
[676] AHPSCT- escribano Sebastián Páez, Documento nº 10, Año 1510-12, folio 754 vuelto.

favor de la institución dejando un dobla de oro para la realización de las obras (así mismo, otorga este mismo favor a San Francisco y Sancti Spiritus).[677]

Nuevamente, en 1712, el Cabildo procuró que la administración del Establecimiento fuera acometida por una orden religiosa: los bethlemitas. El 8 de abril de 1712 se acuerda enviar a La Laguna a dos frailes de la orden, gestión que no cuajó. Temerosos de no haberse podido comunicar correctamente con la Orden, el 18 de enero de 1717 se repiten nuevamente las cartas dirigidas al máximo responsable de la congregación, lo que produjo que en mayo de 1722 arribaran a Santa Cruz, dos frailes. Valoraron la situación en la que se encontraba el Hospital y alegaron la «escasez de rentas», situación que llevó al Cabildo ceder una huerta de Agua García llamada de Mateo Viña según acuerdo de 21 de mayo de 1723. En mayo de 1729 regresarán a América, ante la negativa de la Corte a otorgar la licencia para la enajenación de los bienes del Cabildo.[678]

La falta de fondos para sufragar los gastos fue una constante en el Hospital, situación que se agudizó marcadamente en la segunda mitad del siglo XVII y el siglo XVIII. Algunos prelados canarios como el obispo García Ximénez en la segunda mitad del siglo XVII y el obispo Lucas Conejero en 1720, llegaron a calificar a la fundación de «inútil», con administración defectuosa y contraria al derecho, ante la incapacidad de intervención de la autoridad eclesiástica. A todo ello se unió la «condición laica» del Hospital, que conllevó a que las rentas del Establecimiento no fueran de considerable cuantía, situación a la que se le unía un presupuesto de partidas escaso, unido a una gestión poco apropiada, que en ocasiones llevaba «los dineros para el mantenimiento del centro a la bolsa o bolsillo» de más de uno de sus administradores. Esta constante, caracterizó el día a día del hospital hasta su desaparición en 1837, exacerbándose durante el siglo XVIII, o bien, superándola en cierta medida durante el impulso que la casa Borbón ejecutó al igual que el resto de monarquías del territorio europeo. Estos altibajos llevaron a que en algunas ocasiones el propio Hospital careciera de personal especializado para la atención de los pacientes ante la inexistencia de fondos que sufragaran sus salarios.

[677] AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, Documento nº 606, Año 1512-13, C. 25, folio 1162 recto.
[678] *Ibidem,* p. 135-136.

Con respecto a las dimensiones del recinto, destaca un documento fechado el 22 de agosto de 1517, donde el propio Adelantado de la Isla, Alonso Fernández de Lugo, establece las medidas: sesenta pasos por ambas partes[679], habiendo dado comienzo las obras de construcción de la fábrica en 1511, como se ha expuesto con anterioridad. Su capacidad era considerablemente reducida, no solo por el tamaño del establecimiento, sino por la carencia de recursos materiales y humanos que presentó desde sus orígenes. Aunque se ha procurado localizar algún documento o registro donde se reflejara las entradas y salidas de enfermos en el Hospital, no se han hallado, encontrándose tan solo documentos aislados que reflejan datos sueltos que nos aproximan al ridículo número de alojados en este establecimiento.[680]

109. Anónimo: *Crucificado con Nuestra Señora de Los Dolores, San Sebastián y Pedro López de Villera* (1513).

Su edificio, al igual que el acometido para el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, estaba diseñado siguiendo una tipología de estructura claustral, articulado a partir de una patio central en torno al que se disponían doble galería arquitrabada de madera que conformaban las «calles de tratamiento», lugares que se empleaban para el desplazamiento tanto de los enfermos alojados como de las personas que procuraban cuidados y asistencia a los asilados. A su «calle principal» se accedía por un portalón ubicado en la fachada de la actual calle Viana, junto a la puerta que daba acceso al *recinto de culto anexo* con el que contaba el Hospital, único vestigio vivo de la

[679] ARSEAPT: Sig. H-VII, Legº 3 (1620).
[680] AHPSCT. Hospital de San Sebastián, Correspondencia, signatura Ben 62, 25, 1787, folio 18 vuelto.
Se nombra la existencia de cuatro enfermos alojados con patología de larga estancia, siendo insuficientes los cuarenta pesos asignados para sus cuidados y manutención. Esto nos hace pensar que posiblemente existieran dos camas fijas, camas mantenidas con esta mínima cantidad de dinero.

fundación primigenia. Seguramente, ambos edificios estaban interconectados por alguna puerta o vano que permitía el acceso a los enfermos a los actos litúrgicos, constituyendo un núcleo compacto con el espacio claustral. Poseía cocina, comedor y bodega en planta baja, distribuyéndose las enfermerías, para hombres y mujeres, en su planta superior, a lo que se le unía un habitáculo destinado a tratamientos tales como purgas y unciones. Además, contaba con una zona en el patio destinada al cultivo de plantas medicinales empleadas para la fabricación de remedios en la farmacia del centro; anexo al edificio, una huerta para la horticultura que contaba con corral donde deambulaban libremente aves y otros animales.

El templo era de planta rectangular y estaba cubierto por techumbre a dos aguas, a excepción de presbiterio, de cerramiento superior ochavado, ambas zonas separadas por un arco de cantería de considerable tamaño con respecto al resto del edificio. Los muros que sustentaban la techumbre eran de mampostería tipo tapial cubiertos por calicostrado. Interiormente, los techos estaban confeccionados con rica madera labrada que conformaba el artesonado; de pared a pared aparecían los tirantes, espléndidas vigas de tea que evitan la fuerte presión de la cubierta y arco sobre los muros.

Según nos cuenta Alejandro Cioranescu en su obra titulada *La Laguna, Guía Histórica y Monumental,* la iglesia fue *totalmente reedificada*, encerrando entre sus paredes algún vestigio de la que fue su predecesora. En la actualidad, en la pared izquierda se encuentra el retablo del *Sagrado Corazón*, constituido por dos tablas antiguas, que algunos expertos han ubicado en el siglo XVII, en las que se representan a los santos *Pedro de Alcántara y Teresa de Jesús;* enfrentado, en la pared derecha, está el lienzo del *Señor Difunto.* Próximo a la puerta de entrada se encuentra un lienzo pegado a tabla que representa *un crucificado con la Virgen a la izquierda y San Sebastián a mano derecha,* encargado por el Cabildo en 1513, que hace pensar que por la distribución de los personajes en este «intento de Déesis», debió presidir el antiguo templo; bajo la figura de San Sebastián, está representado el retrato del fundador el Hospital, Pedro López de Villera. En la pared opuesta se puede ver un lienzo antiguo, quizá del siglo XVII, que representa a *San Rafael conduciendo a Tobías.*

Durante el siglo XVIII, la fundación fue poco operativa en la asistencia a los enfermos de la ciudad ante los pocos fondos de los que disponía el Cabildo para hacer frente a los gastos. Destacaron las obras que el Licenciado José Tabares de Cala,

administrador del Hospital por el 1700, realizará, construyendo una serie de habitaciones que daban mayor amplitud a la primigenia edificación, consiguiendo para el claustro una forma regular en su planta. Una licencia del Cabildo de fecha 17 de enero de 1707, procuró que se dorara y establecer una recomposición del retablo mayor de la iglesia, así como colocar una imagen de Nuestra Señora de los Afligidos, junto a la ya existente de San Sebastián.[681]

110. Plano del actual edificio ubicado en el antiguo solar del Hospital de San Sebastián (Fuente: Google Maps, 2012).

El 7 de julio de 1728 se ponerlo en manos de los jesuitas para la fundación de un colegio, situación que abortó ante las protestas presentadas a la Corporación. Nuevamente se le procuró dar una utilidad asistencial en diciembre de 1756, cuando se propuso el entablar negociaciones para que la Orden Bethlemita asumiera la

[681] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 134.

administración del Hospital; el acuerdo nunca llegó a cerrase[682]. Ya a finales del siglo, ante el marcado deterioro de la institución, se estableció poner el edificio bajo el control de la Junta de Caridad, sin perder, en ningún momento el control desde el Estado. A todo ello, se le unió el proyecto que Carlos III planteado en el terreno de la beneficencia. Todas estas iniciativas llevaron a que durante la gestión del mayordomo Juan A. Porlier se emprendieran obras en el Hospital destacadas: en 1757 se realizó el cerramiento con muros de todas las huertas de éste, además de la colocación de una fuente en la pared ubicada hacia la plaza de San Francisco; y, entre los años 1774 y 1775, se construye el coro de la iglesia.[683]

En 1777, Antonio Miguel de los Santos plantea el uso como orfanato ante la cantidad ingente de niños que carecían de hogar, vagando por las calle de la ciudad de los Adelantados[684]. Años más tarde, el 11 de agosto de 1786, ante la carencia de actividad asistencial y cuidado de los pobres, el Ayuntamiento barajó la posibilidad de cierre o la transformación definitiva del Centro, que se orientó hacia la docencia y preparación de individuos en la disciplina de la Teología dándole uso al edificio como seminario de jóvenes de familias nobles[685]. En 1794, el 3 de marzo, se acuerda alojar a 600 reos en el Hospital procedentes del conflicto bélico ocasionado por la Revolución Francesa de 1789 y que como reacción originó la coalición antirrevolucionaria que vio su fin con la firma de la Paz de Basilea. Tras su utilización como cárcel, se le sucedieron numerosas actividades: casa cuna, cuartel y casa de habitación para la vecindad[686]. Este «ir y venir» de actividades que hasta ahora hemos expuesto, nos pone de manifiesto que las autoridades carecían de una idea clara de la utilidad del edificio, manifestando una marcada indecisión que llevaba a periodos discontinuos de funcionamiento durante todo el siglo XVIII.

En los inicios del siglo XIX, en su primer tercio, se tomó la iniciativa de ubicar en el Hospital una *cuna de niños expósitos* a causa de las carencias espaciales que sufría la

[682] RUIZ DE VILLARÍAS, A. M. (1979). *Opus cit,* p. 137-140.
[683] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 136.
[684] BULL- Papeles varios, Tomo 96, Memorial de Don Antonio Miguel de los Santos. Sobre educación de la juventud de estas islas, 1777, folio 3 recto.
[685] Ibidem.
[686] AHPSCT: Hospital de San Sebastián, signatura: VI-124 1813-1822.

Casa Cuna. El proyecto no fraguó ante la incapacidad de funcionar de manera correcta y eficaz[687]. Este continuo uso del Hospital a modo de «comodín» fue una costumbre que se convirtió en un habitual como en el siglo precedente, ya que el recinto sanitario no solo albergó ordenes religiosas y sirvió, parte de él, como cuna de expósitos, sino que incluso el propio ejercito se acomodó en sus dependencias durante un tiempo, lo que ocasionó daños y cambios importantes en la estructura arquitectónica a tenor de las necesidades y la «falta de aprecio» que los militares mostraban hacia el inmueble. Esta situación fue denunciada por Francisco Afonso de Armas, cirujano interino del centro, como se relata en el legajo 36 sin fechar del Archivo Municipal de La Laguna:

> *Que por retiro de Francisco Minard fue nombrado por el Excelentísimo Señor Comandante General para la asistencia de la tropa en el Hospital de San Sebastián de dicha Ciudad con el precio de diez duros mensuales y dicho Minard en su retiro debió haber dejado que desempeñara su ausencia con señalamiento de parte de su renta o con la porción que se ajusta con la persona que fuera suficiente para ello…*[688]

Aún a finales de la década de los treinta del XIX, continuaban alojadas las tropas en el establecimiento, en busca de la atención sanitaria. Sus máximos responsables, tanto civiles como militares, eran responsabilizados de tal hecho, a lo que se defendían con un alegato centrado en el carácter de beneficencia del Hospital que «debía curar a los pobres militares heridos de guerra y enfermedades contagiosas, incapaces de sufragar los gastos por asistencia». En 1829, el Cabildo acuerda ubicar en este establecimiento benéfico una *casa cuartel del Regimiento Provincial de La Laguna*[689], situación que agradó considerablemente al Comandante General de Canarias.

La Diputación Provincial, el 8 de junio de 1837, decide unificarlo con el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, pero como explica Cioranescu «… esta interinidad ni duró mucho, ni podía beneficiar a alguien, ya que el hospital de Dolores, con sus seis camas y

---

[687] AHPSCT: Hospital Nuestra Señora de los Dolores, signatura Ben 25,2, 1822-1859, folio 13 recto.
Aparece bien documentado el abandono del Hospital de San Sebastián, situación que no es semejante a la hora de la incorporación como servicio anexo de este centro hospitalario.
[688] AMSCLL: signatura M-II, Legº 36, sin fechar, folio 2 recto.
[689] AHPSCT: Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, signatura VI-115, 1796-1835, folio 55 recto.
Esta decisión tuvo el visto bueno desde el Corregidor de la Ciudad como encargado de la gestión del centro hospitalario, ya que éste era uno de los pocos sitios más propicios para la ubicación de estas instalaciones, con contrato de alquiler que sería abonado por la Real Hacienda.

sus 3.000 reales de vellón de renta anual, no era mucho más rico que el de San Sebastián». El 16 de agosto de 1870 el Ayuntamiento dispone el inicio de los trabajos de derribo, situación que tuvo nula relación con los de construcción, ya que su rapidez fue la nota destacada[690]. Solo se respetó del edificio originario el templo, llevándose durante el periodo de demolición, todos los objetos religioso de culto a la Iglesia Catedral. La iglesia paso a depender de la Diócesis y de la Diputación Provincial. Las casas no demolidas se rentaron, ganancias que se entregaron a las arcas del Hospital de los Dolores.

Años más tarde, la iglesia se volvió a reedificar con la limosna y contribución aportada por los vecinos de la ciudad. En 1897 asume la administración del Centro, aquellas pocas casa nombradas anteriormente que quedaron en pie, dos hermanos de la Congregación Española de Pobres Desamparados, instalando un asilo para la asistencia de ancianos[691]. Todavía en 1932 no se habían instalado a los asilados desamparados en las dependencias del Hospital, situación que conocemos por la preocupación manifestada por el Consejero Inspector del Hospital de Nuestra Señora de los Dolores de La Laguna, Pedro García Cabrera, en la Sesión Ordinaria del 7 de noviembre, en la que solicita *se adopte alguna resolución con respecto al edificio donde estuvo instalado el Hospital de San Sebastián en la Ciudad de La Laguna, y que fue cedido en arrendamiento a la Sociedad Conferencias de San Vicente de Paul, para el establecimiento del Asilo de Ancianos[692].* En la reorganización que el consejero Cabrera pretendía establecer en referencia al sistema asistencial insular, a este Centro tan solo se le otorgó un papel que iba más allá del alojo de« individuos desamparados en el ocaso de su vida». En septiembre de 1937 el edificio ya tenía un nuevo uso, el de asilar a los ancianos del municipio como se refleja en el expediente para la limpieza de una fosa séptica[693], que precisó una nueva intervención a finales de 1944.[694]

---

[690] CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit,* p. 137.
Los trabajos de demolición se suspendieron al tercer día ante los daños que se ocasionaron a las casa contiguas y como agrega Cioranescu … *quizás también a las protestas del vecindario.*
[691] *Ibidem*, p. 138.
[692] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; p. 391-392.
[693] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7084; expediente nº 417.

En octubre de 1941 se ampliaron las salas destinadas a los ancianos masculinos mediante la incorporación a la superficie ya existente del local anexo que había sido empleado para el torno de niños. El diseño del proyecto y el presupuesto se le encargó al arquitecto Tomás Machado Méndez, quien en su primera contrata perseguía el objetivo de dejar formados el vestíbulo de servicio, la carbonera, despensa, caja de escalera, dormitorio de hombres, parte de la galería y dependencias de aseo, ubicado en la planta baja del Asilo. Para la ejecución de las obras se destinó una partida de 140.830,19 pesetas, pese a que la ampliación nunca se llegó a realizar ante la carencia de fondos en la Hacienda insular, posponiéndose el proyecto a la confección de los presupuestos del siguiente ejercicio[695]. Al año siguiente, en diciembre de 1945, se habilitó la suma de 4275,94 pesetas para el *derribo y levantamiento del muro en una huerta situada en la calle Nava y Grimón, contiguo al Asilo de Ancianos Desamparados*[696]*,* siendo ésta la de mayor calado de la que se realizaron en los años siguientes, que no fueron más allá de simples intervenciones con la finalidad de mantener, sanear y conservar el edificio, como el enjalbegado de la parte exterior del edificio llevado a cabo en diciembre de 1947.[697]

En 1937, para poner en funcionamiento el centro asistencial se realizaron una serie de pequeñas reformas, entre las que se encontraban la limpieza de la fosa séptica, cuyo importe ascendía a 68,27 pesetas.

[694] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 196.
Existían problemas con la fosa séptica por una rotura de la tubería que conducía las aguas negras a ésta, lo que *provocó el filtrado por los pisos de todo su recorrido convirtiéndolo en inhabitable*. La reparación costó a la Corporación insular la cantidad de 114,25 pesetas que fueron libradas por el Administrador del Hospital de Nuestra Señora de los Dolores

[695] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 444; p. 1-42.
Existe en la caja consultada un documento manuscrito que hace referencia a un expediente del proyecto que consta estar *en poder de la Presidencia del Cabildo Insular*. El presupuesto general de las obras de ampliación está fechado el 18 de abril de 1942, lo que indica que tuvieron que existir uno anterior.
como se recoge en el informe demitido por la Intervención en marzo de 1945 y

[696] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7084; expediente nº 21.
El proyecto para el derribo de la tapia fue realizado por el arquitecto Tomás Machado Méndez

[697] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7086; expediente nº 87.
Estos trabajos de conservación del inmueble fueron llevados a cabo por orden del consejero del Cabildo Insular Domingo Bello del Castillo. El importe ascendía a un total de 328,65 pesetas, cargadas al artículo 10 del Capítulo 11º del presupuesto insular vigente de ese año.

4.2.1.3. HOSPITAL DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD (LA OROTAVA).

La primera constancia escrita sobre la existencia de un establecimiento asistencial en La Orotava data del 29 de agosto de 1511, muy próxima a la iglesia de Nuestra Señora de la Concepción, en la actual calle Cologan, solar que en la actualidad sigue prestando atención sanitaria a la población de la ciudad, y donde permaneció durante más de dos siglos[698]. En esa fecha, ante el escribano Luis Méndez se efectuó un pago de tributo al Hospital realizado por Andrés González y Beatriz Báez, que ascendía a 100 doblas, cantidad impuesta por Antonio de Franchi Lutzardo e Inés López Doya[699]. Varios años más tarde, este arbitrio sería cedido a Alonso Calderón por parte de sus dueños el 12 de septiembre de 1516 ante el escribano Bartolomé Joven[700]. Nuevamente se hace referencia al Hospital, cuando, ante el escribano Marcos Rodríguez el 5 de octubre de 1586, un tal Alonso Calderón entrega 100 doblas a las arcas del establecimiento benéfico.[701]

La primera edificación realizada para albergar a los enfermos fue una construcción sencilla que poco a poco creció a medida que las necesidades asistenciales aumentaban, con tres propósitos benéficos: asilo para ancianos, establecimiento benéfico para desamparados y hospital para todos aquellos aquejados de dolencias y enfermedad. Este primer edificio, articulado a partir de un patio central, estaba formado por una sala para albergar a los internos, distribuida en dos secciones, hombres y mujeres, además de contar con una cocina, baños y un cuarto destinado a curas, sin olvidar un elemento imprescindible, la capilla, de pequeñas dimensiones. Gracias a la donación efectuada en 1560 por María Hernández tramitada ante el escribano Baltasar de Anchieta, por la que

[698] VIERA Y CLAVIJO, J. DE (1950). *Opus cit*, Tomo IV, p. 260.
«La villa de La Orotava tiene un hospital pobre desde principios del siglo XVI, con título de la Santísima Trinidad …»
[699] El pago se efectúa por el uso, para la siembra de cereal y vid, de unos terrenos ubicados en la Victoria de Acentejo que lindaban por una parte con tierras de Francisco Hernández de Meneses, por otra con tierras de los herederos de Gonzalo Bueno, así como con el camino real y la montaña, en la zona de abajo y de arriba, respectivamente.
[700] Antonio de Franchi Lutzardo e Inés López Doya son los que traspasan este derecho sobre las tierras que poseen en la comarca de Acentejo. Este tributo sería reconocido ante el escribano Juan González el 12 de septiembre de 1628, reconociendo como herederos a Andrés González y Beatriz Báez.
[701] Esta cantidad de dinero es cedida al Hospital por Alonso Calderón como testamentario de su hijo Esteban, cumpliendo sus últimas voluntades.

cedía un solar contiguo al del Hospital heredado de su madre[702]. El 7 de abril de 1617, ante el escribano Roque Xuárez, el capitán Miguel Jerónimo de Cospedal y Grimaldi adquiere el compromiso de abonar a favor del establecimiento benéfico 700 maravedíes anuales, asegurando tal donación mediante una imposición que afectaba a todos sus posesiones[703]. Este será el primer indicio claro sobre la ubicación exacta del Hospital.[704]

La constitución de la *Cofradía de la Santa Vera Cruz y Misericordia*, la primera creada en el en el Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava, data de mediados del siglo XVI[705]. Fue un 11 de Junio de 1560, día destinado por la iglesia para festejar a San Bernabé, como nos narra José de Viera y Clavijo, cuando varios vecinos acudieron al escribano público Baltasar de Anchieta, para que diese fe de las constituciones sobre las que se iban a basar las actividades de la mencionada Hermandad. Esencialmente, se perseguía fines caritativos mediante las donaciones y limosnas que procuraran el mantenimiento y sustento del establecimiento de beneficencia. Esta intenciones no se

[702] LUQUE HERNANDEZ, A. (1998). *Opus cit,* p. 218.

[703] Entre los bienes que aporta Miguel Jerónimo de Cospedal y Grimaldi está su casa ubicada frente al sanatorio, y que años más tarde la encontramos en manos de los Caraveo de Grimaldi, descendientes de este último.
Miguel Jerónimo de Cospedal, vecino de esta Villa, siendo lugar, en el 7 de abril de 1617 ante Roque Xuárez, escribano público, se obligó a pagar un tributo en cada año al hospital de la Santísima Trinidad, de setecientos maravedíes y para seguridad de su rédito obligó todos sus bienes […] especialmente un viña lindando con el camino rea que va al Realejo y con viña de Juan de Cospedal, su hermano y por el lado hacia este lugar el barranco que dicen de Cospedal, y por abajo la viña que dicen de José de LLarena que dicen Vizcaína y a otro lado viña de Pedro de Valencia y herederos de Manuel Pérez y unas casa de alto y bajo con sus corrales, huertas y bodegas fronteras de dicho hospital lindando por arriba con sitio y huerta de los herederos de don Lorenzo Xuárez de Figueroa Valcárcel, y por abajo y por la espalda casas y viñas de los herederos de Navarro y por delante la calle real del Hospital.

[704] VIERA Y CLAVIJO, J. de (1950). *Opus cit,* Tomo IV, p. 261.
Mas, aunque desde el siglo pasado se había empezado a levantar en el llano de San Sebastián un edificio para obra tan importante, parece que era ya muy tarde y que los mayorazgos se habían empeñado con las fiestas, o que los malos días del comercio de vinos habían sobrevenido: el edificio no pudo llegar a su perfección.
Agrega a todo esto Viera y Clavijo, que en 1712, Bartolomé Molina otorga testamentariamente patrimonio, … *unas grandes casas que tenía en el Puerto de La Orotava*, para que se construyera un hospital.

[705] ALLOZA MORENO, M.A.; RODRIGUEZ MESA, M. *Misericordia de la Vera Cruz en el beneficio de Taoro desde el siglo XVI.* Santa Cruz de Tenerife : [s.n.], 1984 (Gráficas Tenerife), p. 63-64.

llevaron a cabo al pie de la letra, ya que el dinero se gastaba sin control en fiestas religiosas[706] como puntualiza José de Viera y Clavijo:

> *Celebrábanse, pues, aquellas religiosas fiestas, según el espíritu de estos siglos pasados, con fuegos, comedias, sortijas, máscaras y torneos, en que se malgastaba mucho…*[707]

El grupo estaba encabezado por el regidor de la Isla y alcalde del lugar, el licenciado Alonso Calderón, y por los beneficiados de la iglesia de Nuestra Señora de la Concepción, Alonso García y Francisco Martín. Además encontramos en el listado a Diego González Gallegos, Antonio de Franchy Luzardo, Lope de Mesa, García de Vergara, Luis de Samartín, Hernán Ramírez, Hernando Gallegos, Manuel de Vergara, Nuño Hernández Rebolledo, Pedro Gil, Juan Ramírez, Juan de Lugo, Alonso Viera, Pedro Álvarez, Francisco Yánez, Luis Hernández, Bartolomé Hernández, Alonso González, Salvador Hernández, Juan Álvarez del Valle, Gaspar Núñez, Francisco González, Andrés González, con otros confraternes, alegando:

> *Que, conforme a una bula de Paulo III de la cofradía de la Santa Vera Cruz e Misericordia, ellos son hermanos, e los dichos Alonso Viera e los demás succesivamente tras él de uno nombrados hermanos, para hacer e cumplir en este dicho lugar donde asientan las cofradías y las cosas que se harán mención y memoración y la forma que se ha de tener de los cofrades y hermanos; hayan de ser seis los más principales hermanos cofrades que sólo voten, y lo que hicieren los seis y el proveedor y mayordomios, se haga; y tres hermanos jurados y mayordomos y proveedor, de manera que seis los más principales, tres jurados, los dos mayordomos y el proveedor, se haga; y haya tres jurados. Nombran a Juan de Lugo, por ser hábil, de proveedor.*[708]

---

[706] La fiesta de la *Circuncisión del Señor* fue instauradas en el siglo IX por la Iglesia Romana, aceptando el sentido de la liturgia galicana. En el siglo XVI, la fiesta desdobló su riquísimo contenido al instruirse aparte, la *Conmemoración del Santísimo Nombre de Jesús*, siendo celebrada el primero de enero. En lo referente a la Invención de la Santa Cruz, celebrada el 3 de mayo, recordaba el hallazgo de la Vera Cruz por Santa Elena en el 326, así como la victoria de Constantino I contra los bárbaros de la orilla del Danubio.

[707] VIERA Y CLAVIJO, J. DE (1950). *Opus cit,* Tomo IV, p. 261.

[708] *Ibidem*, p. 260.

Este acuerdo establecido ante un fedatario público, fue años más tarde transcrito por José de Anchieta y Alarcón, el 10 de marzo de 1761, documento que utilizó Viera y Clavijo para la confección del texto de éste. Parte de la documentación del libro de constitución, la primera página, se extravió, pero poseía un testimonio perteneciente a Sebastián Méndez de Lugo y Acebedo y Gallegos.

Entre los miembros fundadores, solo aparecen García de Vergara, Juan de Lugo Avelleda, Alonso Calderón, Lope de Mesa y Antonio Franchi, miembros de la Hermandad de las Doce Casas, ricos terratenientes locales que se aliaron en una poderosa sociedad de intereses en el siglo XVII.

111. Ubicación del Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava en la actualidad (Fuente: Google Maps, 2012).

El reglamento u ordenanzas de la Hermandad no menciona que se precise de estatus de nobleza para formar parte de ella, lo que se materializó en la confección del listado de miembros que le dan génesis, personajes de todos los estamentos sociales. Esta situación, con el paso de los años se modificó, mostrándose muy preocupados en la selección de todos aquellos nuevos miembros. Sobre la Hermandad, destaca un comentario de Viera y Clavijo:

> *De la misma confusión y embarazo de estas expresiones originales, se colige que desde aquella época se introdujo en esta cofradía una considerable distinción de personas, y no es mucho que se viesen después en ella dos clases diferentes, esto es, la de caballeros, ricos, nobles y priostes, y la de hermanos y cofrades de túnica. Aquéllos, llamados vulgarmente de las Doce Casas, hicieron un contrato entre sí, para dotar anualmente las dos fiestas de la Circuncisión y la Invención de la Cruz,*

nombrando ante la justicia un prioste de sus familias, y que, no pudiendo éste costearlas, se hiciesen entre todas ellas.[709]

La pertenencia a la citada organización, fue vista por la sociedad del Valle de La Orotava, como un estado de distinción por su relación con los linajes más poderosos del país. Cuenta Viera y Clavijo, que *las demás familias hidalgas, creyéndose desairadas por no alternar con aquéllas en el culto humilde de la Cruz, pretendieron ruidosamente ser admitidas, o concibieron los más terribles celos, explicados por el órgano de don Alonso Fonseca, regidor y diputado de la isla, en su Memorial al rey, que corre impreso*[710]. Esta situación causó, entre las familias hidalgas y las familias de condición humilde, un deseo de pertenecer a tan distinguida Hermandad para el culto de la Vera Cruz, lo que ocasionó malestar y numerosos pleitos, entre ellos el más destacado es que mantuvieron, en 1732, Alonso de Fonseca Mesía y Llarena[711], regidor perpetuo y diputado a las Cortes por la Isla con Pedro de Mesa y Benítez de Lugo, junto a varios caballeros hijosdalgos de la Villa de La Orotava, ante Su Magestad el Rey Felipe V. En respuesta a las explicaciones y argumentaciones efectuadas por Alonso de Fonseca Mesía y Llarena, tras las debidas consultas a su Consejo, apoya sus razonamientos y manifestaciones. Pese a la declaración realizada por el Consejo Real y el apoyo en todo momento de la Corona hacia Alonso de Fonseca, no consiguió culminar la empresa que pretendía, ya que la fama hizo el efecto contario, mitificándose en mayor medida la pertenencia a este grupo que perduró incluso durante el siglo siguiente[712]. Los priostes

[709] *Ibidem,* p. 260-261.
[710] *Ibidem,* p. 261.
[711] El coronel Alonso de Fonseca Mesia y Llarena (1688-1742), lagunero, casó con Juana Méndez de Castro, hija del coronel de milicias provinciales Pedro Méndez de Castro Bazo y Merino y de Juana Gallegos; de su casamiento nace Francisco de Fonseca, regidor y capitán entre 1715 y 1719, muriendo sin contraer nupcias ni descendencia conocida. Mediante un real título, fechado en el Pardo a 24 de enero de 1721, Alonso de Fonseca Mesia y Llarena fue nombrado regidor perpetuo de la isla de Tenerife (el documento de nombramiento llegará al Cabildo de la Isla el 10 de junio del mismo año). Desairado ante la negativa de inclusión en la Cofradía de la Vera Cruz, escribe al Rey Felipe V, argumentando la ausencia de legalidad por parte de los priostes que exigían ser descendientes de aristócratas.
[712] LUQUE HERNANDEZ, A. (1998). *Opus cit,* p. 199.
Los mayordomos de la Vera Cruz eran elegidos según los designios de los cofrades, con presencia de la autoridad eclesiástica, quienes seleccionaban a personajes con posibles que tuvieran capacidad para hacer frente a los gastos ocasionados por la celebración que se efectuaba para honrar a la Santísima Trinidad y a San Juan de Dios, fundador este último de la Orden Hospitalaria y patrón de los hospitales. Este requisito provocó que solo unos pocos pudieran ostentarlo, lo que llevó a que públicamente se igualara a un «estatus patricio».

de la Cofradía tenían reconocimiento por parte de las autoridades civiles y eclesiásticas, como consta en el tratamiento que se le da en la documentación de la época: *hijosdalgos notorios y nobleza de la patria,* nomenclatura que les otorga el prelado de la Diócesis de Canarias, Francisco Javier Delgado y Venegas al convertirse en confraterno de la Hermandad el 2 de mayo de 1768. Todo ello era el producto de los cargos y de la nobleza que ostentaban sus miembros, entre los que existían varios señores jurisdiccionales y numerosos caballeros de hábito en las órdenes militares, sin olvidar los títulos nobiliarios castellanos.

El 15 de agosto de 1716, durante la noche, un gran incendio devoró rápidamente el edificio que desde comienzos del siglo XVI había servido para prestar la asistencia benéfica y sanitaria a la población del Valle de La Orotava. Este fatal evento dio comienzo en unas casas contiguas, en el palacio de Celada[713]. Del Hospital, lo poco que se pudo rescatar de las llamas, mobiliario, objetos de culto de la capilla e imágenes, quedó muy dañado. Tan deteriorado quedó el sanatorio, que en la esquina de la calle Cologan con Viera, unas casas más abajo, hubo de trasladarlo para proseguir con la actividad asistencial que en él se llevaba a cabo. Esta «nueva residencia» correspondía a unos edificios que en su momento fueron donados a la Institución por Inés López Doya, como comenta José de Anchieta y Alarcón en sus *Noticias históricas pertenecientes a Canarias*:

> *Lope Gallego y María López, su mujer, dejaron al hospital de esta Villa, siendo lugar, unas casas en él, que lindaban con las casas de Juan Luis al cantillo de Franchi de la calle Viera; y por otra parte la calle que iba al hospital, con el cargo de vísperas y misas cantadas con vigilia y responso […] según su testamento de 20 de mayo de 1520 el de María López; y de 31 de agosto de 1525, que es el de Lope Gallego, y ambos por ante Rui García escribano público, cuyas cláusulas sacó José Hernández asimismo escribano. Manuela de Miranda poseyó una casa y hoy es de Úrsula de Miranda, su nieta, tiene por linderos por abajo la calle Viera, y por poniente la calle que sube a las monjas de Santa Catalina, donde está el torno, puerta reglar y la iglesia, y hace esquina a estas dos calles, casa en la que al presente (1738) se encuentra el hospital.*[714]

[713] Esta mansión poseía una pasarela de madera que permitió acceder a la tribuna de la iglesia del convento de femenino dominico que lindaba con el hospital. Este pasadizo sirvió a las llamas para poder propagarse y destruir todos aquellos edificios próximos, quedando muchos de ellos reducidos a cascotes y cenizas.
[714] *Ibidem*, p. 219.

Esta ubicación, que «debería ser transitoria», alojó al establecimiento sanitario de beneficencia hasta finales del siglo XVIII, con unas condiciones que en numerosas ocasiones fueron duramente precarias, ya que el dinero se destinaba en su mayoría a costear la construcción de un nuevo edificio hospitalario. En 1738, la pobreza de la fundación era de tal magnitud, que en un inventario efectuado por el administrador saliente, el presbítero Lucas Delgado, se observa con claridad el patrimonio que se poseía[715]. El nuevo mayordomo-administrador, el clérigo José Antonio de León Ferrera, tan solo estuvo ostentando dicho cargo por apenas dos años, hasta el 8 de junio de 1740, fecha en la que presenta su dimisión ante su incapacidad para efectuar los cobros pertinentes y sustentadores de la fundación benéfica. Lo sucederá en la misma fecha del cese, el también sacerdote, Pablo de Cames y Home de Franchi, que al asumir esta responsabilidad, realizó un nuevo inventario para tener constancia de todos aquellos recursos materiales con los que contaba para su labor. No fue diferente al que había elaborado su predecesor, a excepción de todos los documentos existentes y necesarios para la administración del Hospital.[716]

El 3 de junio de 1755, es asignado administrador a Pedro Delgado Estévez, nombramiento ejecutado por Estanislao de Lugo Viña y Franchi Alfaro, Visitador General de Obispado y Tesorero de la Santa Iglesia. Éste, antes de asumir el cargo, solicita sea efectuado inventario previo, así como la entrega de los documentos, libros y demás objetos de valor pertenecientes a la Fundación. Estanislao de Lugo, ante el estado deplorable y miserable del Hospital, efectúa una serie de encargos al recién asignado administrador: ejecutar el cobro de las deudas pendientes con el Hospital, entre las que destaca la existente con las monjas dominicas, autorizándole a exigir el pago, y al uso de 2.500 reales, a cuenta de los 10.300 pendientes del uso del solar y materiales que se

[715] *Ibidem*, p. 219-221.
Durante una visita realizada con carácter fiscalizador por el canónigo vicario general del Obispado de Canarias, José Gálvez de la Ballesta, se efectúa la dimisión del administrador del sanatorio; ante esta vacante, se procede al nombramiento de sacerdote José Antonio de León Ferrera.
[716] *Ibidem*, p. 201.
Este cargo fue otorgado por Bartolomé Agustín de Llarena y Monteverde, Visitador General de Obispado y Vicario de Partido de Taoro. Entre la documentación estaba: un protocolo de escritura de tributos del Hospital; tres libros de relaciones: uno antiguo, otro más actualizado, abierto por el Vicario General de Obispado de Canarias, José Gálvez de la Ballesta, y uno llamado Casilla de Tributos; dos libros de Cuentas y uno de ingresos y altas de enfermos; acreditaciones de deudas pendientes y la obligación que tienen las monjas dominicas para con el Hospital.

pudieron salvar del incendio ocurrido en 1716 en el anterior emplazamiento; eliminó cualquier amago de destinar fondos para la fábrica del nuevo edificio ubicado en el llano de San Sebastián; y prohibió cualquier gasto de dinero que no fuera para la reforma y arreglo del edificio benéfico[717]. A pesar de esta situación, se le concede al administrador Pedro Delgado el diezmo de toda entrada a las arcas de la Fundación y un tercio de las deudas pendientes, empresa que se le encargó a Luis Polo el 24 de septiembre de 1755, vecino de la Villa. A estas pautas establecidas por el Visitador General, se le unieron otras que atendían a las prestaciones asistenciales que se llevaban a cabo por el personal del establecimiento: solicitó que los cuidados a los enfermos fueran efectuados con celo por los enfermeros; asignó un precio a las visitas del médico, Pedro Núñez de Acevedo, así como le rogó su comparecencia en los momentos de emergencia que se pudieran presentar.[718]

112. Anónimo: Hospital de la Santísima Trinidad en su segunda ubicación, en el Llano de San Sebastián (1890-1900).

A mediados del siglo XVIII, como figura en los *Libros de Cuentas*, la Institución ingresaba un total de 71 partidas que ascendían a 39.480 reales con 36 maravedíes,

[717] ALLOZA MORENO, M.A.; RODRIGUEZ MESA, M. (1984). *Opus cit*, p. 79-84.
[718] Pedro Delgado opinaba que era la dejadez y la holgazanería la que verdaderamente habían llevado al establecimiento al estado en el que el lo tomaba, lo que no se descarta que durante su gestión aplicara estrategias para solventar tal situación.

dinero que se empleó en la compra de comestibles y propios para la subsistencia, como la leña, carbón o velas de cebo para la iluminación de las dependencias, así como para el abono de los jornales de cada uno de los trabajadores y profesionales que prestaban sus servicios. Domingo Antonio Franco Delgado, Vicario del partido de Taoro, hizo comparecer al administrador Pedro Delgado el 6 de enero de 1769 para dar cuenta de su gestión de los once años anteriores a esta fecha. Al analizar los *Libros de Asientos*, sorprendió notablemente el número de anotaciones, tan solo 85, pero que la cantidad de ingresos ascendía a 53.020 reales, situación que favorecía marcadamente las finanzas de la Fundación benéfica. Junto a estas anotaciones, se enumeraban los diferentes gastos efectuados para el mantenimiento de Centro: los cobros del médico Pedro Núñez por sus visitas, cobradas todas ellas en especies; los gastos, realizados ese mismo año, por la confección de la ropa para la imagen de la Virgen del Socorro, así como varios arreglos de orfebrería en las coronas de algunas imágenes de la capilla; y los gastos producto de la celebración de las fiestas de la Santísima Trinidad y la de San Juan de Dios.[719]

En el cargo de administrador del Hospital sucedió a Pedro Delgado Estévez su hermano Ambrosio, como consta en documento fechado el 21 de mayo de 1776, en el que figura su comparecencia ante el doctor Miguel Mariano de Toledo, presbítero y visitador de las Santa Catedral de Canarias y abogado de los Reales Consejos, para conocer acerca de las cuentas y administración llevada a cabo por éste y las del anterior gestor en sus últimos tres meses. El balance aportado descubría unos ingresos de 66.680,27 nuevos vellones de Castilla, gastados en su mayoría en fármacos, así como en el pago de 6 pesos anuales para costear los honorarios del médico. A ellos se le unían los

[719] AHSTLO-Libros de Cuentas sin fechar.
Existen anotaciones de los sueldos pagados al ama María Francisca, al mozo, a la lavandera-almidonera, a los capellanes y al sepulturero. También figuran los pagos al cirujano-sangrador por sus actividades asistenciales en el Hospital y una persona encargada de arreglar los desperfectos y el mantenimiento del edificio. Por últimos destacan los gastos efectuados por los pleitos existentes con varias órdenes religiosas ante el impago de tributos, como los mantenidos con las claras y con las dominicas.
Está registrado en este documento todos los gastos que se realizaron para organizar las fiestas de la Santísima Trinidad y San Juan de Dios. Para la primera, se realizó una función religiosa, a la que siguió un banquete para los asistentes, en el que se emplearon para su preparación: chocolate, manteca, bizcochos, vino y dos gallinas; en la celebración del patrono de la Orden Hospitalaria los gastos fueron aproximadamente semejantes.

pagos efectuados a los capellanes y los efectuados para sufragar las fiestas que desde su fundación se realizaban en el Establecimiento benéfico a las que también contribuía la Cofradía de la Vera Cruz. Miguel Mariano de Toledo, a su regreso a Gran Canaria, informó fielmente al obispo Juan Bautista Cervera del estado del Hospital, incidiendo en escasos ingresos procedentes de la limosna y en la situación penosa en la que se encontraba la enfermería de éste. Todo ello motivó al prelado a marcar una serie de pautas que no mejoraron la economía del Centro:

> *1º Que mayordomo, sin respeto ni condescendencia, previo aviso, ponga mano a la cobranza de las deudas y tributos ejecutando en caso necesario en los tribunales en donde correspondan; 2º Advirtiendose que los censos pagados en dinero se deben pagar en monedas y no en especies y si por alguna casualidad se viere preciso a tomarlo en frutos ha de convenir con el censualista para evitar las continuas pérdidas al hospital; 3º Que en atención a curarse en este hospital todos los enfermos pobres de los lugares circunvecinos y que las rentas a más de cortas están muy mal pagadas se encarga al mayordomo encomendar a un sujeto de su satisfacción el cobro de estas rentas; 4º Que el mosto que se junta en las viñas que posee el hospital y de las limosnas se encerrase cuando existía fundadas esperanzas en obtener de su vino buenos beneficios;5º Que procure un buen cultivo de las viñas del hospital; 6º Que habiendo reconocido el convento de San Agustín su obligación de pagar abone al hospital los censos atrasados de las dos casas que esta institución poseen; 7º Que se hará inventario de cuantos atrasos anteriores a su administración se le debe al hospital*.[720]

Ante la poca efectividad de las medidas impuestas por su predecesor, el obispo Antonio Martínez de la Plaza fundó la *Congregación de la Caridad* en octubre de 1788, sistema que buscaba como objetivo la «óptima gestión» de todos aquellos establecimientos benéficos pertenecientes a la Diócesis de Canarias. Este nuevo organismo, formado por Francisco Bautista Benítez de Lugo y Saavedra, el coronel José de Bethencourt Castro y Molina, José de Mora y Orejón, Miguel de Llarena y Mesa y Cristóbal de Urtusáustegui, este último como secretario, tomaba la potestad sobre los censos que poseían los administradores, además de controlar exhaustivo de los Libros de Cuentas, que era ahora su secretaría la que los custodiaba y cumplimentaba. Ya constituida la Congregación, al año siguiente, el 8 de agosto, se le solicitó que se personara el administrador del Hospital Ambrosio Delgado[721], del periodo comprendido entre 1 de octubre de 1768 al 15 de marzo de 1789. En esta reunión quedaron claras las

[720] AHSTLO-Libro de Relaciones (2º).
[721] Debía comparecer ante el beneficiado de la iglesia de Nuestra Señora de la Concepción, Pablo de Alayón y ante el presbítero Cristóbal de Urtusáustegui, ambos designados por la Junta de Caridad para valorar y aprobar el balance económico.

circunstancias en las que se encontraba la Institución y con las que contaba el gestor en su día; se destacó su honestidad y bondad, haciéndose constar los buenos servicios prestados al Hospital.

A LA SALIDA
DEL ILUSTRISIMO SEÑOR
DON ANTONIO TAVIRA,
OBISPO DE ESTAS ISLAS CANARIAS
DESDE LA RADA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE
PARA CADIZ
Con destino á Cuba, adonde habia sido trasladado.
CON LICENCIA

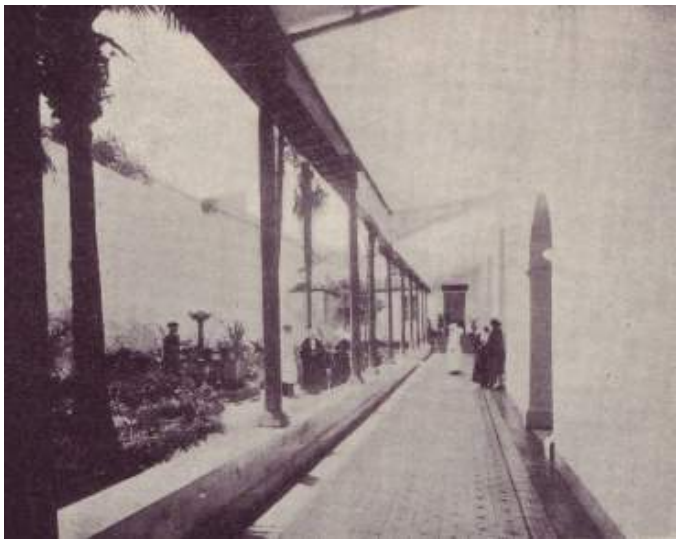
113. Cubierta del opúsculo editado con ocasión de la salida de Canarias del Obispo Antonio Tavira Almazán: *A la salida del Ilustrísimo Señor Don Antonio Tavira…* (1796).

Dos nuevas incorporaciones se realizan al equipo del establecimiento en marzo de 1789: como administrador toma relevo el caballero de la Orden de Santiago, José García y Llarena Carrasco; y el médico Antonio González Villalva, sustituyendo al ya nombrado Antonio Núñez, cobrando los mismos honorarios que su predecesor, 6 pesos anuales.

La preocupación por dotar a la ciudad con un edificio que permitiera prestar cuidados y asistencia médica fue una constante desde que se incendió el anterior inmueble que albergaba al Hospital. Se decidió ubicarlo en el solar, que años atrás había ocupado la ermita de San Sebastián. El 12 de septiembre de 1746 se dan inicio las obras como dan buena cuenta los *Libros de Fábrica*[722], sufragándose los gastos ocasionados por la construcción, en parte, con el dinero obtenido de la venta de unas casas dejadas en 1695 por el capitán Bartolomé de Molina y Llarena[723], que dio posibilidad de que se construyeran «dos cuarto y otros pedazos de pared». A este dinero, se le unió el procedente de los beneficios de la ermita de San Sebastián[724], una cantidad que se había

[722] AHSTLO-Libros de Fábrica.
En ellos se hace constar el decreto emitido por el obispo de la Diócesis de Canarias, Juan Francisco Guillén el 12 de septiembre de 1746, por el que se autoriza el inicio de las obras para el nuevo establecimiento benéfico.
[723] El testamento fue expedido el 15 de abril de 1695, dejando unas casas que poseía en el Puerto de la Cruz, siendo posteriormente vendidas a Jorge Commins.
[724] Esta ermita tuvo como benefactor a Benito Viña de Vergara, sargento mayor, regidor y diputado por la Isla, durante la segunda mitad del siglo XVII. Junto al santo que le daba nombre, existía el culto a una pintura flamenca sobre tabla que representaba a la Virgen de la Consolación.

reservado para tal efecto desde la institución hospitalaria y 300 pesos de la venta del legado otorgado mediante testamento el 13 de mayo de 1767 por Ignacio Hernández del Álamo, comisario del Santo Oficio. El remate de la obra del edificio fue efectuado por el obispo Antonio Martínez de la Plaza en 1790, encargando su finalización al presbítero Domingo de Valcárcel y Llarena[725]; el obispo, a su marcha de la Diócesis canaria con rumbo a la gaditana, le entregó al presbítero 100 pesos más para el logro del fin encomendado. A este dinero se le unieron 40 pesos aportados por Antonio Recarey y las rentas de la ermita de Nuestra Señora de Chinquiquirá[726]. A todas estas donaciones debe agregarse la de la Comunidad de propietarios del agua del río de la Villa de la Orotava, que mediante acuerdo en sesión de fecha 3 de enero de 1790, se concedió suministrar del canal que pasa por la trasera de la capilla mayor de la iglesia de San Agustín, una paja de agua para el abastecimiento del sanatorio benéfico.[727]



114. Anónimo: Patio secundario del Hospital (1929).

El 30 de mayo de 1794, el obispo Antonio Tavira Almazán acude a La Orotava para la inauguración del nuevo edificio, en el que, el todavía presbítero Domingo de Valcárcel, bendijo la capilla y fue nombrado su capellán. Este edificio de «fábrica nueva y sencilla», seguía la traza de su predecesor, el modelo de casa-hospital articulado a partir de un patio central siguiendo una tipología claustral en un solo nivel. Contaba con galerías de madera que albergaban las enfermerías, divididas por sexos, además de poseer una huerta donde se cultivaban productos que posteriormente

[725] Éste había intervenido en la edificación de la recién inaugurada Iglesia de Nuestra Señora de la Concepción.
[726] LUQUE HERNANDEZ, A. (1998). *Opus cit,* p. 206.
[727] Las medidas antiguas de agua usadas tienen conversiones no sistemáticas a litros por segundo. Una paja de agua equivale a dos centímetros cúbicos por segundo.

consumían los enfermos, un estanque, un corral y un lavadero destinado al aseo de la ropa precisa para el Hospital[728]. Con respecto a la administración, en una inspección efectuada un año antes de su apertura, Domingo Alventos de Miranda, visitador de la Diócesis y abogado de los Reales Consejos, fiscalizó las cuentas presentadas por el administrador, Miguel de Llarena, aprobándolas y confirmándolo en el cargo, lugar que ostentó hasta 1804. En ellos aparecían: el dinero donado por la Congregación de la Caridad que ascendía a 168 pesos y 1 tostón para el pago de las obras de empedrado realizado en la zona delantera del antiguo Hospital; la compra de un cáliz nuevo por el robo del ya existente, el pago de medicinas traídas de fuera de la Isla[729]; el pago de la actividad asistencial del médico Antonio Villalva por un total de 63 pesos; y el arreglo de unos desperfectos en la fontanería del Establecimiento.[730]

115. Francisco J. Castro: Fachada de la iglesia y del Hospital de la Santísima Trinidad en su ubicación actual (2011).

La inmejorable administración efectuada por Miguel de Llarena, creo un antes y un después en la historia de la fundación, ya que nadie, hasta la fecha había gestionado con tanta precisión los recursos materiales, situación que agradó considerablemente a la Congregación de Caridad que felicitó al mayordomo y procedió a la aprobación de éstas. Esta situación se propagó y facilitó que se entregaran mayor número de limosnas y donativos a la obra benéfica. Claro ejemplo es el acaecido el 14 de julio de 1804 los representantes de la Junta de

[728] ALLOZA MORENO, M.A.; RODRIGUEZ MESA, M. (1984). *Opus cit*, p. 85-88.
[729] Por medio de la casa Pastey, Little y Cía, se trajeron fármacos que no solo se emplearon en los dolientes alojados en el Hospital, sino que, a criterio del médico, se le suministraban a enfermos ajenos al Centro que carecían de posibles para poder adquirirlos. Independientemente, la Institución realizaba una labor de suministro a la población villera de medicamentos que ponía a la venta.
[730] Figuraba en las cuentas presentadas el descargo aceptado por el beneficiado Urtusáustegui, que ascendía a la cantidad de 824 reales y 12 cuartos, en los que estaba el pago de un cáliz ante el robo del que se poseía en la ermita de Chinquiquirá. Además encontramos el pago de 18 pesos y 5 reales a Juan Escobar ante las obras de arreglo de una cañería.

Caridad entregaron un libranza de 1.000 pesos[731], a los que se le unieron los otorgados por la condesa de La Gomera, viuda que aportó 1.194 reales y algunos enseres[732], y los bienes entregados por Andrea de Alzola, nuera del difunto José Benítez de las Cuevas, también dinero y enseres.

El 7 de febrero de 1817 se crea la cuna de expósitos en el Hospital, con los bienes que lega el canónigo Nicolás Brinis de Valladares. Mediante testamento otorgado en Gran Canaria, entrega a la Fundación varias propiedades que poseía en la Islas, heredados de sus padres, nombrando administrador de ellos al beneficiado rector de la Iglesia de Nuestra Señora de la Concepción, obligación y derechos que será cedida a la Congregación de la Caridad por acuerdo establecido el 13 de noviembre de 1837.

El paso de los años y el descuido del edificio del Hospital, llevó a unas condiciones de precariedad del edificio del sanatorio ubicado en el solar de la antigua ermita de San Sebastián sin parangón hasta la fecha, hecho que se recogió en un informe fechado en 1840, donde se recomendaba el traslado de los pacientes a otro lugar ante el «carácter ruinoso y el peligro de desplome» de éste. El vicario del partido, José Calzadilla, en representación de la Congregación de la Caridad, solicita a la Corona, valiéndose de la ayuda del Ayuntamiento, le sea cedido el inmueble que antiguamente albergaba el convento de la Orden de San Francisco[733]. Para precipitar esta concesión, se alegó que el *edificio era húmedo, secundario a que el llano donde estaba recibía todas las aguas procedentes de las lluvias; esta situación se agravaba ante la sencillez del edificio, de una sola planta, lo que favorecía el contacto directo de los enfermos con el terreno*.[734]

La solicitud efectuada por la Congregación de Caridad fue escuchada y aceptada por el intendente provincial que concedió el alojamiento provisional del sanatorio en el antiguo monasterio estableciendo la condición de mantener un estado inalterable de la

[731] Los representantes de la Junta de Caridad eran Marcos de Urtusáustegui y Lugo y Francisco Bautista Benítez de Lugo y Saavedra, señor de Fuerteventura.
[732] Del dinero aportado por la condesa de La Gomera, se gastaron 853 reales en medicinas que fueron solicitadas a Londres por Diego Barry, sobrino de la noble y comerciante del Puerto de la Orotava.
[733] Mientras llegaba la concesión desde la capital de Reino, se pidió la entrega provisional de la parte del monasterio incendiado que estaba ya reconstruido. Mediante un oficio enviado al intendente provincial, se trató de exponer la urgencia del traslado.
[734] AHSTLO- Documento donde se exponen las diferentes quejas sobre el antiguo edificio del Dispensario ubicado en el llano de San Sebastián, fechada el 5 de abril de 1840.

construcción prestada[735]. El nuevo emplazamiento fue efectivo el 3 de junio de 1841 en el antiguo inmueble que ocupaba la orden franciscana. La cesión definitivo al municipio del monasterio llegó el 21 de octubre de 1848 con la entrega efectuada por la reina Isabel II del inmueble, declarando distrito este establecimiento benéfico y estableciendo como condición la obligación de mantener abierta la iglesia que poseía para culto[736]. Este «cambio de domicilio» se pudo hacer efectivo gracias a dos reales órdenes emitidas por el Ministerio de la Gobernación, la primera fechada el 12 de noviembre de 1848, y la segunda el 13 de junio de 1854[737].

Tras el traslado del Hospital al Convento de San Francisco, se creó, el 1 de abril de 1883, la *Sociedad Benéfica La Caridad* que fue la que se hizo cargo de la gestión del centro. Su principal fin era optimizar y regenerar aquellos establecimiento y asilos de beneficencia que existían en la Villa, para lo que se colocaron al frente a las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, religiosas que debían socorrer física y espiritualmente a los dolientes alojados en los sanatorios. Sus órganos directivos estaban constituidos por personajes destacados de la sociedad orotavense: Elisa de Ponte y Hoyo, marquesa viuda del Sauzal, Quirina Fuentes de Casañas y Magdalena de Zárate, viuda de Méndez de Lugo, actuando la primera de presidenta y las dos siguientes de vicepresidenta y secretaria, respectivamente. Durante un siglo procuraron cumplir con el objetivo fundacional, eso si, con marcadas limitaciones materiales[738]. Dentro de la nueva reestructuración del asilo, se decidió instalar el orfelinato en una de las salas del Hospital, encargándole la responsabilidad de vigilar por la «buena crianza» de todos los niños carentes de padres del partido judicial. Una vez que se crea la Casa Cuna en Santa

[735] AHSTLO- Documentos varios sin ordenar.
El intendente provincial establece dos condiciones para poder hacer efectivo el traslado al viejo cenobio: no alterar la estructura en la que se articula el edificio cedido, y si fuera así, será el Ayuntamiento el que responda para devolverlo al estado primigenio, desocupándolo en el momento en que la autoridad competente pudiera precisarlo.
[736] Debe constar el derecho, que ante el edificio y el solar, de unos 2700 metros cuadrados, Elena Benítez de Lugo y Saavedra, séptima nieta y heredera de Francisco Benítez de Lugo fundador del patronato en 1559.
[737] La primer fue rubricada por el entonces gobernador civil Alonso del Hoyo y Román y la segunda por el presidente de la Junta Provincial de Beneficencia, certificación presentada en el Registro de la Propiedad el 22 de enero de 1868.
[738] El 24 de marzo de 1975 es traspasada al Cabildo Insular, junto a una huerta contigua de su propiedad y la participación de agua del Heredamiento de La Orotava. La cesión se efectúa bajo la presidencia de Eladia de Ascanio y Monteverde, marquesa viuda del Sauzal (1907-1995).

Cruz de Tenerife, ésta funcionará como filial hasta el 22 de enero de 1922, fecha en la que los párvulos pasarán a la maternidad dependiente del Cabildo Insular. [739]

116. Francisco J. Castro: Acceso a las dependencias hospitalarias (2011).

Del espléndido edificio originario del convento franciscano creado en el siglo XVI, y que José de Viera y Clavijo denominó «El Escorial de Canarias»[740], poco quedó tras el incendio acaecido el 20 de abril de 1801. El nuevo inmueble, presentaba su fachada orientada hacia el nordeste, quedando tan solo de la primigenia fábrica la puerta que daba acceso a la iglesia del «nuevo cenobio», elaborada en cantería y que presentaba un escudo seráfico, con unas manos cruzadas, la de Cristo y la de Poverello, ante la cruz, destacando una concha que coronaba a modo de remate superior, su frontón y su arco escarzano, junto a tres escalones que facilitan el acceso al recinto sacro. La iglesia, de sencilla planta, presentaba una sola nave, en la que se definía claramente el presbiterio por medio de un arco de medio punto de cantería; anexa a éste último, la sacristía, a la que se tenía acceso por el patio o claustro del convento. En cubierta, estaba presente un cerramiento de rica madera de tea labrada (artesonado mudéjar), con tirantes de pared a pared que facilitan la sustentación tanto del techo como la verticalidad de los muros. En la esquina izquierda de fachada, una pequeña espadaña de un solo cuerpo elaborada con muro de tapial y calicostrado[741].

[739] PRIMO DE LA GUERRA, J. (1976). *Opus cit,* Tomo II, p. 221. El III vizconde del Buen Paso hace referencia del incendio que devastó el convento de San Francisco de La Orotava en 1801.
[740] VIERA Y CLAVIJO, J. de: *Noticia de la Historia General de las Islas Canarias.* IV Volúmenes. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones, 1950-1952, Tomo III, Libro XVIII, p.10.
[741] TRUJILLO RODRIGUEZ, A.: *San Francisco de la Orotava*. Madrid: Instituto de Estudios Canarios (CSIC), 1973, p. 9-11.

El *espacio conventual* seguía las características propias de los modelos franciscanos, herederos de la distribución benedictina y bernarda. El acceso a éste, se realiza atravesando una zona porticada con arco de medio punto sobre el que está escrito el nombre de la fundación decimonónica, *Hospital de la Santísima Trinidad*, ubicado en fachada a la derecha del acceso a la iglesia y que permite llegar a una escalinata de subida a la puerta principal, donde se encontraba un torno de inclusa cubierto por un alpendre posiblemente de influencia lusa. De mayor tamaño, por sus características probablemente pudo ser una de las pocas partes que no fue «pasto de las llamas». Seguidamente se entraba en el claustro, a dos alturas, como eje regulador del resto de estancias. En éste se hallaban las celdas individuales de los inquilinos anteriores a la desamortización, modalidad incorporada por los franciscanos en sus cenobios y que más tarde fue tomada por otras órdenes tras la promulgación de la bula de Martín V a los benedictinos en 1419. A ello se unían el refectorio, dormitorio y sala capitular o *de profundis* que se alzaban en torno al claustro, existiendo en la parte posterior y más alejada de la fachada principal, un patio secundario donde se ubicaron otras oficinas o estancias necesarias para el desarrollo de la vida conventual, tales como biblioteca, cuadras, cocina, lavaderos, despensas y almacenes, entre otros. Posteriormente estos habitáculos se destinaron a las dependencias precisas para el funcionamiento del establecimiento sanitario y las zonas de asistencia de los enfermos, respetándose aquellas destinadas a servicios generales que cubrían las necesidades básicas del Hospital y de los asilados en él. Destaca una magnífica escalera de piedra con quince gradas, que recuerda a las *amplias escalas gallegas barrocas*, de sólida formas que fueron las que procuraron su supervivencia desde los inicios de la fundación. Esta permitía acceder al segundo nivel del patio, así como a una parte del complejo hospitalario destinado a la comunidad de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl que están presentes en la fundación, como ya se ha comentado, desde 1883.

Al igual que en el Hospital lagunero, las obras que se realizan no fueron más allá de ligeras modificaciones que procuraban ampliar algunas dependencias o el mantenimiento del viejo cenobio franciscano donde estaba instalado. En el año 1926, el 19 de junio, se acometieron obras de saneamiento en el edificio que buscaban el confort de los asilados y facilitar la actividad asistencial que se desarrollaba en él. El diseño del proyecto fue realizado por el arquitecto Mariano Estanga y la ejecución de la obra por el contratista Germán Reimers Wildpret. Estas intervenciones comprendían la

pavimentación *con material de amianto patentado tipo «Sinunion», de dos capas de unos 20 m/m de espesor total, en blanco, marfil, crema u otro color similar*, para la que se destinó una partida de 9.824,60 pesetas[742]. El precio total incluía no solo el pavimentado, sino el pulimiento y brillo, agregándose las siguientes condiciones:

> *Segundo. Los pisos actuales de madera, me serán entregados completamente limpios, y reparados si en ellos hubiese algún deterioro. Las paredes, deberán ser picadas hasta la altura del zócalo, arrufadas y repelladas de cemento y arena con un espesor conveniente a indicar por mi encargado de obras; Tercero. Mientras duren las obras de pavimentación y zócalos, se evitarán toda clase de obras de otra índole, con el fin de no interrumpir la marcha de las nuestras; Cuarto. La suspensión o interrupción de nuestro trabajo de pavimentación y zócalos, motivadas por no hallarse terminadas las demás obras de albañilería, carpintería, etc., y causadas por motivos ajenos, nos dará derecho a encarecer el valor de la obra total, con los jornales devengados por el tiempo en que nuestro personal no pueda proseguir sus labores; Quinta. Los precios anteriormente citados, se entienden siempre que la obra total pueda terminarse sin interrupción y antes de fines del corriente año de 1926; Sexto. El pago se efectuará al terminar la obra, pero me reservo el derecho de cobrar cantidades semanales a cuenta, que no excedan del 50% del valor de la obra ejecutada en la semana.*[743]

117. Francisco J. Castro: Iglesia de San Francisco anexa al Hospital (2009).

Esta intervención tuvo aparejada la adaptación del edificio del antiguo cenobio a las necesidades propias de un hospital. En noviembre de 1927 se proyectó realizar ciertas intervenciones en determinadas partes del «desamortizado edificio»: en la primera, segunda, tercera y cuarta galería, Sala del Corazón de Jesús, Sala de Hombres, Sala de Militares y Sala de Distinguidos; a ellas se le unían obras en el jardín del

[742] El total se desglosaba de la siguiente manera: Sala del Corazón de Jesús por un total de 930,60 pesetas; Sala de la Purísima Concepción por un total de 2.020,40 pesetas; Sala de Santa Teresa de Jesús por un total de 1.058,85 pesetas; Sala de operaciones y pasillo por un total de 549,90 pesetas; Sala de recetas por un total de 888,75 pesetas; tres Sala en el patio trasero por un total de 3.363,95 pesetas; y corredores por un total de 1.012,15 pesetas.
[743] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6962; expediente nº 9.

patio y en varios cuartos de baño del Hospital. Básicamente se centraban en el pavimentado de los suelos con mosaicos, alicatado de determinadas partes del centro y el acondicionamiento con pintura de paredes, puerta y ventanas. El coste total del presupuesto a destajar por el contratista Manuel Padrón Sosa, ascendía a 13.008,07 pesetas[744]. A estas reformas hubo que añadir otras con carácter urgente promovidas por el Consejero Inspector del hospital, Fernando Salazar, y que se le encargaron al mismo contratista por un total de 18.440,40 pesetas. Comprendían el pavimentado y cambio de peldaños de la escalera de la Galería Alta a la Baja (597 pesetas); reforma de las cuatro puertas en la Galería Alta (40 pesetas); tabique para dividir superficie en la Sala de Jesús (348 pesetas); fontanería, enlucido, alicatado y pavimentación en la Sala de Médicos (1.997,20 pesetas); desagüe en el 2º Patio (80 pesetas); reformas para instalar la secretaría (1.500 pesetas); fontanería, enlucido, alicatado y pavimentación en la cocina (1.116,45 pesetas); enlucido, alicatado y pavimentación en el Cuarto de criadas (1.446,90 pesetas); enlucido, alicatado y pavimentación en la Sala de San Cayetano (1.910,35 pesetas); enlucido, alicatado y pavimentación en la Sala de San Francisco (3.759,74 pesetas) y saneamiento del Patio (2.445,65 pesetas); cierre de Galerías (3.749,11 pesetas); y pavimentación de la Galería Alta (450 pesetas).[745]

118. Francisco J. Castro: Patio principal del Hospital (2011).

Un breve inventario fechado el 3 de agosto de 1929, nos da una idea de la situación en la que se encontraba en ese momento el establecimiento benéfico, el cual poseía una capacidad para 40 enfermos de ambos sexo, mejorando considerablemente tras el arreglo de dos alas más del edificio:

[744] Primera galería: 2.750,80 pesetas; Segunda galería: 3.897,05 pesetas; Tercera galería: 2.043,60 pesetas; Cuarta galería: 2.406,56 pesetas; y la Sala del Corazón de Jesús: 1.920,16 pesetas.
[745] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6975; expediente nº 252.

> *…cocina amplia, con fregadero de mármol y servicio de agua abundante, lavaderos de excelentes condiciones higiénicas, con debidas separaciones, despensa y dos azoteas; a parte de los dormitorios de las Hijas de la Caridad en la planta alta, cuarto de baño para éstas; sala de operaciones quirúrgicas, con paredes estucadas y abundante luz natural, que penetra por un amplio ventanal de cristales, despacho del médico director y de curas; pasillo y galerías en la planta alta y baja; oficinas para administrador y secretario; retretes para hombres y mujeres, con absoluta independencia; cuarto de baño para hombres; una sala para hombres en la planta baja; dos habitaciones para enfermos distinguidos de pago: una para hombres y otra para mujeres, con dos camas cada una; habitación para operados; claustro o galerías de entrada; salas de hombres y de mujeres, con pisos y zócalos de pasta; cierre de cristales en la galería alta; patios bajos, con losetas de cemento; habitaciones en la parte baja con pisos de cemento para guardar carbón, leña, etc.; Todas las anteriores dependencias tenían zócalos de losetas, pisos de mosaicos, las paredes pintadas al óleo y esmaltadas, excepto las indicadas con piso de pasta, llamada fama, también pintadas y esmaltadas las paredes y techos…*[746]

Desde su instalación, pocas intervenciones de mantenimiento se habían efectuado en el sistema eléctrico del edificio del Hospital. Esto llevó a que con el uso y el paso del tiempo se fuera deteriorando, lo que obligó a que en la década de los veinte, se efectuó una reforma, ya que *durante el espacio de los últimos siete días, se habían producido tres cortocircuitos en la instalación eléctrica de dicho benéfico Establecimiento a consecuencia de los cuales pudo haberse incendiado el edificio de no haber acudido rápidamente la Hermana de vela.* El poner en funcionamiento el sistema eléctrico era de considerable importancia, no solo porque era necesaria para el funcionamiento del moderno aparataje y para cuestiones tales como el calentamiento del agua preciso para el baño de los asilados, sino porque aún seguía presente el miedo a los incendios en el Asilo, tal y como había ocurrido en el siglo precedente y que había destruido el antiguo *Convento de San Lorenzo* en 1801. Se presentaron dos presupuestos: uno de la empresa Siemens Schuckert-Industria Eléctrica S.A., cuyo presupuesto ascendía a un total de 2.957 pesetas colocando en las dependencias hospitalarias 73 puntos de luz; y otro de Norberto Perera Hernández con la cantidad de 2.648,50 pesetas. La instalación incluía las siguientes dependencias: Vestíbulo de entrada; Puerta de entrada, Oficina, Alcoba y Comedor de las Hermanas; Oficina de contabilidad; Capilla; Escalera principal; Cocina y despensa; Cuarto de baño, galería, retrete y antesala; Ropería, sirvientas y recibidor; Cuarto mortuorio; Salas: de San Cayetano, de San Francisco, de los Hombres, de San

[746] AHSTLO-Documentos varios sin clasificar.

Pedro, de la Concepción, de los Distinguidos, y la grande de los Hombres, en las que tan solo colocaría 62 punto de iluminación. La Corporación insular se decanta por el primero pese a ser de mayor cuantía.[747]

Al igual que en el Hospital de Los Dolores, el progresivo abandono al que se habían visto sometidos durante la década de los años veinte, llevó a que en 1930 las condiciones del centro fueran considerablemente penosas. El consejero Carlos Hernández Armas, solicitó la ejecución de las obras de reparación del techo del edificio y otras pequeñas reformas por un valor de 1.000 pesetas[748]. A ellas se unieron otras tantas realizadas por Norberto Perera Hernández, quien colocó la instalación de la electricidad por un importe de 474,95 pesetas en una parte del edificio que no se había incluido en el presupuesto de remodelación ejecutado años atrás, en 1929.[749]

La ubicación de La Orotava en la zona norte de la isla, así como su lejanía tanto de La Laguna como de Santa Cruz, llevó a que el 11 de abril de 1932 se dispusiera adquirir un aparato de Rayos X para el Servicio de Radiología, instando al Director- Médico a informar sobre la existencia de un local habilitado para tal fin y que reuniera las características pertinentes[750], disponiendo un total de 1.100 pesetas para efectuar las actuaciones pertinentes que permitieran la instalación del aparato citado[751]. Para este Servicio se solicitó la compra de los siguientes aparatos:

> *1) Instalación de Rayos X provista de a) paso inmediato de la radiografía a la radioscopia, b) dispositivo para radiografía en serie, c) reloj de disparo automático, d)compensador automático de oscilaciones de la corriente de la calefacción, e) disyuntor automático de seguridad para el médico y el tubo (…); 2) Tele-radioscopia Universal para radioscopia, radiografía y radioterapia superficial; 2a) Línea de Alta Tensión de suspensión del techo por aisladores de porcelana con tubos niquelados, y autoenrrolladores de alta tensión y calefacción; 3) Un tubo Autoprotector metálico; 4) Una serie de accesorios del tamaño 30 x 40 cm. y compuesto de un pantalla fluoroscópica, un chasis Cito., un juego de cartulinas de refuerzo, un delantal plomífero, uno guantes de piel con entretela plomífera y unas gafas con cerco de asta.*

[747] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6975; expediente nº 382.
[748] ACIT- Libro de Actas de Sesiones número 10, fechada el 1 de diciembre de 1930; p. 130.
[749] *Ibidem*, p. 161.
[750] ACIT-Libro de Actas de Sesiones número 11; *opus cit* p. 200.
[751] ACIT-Libro de Actas de Sesiones número 13; *opus cit* p. 331.

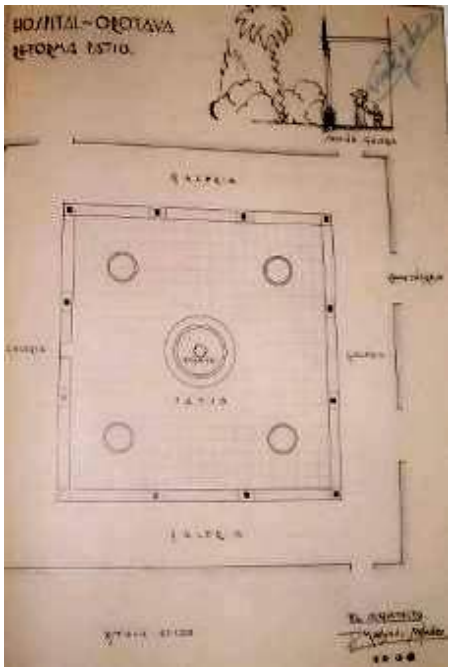
El concurso fue ganado por José García Granados, representante de la Casa Siemens Reiniger Vaifa S.A. El coste del aparataje solicitado ascendía a un total de 16.650 pesetas, dinero que se abonó desde la Corporación insular en mensualidades de 1.500 pesetas cada una. Los aparatos fueron recibidos en el 11 de enero de 1934, estando en pleno funcionamiento en octubre del mismo año, pese a las dificultades presentadas por el voltaje existente en el Centro que no se adecuaba al establecido por el fabricante del aparato.[752]

119. Francisco J. Castro: Puerta de acceso y del torno para expósitos del Hospital de la Santísima Trinidad (2011).

Como en el resto de dispositivos asistenciales ubicados en la Isla, en este momento surge una marcada preocupación por innovar, en la medida de sus posibilidades, adquiriendo tecnología que permitiera facilitar el juicio diagnóstico así como mantener unas condiciones higiénicas adecuadas. Los residuos procedentes de la actividad asistencial, como en el resto de los hospitales insulares, se había convertido en un serio problema que hacía peligrar la salud de la población ante la carencia de un vertedero controlado. Para solventarlo, se anexó al establecimiento, en diciembre de 1932, un horno crematorio portátil con rendimiento de quinientos kilogramos por diez horas de trabajo, tipo *Horsfall* número 2, por un importe de 1.300 pesetas, destinado a incinerar los despojos de las operaciones y curas[753]. El horno debía ser proporcionado desde Barcelona por la casa Metzger S.A. Se solicitaron dos unidades, siendo la segunda destinada, como se ha comentado anteriormente, al Hospital Civil. En mayo de 1933 el horno estaba montado y a pleno funcionamiento[754]. A ello se le unió una serie de medidas que buscaban realizar algunas intervenciones en la sala de operaciones del pabellón central, haciendo desaparecer el

[752] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7008; expediente nº 97.
[753] ACIT- Libro de Actas de Sesiones número 10, fechada el 1 de diciembre de 1930; *opus cit* p. 102-58.
[754] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7011-7012; expediente nº 262.

zócalo de azulejos y su revestimiento, para pintar posteriormente con esmalte blanco, así como la colocación de piso de gres cerámico por un importe total de 560 pesetas. A la actuación en la sala de operaciones, se le unió el encargo a la Fábrica de Gas de instalar un sistema de conducción para los pabellones primero y segundo, necesario para cubrir las actividades asistenciales, cuyo coste fue de 922,90 pesetas[755]. Por último, el 8 de agosto del mismo año, se proyectó el cierre de una de las galerías, procurando así aislar el corredor en el que entraba algunos agentes atmosféricos tales como la lluvia o el sereno nocturno, lo que ocasionaba tanto a pacientes como trabajadores la posibilidad de enfermar. El encargo fue realizado por el destajista Ananías Hernández, quien en dos meses concluyó el cerramiento por un importe total de 1.528 pesetas.



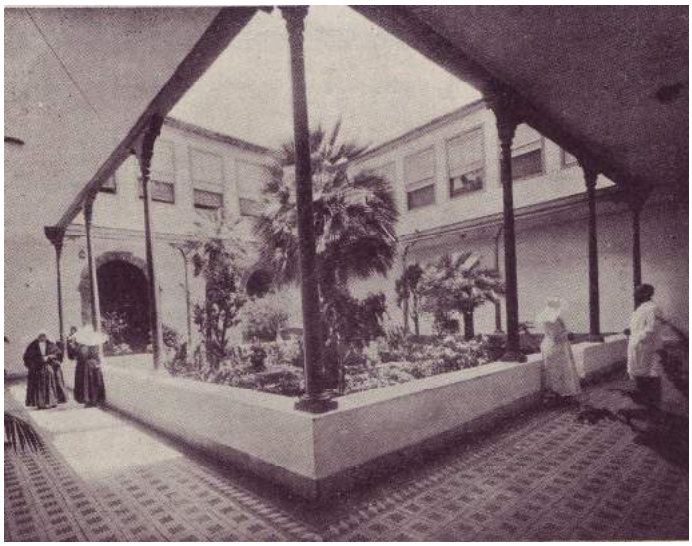
120. Reforma del patio central del hospital (Fuente: ACIT-Negociado de Beneficencia: caja nº 7028; expediente nº 264, 1938).

En este intento por innovar las infraestructuras hospitalarias, el establecimiento precisó la instalación del servicio de cámara oscura como complemento al Servicio de Rayos X creado años atrás y que permitiera el adecuado revelado de las placas. Al año siguiente, en diciembre de 1934, se dieron comienzo a las obras para crear un habitáculo para tal fin. Éstas, ejecutadas por el mismo contratista que había realizado el cerramiento de la galería, el maestro Ananias Hernández, costaron un total de 1.390 pesetas, dinero que corrió a cargo del Capítulo 11º, artículo noveno del presupuesto en vigor. El 15 de marzo de 1934, las obras fueron concluidas por completo.[756]

Dentro de la reorganización, que durante el periodo republicano se pretendió efectuar al sistema sanitario insular promovida en gran medida por García Cabrera, el 23 de febrero de 1933, la Alcaldía de la Orotava propuso establecer una Casa de Socorro,

[755] *Ibidem*, p. 246-247.
[756] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7001-7002; expediente nº 241.

como se había realizado en el Hospital de Los Dolores en La Laguna por estas mismas fechas, para la que solicitó a la Corporación insular ceder *a este Concejo la habitación que se encuentra a la derecha de la entrada de Hospital de esta población.* La solicitud fue aceptada el 24 de mayo del mismo año, estableciendo la condición de exigir al Ayuntamiento *dejar libre la habitación referida tan pronto como fuera requerido para ello, con objeto de que en cualquier momento en que sea precisa su utilización para los servicios de que forma parte, pueda disponerse de dicho local.* La habitación se otorgó en concepto de arrendamiento con unas condiciones preestablecidas: por un periodo de seis años; con un precio de 60 pesetas anuales; no podía ser subarrendada; y el mantenimiento corría a cargo de la Corporación municipal, avisando el fin del contrato con dos meses de antelación.[757]



121. Anónimo: Vista del patio principal del Hospital (1929).

La carencia de un establecimiento que albergara a los tísicos, es decir, un sanatorio-enfermería antituberculoso, obligó a habilitar una de las zonas del Asilo para albergar, junto con el Hospital de Puerto de la Cruz, a los numerosos tuberculosos de la zona norte de la Isla. En octubre de 1935, se procedió a realizar *obras menores para el arreglo de la Sala de tuberculosos*[758], encargada al maestro Ananías Hernández por un importe de 1.842,72 pesetas por la renovación del retrete, fregadero y lavabo de la Sala, y 2.471,04 pesetas para la reparación y ampliación de la Sala. Durante el mes siguiente, el arquitecto Marrero Regalado se personó en el

[757] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6988; expediente nº 68.
[758] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7044; expediente nº 163.
Años atrás, según consta en la documentación de la Corporación Insular, se efectúa una propuesta formulada por la Sociedad «La Caridad» que había propuesto la construcción de pabellones para tuberculosos con el fin de evitar el contagio en muchas familias pobres.

Hospital para estudiar e informar las obras a efectuar: *a) reparación de una pared, b) terminación de retretes para el servicio de hombres, c) desaparición de un cuarto donde se arrojan basuras, d) instalación de un horno crematorio; y e) establecimiento de una sala dotada de servicios para tuberculosos*. Según exponía en su informe: para dar solución a la pared propuso evitar las humedades por medio de la reparación del alero y desagües de lluvias; para el baño de hombres debe adquirirse y colocar los aparatos sanitarios y pavimentarlo, lo que ascendía a 1.250 pesetas; para el cuarto de basuras sugirió condenarlo con «escombros y cal», imposibilitando así su uso; el horno crematorio está ya instalado; y, en lo referente a la sala de tuberculosos enfatizó en su puesta en marcha, ya que creía que *los servicios estaban demasiado aglomerados y necesitan cierto aislamiento*. De todas estas aportaciones del arquitecto, la Corporación insular tan solo acometió las obras de los retretes para el servicio de hombre.[759]

La condición de ser un edificio con «una larga historia», llevó a que, de manera casi constante, hubiera que estar efectuando pequeñas obras de reforma y mantenimiento en el hospital. Nuevamente, en abril de 1936 se dan comienzo reformas «urgentes» tras la visita efectuada por el Consejero-Inspector y del arquitecto Marrero Regalado. Con éstas, se pretendía solventar diferentes problemas presentes en el Hospital desde hacía varios años, para lo que se dispuso de 20.000 pesetas:

> *a) Terminación de los trabajos comenzados en los urinarios para hombre y que hubieron de suspenderse por haberse agotado el crédito que existía al efecto; b) Arreglar el piso de una de las galerías que por el mal estado en que se encuentra amenaza derruirse; c) Cerrar el comedor de las mujeres que en la actualidad se halla descubierto, por lo que, aún en el invierno, han de comer al aire libre; d) Arreglo de la Sala de Tuberculosos para ponerla en condiciones higiénicas, y que en la actualidad carece en absoluto de ellas, y e) Ampliación del quirófano*. [760]

A estas intervenciones se le unieron las que se efectuaron para la reforma de la galería, cuyo destajo fue realizado por Tomás Escobar Oliva, se le unieron las obras de reforma en la Sala de Hombres con la construcción de una terraza y la construcción de

[759] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7013; expediente nº 214.
El importe de esta última intervención ascendía a 1.994,75 pesetas.
[760] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 184.
Se solicitó al arquitecto la confección de un presupuesto y pliego de condiciones para la adjudicación de las obras, cuyo importe final ascendió a 14.785,49 pesetas, quedando el resto (5.214 pesetas y 51 céntimos) para *mejorar los desagües del patio, arreglos en los W.C. y a retoques finales en todas las dependencias*.

Sala de Infecciosos y Paso con cuarto de baño y cuarto de fregadero, éstas últimas ejecutadas por el contratista José Gómez. En abril de 1938 las obras ya se habían entregado a la Corporación insular.[761]

122. Detalle de la reforma de galería del Hospital (Fuente: ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7023-7024; expediente nº 184).

Nuevamente se requirieron los servicios del arquitecto Marrero Regalado para el diseño, en agosto de 1938, de un proyecto para la «reforma de los W.C. y la construcción de una terraza cubierta». El nuevo cuarto de baño debía tener bañera, lavabo, ducha y alicatado con un zócalo de azulejos, que permitiera realizar inmersiones precisas para algunos tratamientos dermatológicos; mientras que en la terraza, proyectada con la finalidad de crear un espacio de esparcimiento para los enfermos, pudiendo entrar en contacto con el aire puro y la luz solar, se pretendía realizar un cerramiento superior con *placa de hormigón armado, apoyada sobre los muros de la sala-comedor, en la que a la altura de los dinteles de las ventanas, se forjará una cadena de hormigón armado que apoyará en el muro exterior de la sala de mujeres bordeando todo el comedor pasando sobre el tabique del lavabo*; se estableció un importe de 2.550,69 pesetas.[762]

Entre las últimas intervenciones efectuadas durante este periodo, destaca el saneamiento del patio central del Hospital, proyecto realizado por el arquitecto Machado Méndez, que pretendía *colocar una canal a lo largo del alero de la galería alta*

[761] Ibidem.
Para las diferentes intervenciones se dispusieron las siguientes partidas presupuestarias: reforma de la galería, unos 3.548,47 pesetas, obras de reforma en la Sala de Hombres con la construcción de una terraza, unas 2.847,75 pesetas, construcción de Sala de Infecciosos y Paso con cuarto de baño y cuarto de fregadero, unas 2.832,88 pesetas.
[762] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 77.

y cuatro bajantes en los ángulos, que con un sistema de atarjea de cemento, cubierta, a falta de tubo de gres, en el piso del patio, (…) Se respetará la Fuente central de piedra existente, y el resto se pavimentará con losa de cemento de 0,40 x 0,40 metros dejando los cuatro cajetines que se indican en el plano que llevará cuatro palmeras. Las columnas por donde van los bajantes, serán forradas tabique de ladrillo formando un pilar. El patio era el primer punto con el que los visitantes y familiares entraban en contacto con el interior del establecimiento benéfico, por lo que con esta intervención se pretendió dar una imagen agradable. Para el total de las obras se presupuestaron un total de 2.940,05 pesetas, cuya conclusión fue de considerable rapidez, estando en octubre de 1938 entregadas a las autoridades responsables.[763]

Iniciando la década de los cuarenta del siglo XX, en noviembre de 1941, se procedió a la realización de una de las obras de mayor volumen de las ejecutadas en este Asilo durante este periodo. Siguiendo las directrices marcadas por el proyecto del arquitecto Machado Méndez, se dieron comienzo a las obras para mejorar el saneamiento y reforma del patio oeste del Hospital. La intervención que se pretendía efectuar se describe detalladamente en el expediente:

> *1º.- Sustitución del barandal de madera de la galería de la planta alta por tabique de pandereta revestido interiormente de azulejos en la misma que forma que se ejecutó en la galería baja. 2º.- Sustitución del actual pavimento de piedra por pavimento de mosaicos, incluyendo en estas obras, la demolición del antepecho de piedra, el repasado de la pared de contención, que actualmente se encuentra en mal estado, y apertura, como puede verse en el plano de sección adjunta, de cinco huecos en planta alta y baja, los que irán provistos de su correspondiente carpintería con cristales, herrajes y pintura. 3º.- Construcción de una nueva escalera principal y otra de servicio de la planta alta a la baja, con la continuación desde la planta baja a la de semisótanos. Estas tendrán tanto las huellas, como las tabicas y rellanos, de granito artificial en los tonos que se indicarán llegado el momento oportuno. 4º.- Sustituir el techo del actual hall a un agua, por otro formado de vigas de madera con rasilla y su correspondiente loseta roja, formando terraza[764].*

[763] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7028; expediente nº 264.
[764] DARIAS PRINCIPE, A. (1985). *Opus cit,* p. 127-128.
La sustitución de la losa chasnera por el baldosín fue habitual desde la llegada de este tipo de recubrimiento en la última década del siglo XIX para las zonas nobles de los edificios, siendo introducida por la Casa Orsola, Solá y Cía. con domicilio en Barcelona. Posteriormente, en 1907, se comenzó a fabricar en Tenerife por G. Cáceres y Cía.

De entre todas las actuaciones la más destacada fue la escalera principal de nueva fábrica, que unía los tres niveles existentes en esa zona del asilo, lo que facilitaba la movilidad en el interior del inmueble. Para la ejecución de las obras, se presupuestó la cantidad de 15.831,79 pesetas habilitadas desde la administración del Centro[765]. Pese a que ésta fue una de las obras de mayor envergadura ejecutadas en el edificio, se observa claramente que éste no sufrió grandes modificaciones estructurales, sino que se procuró dar mantenimiento a lo ya establecido, intentando adaptarlo a las innovaciones del siglo XX de una manera «muy retrazada», seguramente por ser el tercer hospital en importancia de los que disponía en ese momento la isla de Tenerife.

4.2.1.4. HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL PATROCINIO Y SAN JUAN EVANGELISTA (ICOD DE LOS VINOS).

Tanto la lepra como la elefancía, afectaron a numerosas personas en las Islas Las primeras noticias que se tienen sobre este establecimiento nos hablan del mandato para la fundación de un hospital para pobres en una casita donada por Pedro Afonso, colmenero[766], frente a la iglesia de San Marcos en Icod en abril de 1536, otorgándole además sus bienes a la iglesia de San Marcos y a la Cofradía de Nuestra Señora de la Concepción una vez fallecida su segunda mujer, Inés Álvarez[767]. La iglesia y el hospital tan solo heredaron la mitad de esta propiedad, porque antes de morir Pedro Afonso vendió parte de ella a Pedro González, un zapatero de la ciudad de La Laguna, que adquirió la porción de la casa y la mitad del corral que daba hacia la iglesia de San

[765] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7084; expediente nº 353.

[766] AHPSCT- escribano público Rodrigo Fernández, Protocolos de Ycoden y de Daute y sus comarcas (1536-folio 297).
El testamento cerrado se redacto en su casa el 6 de septiembre de 1535, siendo abierto al año siguiente el 6 de abril. En él, el difunto dejaba claro que si la casa no era apta para hacer un hospital, se vendiese y con el dinero producto de la venta se hiciera en otra parte.

[767] ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. (1982). *Opus cit*, p. 305-306.
Pedro Afonso casó en primeras nupcias con Beatriz González, y en segundas con Inés Álvarez. Los bienes que poseía eran la casa donde vivía hecha de piedra y barro, sobradada y cubierta de teja, lindante con la de Pedro Rodríguez el herrero y el corral. Además contaba entre sus posesiones: 2 cahizadas de tierra en el malpaís de Ycoden, lugar donde había tenido 120 fanegas de sembradura y una heredad de viña con agua, comprado por 3.000 reales a Gonzalo Yanes del Malpaís el 26 de abril de 1519. La viña la dejó gravada con una bota de mosto para la vica a entregar anualmente al cura o beneficiado de la iglesia de San Marcos, Francisco Calderón, encargando misa cantada y víspera en la octava de San Miguel, imagen que pagó y mando a hacer para colocarla en el altar mayor del nombrado templo.

Marcos, cortado derecho a la carnicería del lugar, lindante con Francisco González. Posteriormente, Pedro González testó el 21 de agosto de 1555 ante el escribano Gaspar Martín, donando la propiedad comprada a Pedro Afonso, casa y corral, para que se uniera a la donada a la Cofradía de Nuestra Señora de la Concepción por Francisco Calderón, mayordomo de la iglesia de San Marcos, para que se hiciera un hospital con el título de *Nuestra Señora de los Dolores y San Juan Evangelista*[768]. La casa legada al hospital por Pedro González estaba mejor ubicada que la donada por el mayordomo de la iglesia de San Marcos, Francisco Calderón, lindando con la calle Real y el cementerio de San Marcos.[769]

A la muerte de la esposa de Pedro Afonso, Inés Álvarez, el mayordomo de la iglesia de San Marcos, Marcos Luis, y, el mayordomo del hospital y escribano público Gaspar Martín, solicitan al obispo de Canaria, Diego Deza Tello, licencia para atributar los bienes dejados por Pedro Afonso, la casa y dos cahides de tierra en el malpaís, lo que se les concedió el 12 de noviembre de 1559. Las obras de reparación para transformar la casa de Pedro González en hospital, se costearon con los beneficios acensados[770]. En 1563, el visitador del Obispo de Canaria, ordenó al mayordomo a cargar tributo sobre un solar que poseía el hospital junto a la iglesia de San Marcos o venderlo a ésta para construir una plaza.[771]

---

[768] AHPSCT- Protocolos de Juan de Arzola (1555-folio 296).
El 18 de septiembre de 1543, Francisco Calderón había donado una casa y corral a la Cofradía de Nuestra Señora de la Concepción, adquirida mediante compra el mismo día a Isabel Hernández, mujer de Alonso Borges, para que se edificase un hospital al que dotó con el tributo sobre terrenos que poseía en el malpaís, unos 750 maravedís.
AHPSCT- Protocolo de Benito Sánchez, escribano público en el lugar de San Pedro de Daute (1543-folio 147). Escritura de venta de un pedazo de tierra plantado de viña a Gonzalo Yanes y Pedro Afonso.
AHPSCT- Libro 2466, folio 370, numeración antigua. Testamento de Pedro Afonso y escritura de donación a Francisco Calderón.

[769] AHPSCT-Protocolos de Gaspar Martín, 1558-folio 394.
Blas Martín, Pedro de Carminatis, Antonio Afonso, Pedro Martín, carpintero, Gonzalo Yanes, Juan Martín de las Castillejas, beneficiado del lugar, y Pedro Yanes, dieron un beneficio anual para la obra de restauración de la casa dejada por Pedro González destinada a la fundación del hospital.

[770] Estos incluían: el dinero obtenido del parral de Pedro Afonso antes de atributarlo, el obtenido por la venta de cuatro fanegadas de centeno procedentes de las tierras del malpaís y las limosnas de los vecinos.

[771] La venta se efectuaría siempre que se le adjudicara un precio justo, imponiendo a censo la cantidad obtenida, consiguiendo así para el hospital más rentas. Además se apercibió a los

El hospital percibió pocas rentas desde sus orígenes, no siendo suficientes para hacer frente a los gastos: visitas de los jueces eclesiásticos, comidas de los pobres, el sueldo de la hospitalera, la ropa para las camas, las reparaciones en el edificio del hospital o la capellanía de Pedro González. Tal era la situación que en 1568 fue necesario pedir limosna por el pueblo para poder alargar el cuarto donde vivía la hospitalera[772], blanquear las paredes deterioradas del hospital con cal, hacer una puerta grande en la iglesia, mudar el altar de sitio para colocarlo enfrente de la puerta nueva para que los enfermos pudieran oír misa desde sus lechos, y comprar un cáliz de estaño y un ara. El número de camas en 1563 era de «tres lechos de madera, un colchoncillo y una manta», cuyos enfermos eran atendidos tanto por médicos como por cirujanos. Cuando los enfermos pobres ingresaban en el hospital, era requisito ser confesados, comulgar y testar, admitiendo tanto a los pobres del beneficio como a los que venían de otra parte. Interiormente se distribuían separando a los aquejados de calentura de los de bubas, y a su vez de los que tenían otras enfermedades contagiosas.[773]

Las obras, concluidas en 1574, costaron 62.368 maravedís de los que 672 se gastaron en el aderezo del altar y una canal, y el resto, en materiales y mano de obra (oficiales, acarreto de los materiales, madera, cal, tejas, ladrillos, arena y barro)[774]. La iglesia primitiva del hospital era de teja vana sobre vigas y tablas, y el suelo revestido de ladrillos. Su retablo, con reja de madera delante del altar, tenía un lienzo pintado con las imágenes de Nuestra Señora de los Dolores y San Juan Evangelista, una pintura de Santa Lucia y otra de menor tamaño de Nuestra Señora, además de un Crucificado en una caja de madera dorada, una imagen de San Juan Evangelista pequeña de bulto

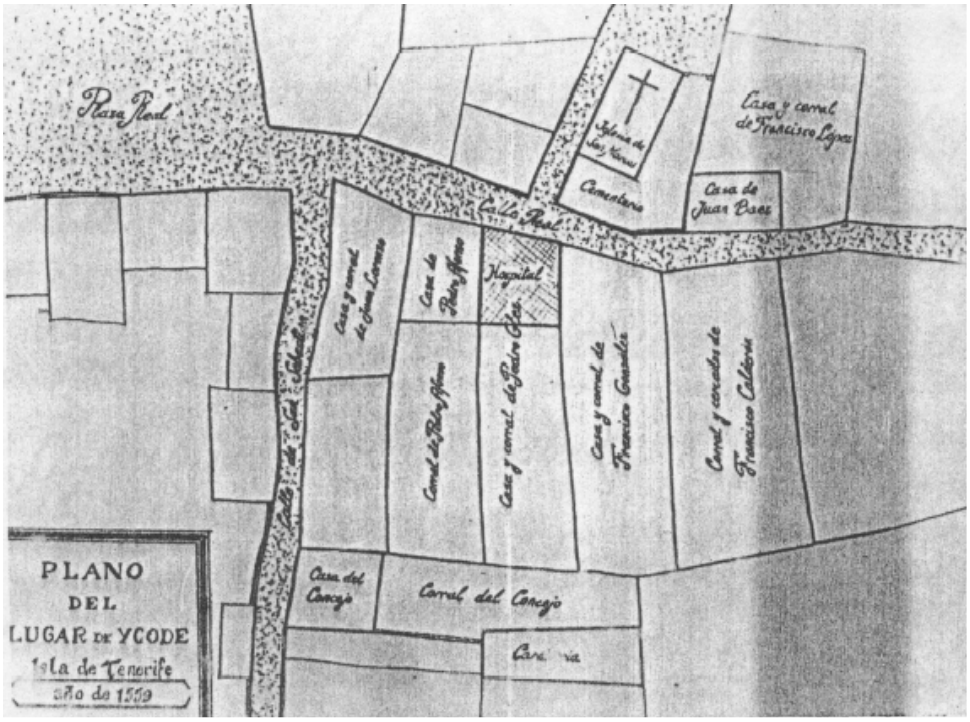
deudores del hospital para que abonaran las cantidades pendientes amenazando con la excomunión y una multa de 300 maravedís a recibir por la fundación.

[772] Se hizo a dos aguas dándole las dimensiones suficientes para que pudiera albergar unos seis lechos.

[773] Los jueces eclesiásticos instruían a los mayordomos para que alimentaran a los asilados con los alimentos necesarios y si el hospital carecía de posibles, le recomendaban que practicaran la limosna por el lugar. La dieta era a base de carne de reses y aves, pan, vino y azúcar, entre otros.

[774] La situación precaria del hospital en sus orígenes se retrata en dos hechos significativos: en la escasez de la ropa inventariada: «quatro xergoncillos de lecho que en cada uno cabe un enfermo usados y los xergoncillos llenos de lana»; y el hecho de que en 1584 el Obispo de Canaria, Fernando de Rueda, tras su visita a Icod, ordenó al beneficiado de la iglesia de San Marcos pedir limosna para poder pagar la comida del presbítero Gaspar Jorge que estaba enfermo en el hospital.

redondo colocada en un nicho y un Salvador Mundi de yeso[775]. Entre 1578 y 1580, las imágenes fueron sustituidas por un Crucificado de madera grande, otro pequeño y una imagen pequeña de bulto de San Antonio de Padua. Cuatro años después, una imagen de bulto de Nuestra Señora de los Dolores, perteneciente a la hermandad de la Misericordia[776], fue colocada en el retablo.



123. Eduardo Espinosa: Representación gráfica del lugar donde se ubicaba el primer emplazamiento en 1559 del Hospital de Icod (1982).

Progresivamente los ingresos fueron incrementándose, comprando la fundación tributos nuevos a los que se unían los que mediante testamento se incorporaban al patrimonio del hospital, cuyo capital devuelto a los dueños de las casas o heredades hipotecadas se imponían nuevamente a censo por los mayordomos. A ellas se les unían las limosnas en especias, trigo y vino, las testamentarias, las décimas de los traspasos de

[775] ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. (1982). *Opus cit*, p. 317.
Entre 1563 y 1578 existía en la parte delantera del altar un frontal con la figura de Dios Padre y en una pared del templo una pintura de la Creación del Mundo.
[776] El revés del retablo se había forrado con un tapiz flamenco en el que se representaba el Descendimiento de la Cruz, estando la imagen de la virgen vestida con manto de manacoste y una saya de raya negra.

los tributos y las entregadas los jueves santos. Los gastos eran mayores de los que recibían los mayordomos, invertiendo el dinero que entraba en entierros y sepulturas de los pobres fallecidos en el hospital, cera y otras tantas cosas. A partir del 30 de noviembre de 1563, tras la visita del juez eclesiástico, se contrató una hospitalera a la que se le fijó un sueldo de tres doblas anuales a pagar de tres veces, asignándole las tareas de limpieza y cuidado de los enfermos del hospital. Además, mando comprar tres colchones buenos, tres mantas, seis sábanas y cuatro almohadas a razón de los lechos que pretendía que existieran en el hospital[777]. En un primer momento se alojaba en el cuarto de los enfermos, hasta que en 1590 se traslada a la una casa contigua entregada por el mayordomo[778]. En 1596, durante la visita del juez eclesiástico, éste ordenó al mayordomo el derribo de la iglesia para lograr una distribución tal que permitiera que los enfermos pudieran oír misa desde sus lechos; la falta de medios para acometerlo llevó a que tan solo se procediera a retejarla.

124. Francisco J. Castro: Vista del coro de la iglesia del Hospital de Icod de los Vinos (2012).

[777] Las primeras cinco sábanas eran de lienzo entrefino, adquiriéndose posteriormente de anjeo o de brin; las fundas de las almohadas eran de ruan.
[778] Anterior a 1578 se conoce que un ama u hospitalera asistía a los enfermos por el salario que el licenciado Aceituno le había otorgado. Entre 1591 y 1603, el mayordomo les pagó cuatro doblas al año, a lo que se agregó la suma de 4.000 maravedís más porque le parecía poca cantidad.

125. Francisco J. Castro: Imagen de Nuestra Señora del Patrocinio. Iglesia del Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista de Icod de los Vinos (2012).

En 1604, durante la visita del obispo de Canaria Francisco Martínez de Cenicero, éste autorizó al mayordomo a ejecutar las siguientes cuestiones: abonar a las hospitaleras la cantidad de diez o doce doblas, siempre que el hospital pudiera pagarlas[779]; a proporcionar licencia al mayordomo para que reedificase la fundación, empleando las rentas y limosnas de los vecinos, y autorizando a todos aquellos vecinos que quisieran ayudar los días de fiesta en la labor constructiva; dar la aprobación para que la Cofradía de la Misericordia construyera un cuarto en el hospital donde guardar sus insignias, ordenando que el jueves santo saliera de la iglesia del hospital la procesión de la Cofradía de la Sangre y que se dijera misa cada viernes por limosna de dicha congregación. Inicialmente, la primera mitad del cuerpo del templo fue lo que se construyó, gastándose la cantidad de 2.365 maravedís[780]. Las obras, encargadas a los oficiales de albañilería Pedro Yanes y Blas González, dieron comienzo a primeros de noviembre de 1605, después que el hospital adquiriera la casa que estaba pegada a la que la iglesia de San Marcos permutó por el tributo, que era de Salvador Rodríguez y María de la Nuez[781]. Lo primero que se levantó fueron dos puertas de quince palmos de altura hechas con piedra del malpaís y la pared de la iglesia de tres palmos de anchura, poniendo todos los materiales que se

[779] ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. (1982). *Opus cit*, p. 315.
Se tiene constancia que en el hospital trabajaron en un primer momento: la mujer de Juan Esteves antes de julio de 1596, y Ana de Sosa y Antonia Francisca entre 1630 y 1634; Manuel Pinto y Bartolomé Báez, este último asistiendo a los pobres unos once años, al que se le pagó 10.900 maravedís.
[780] Había sido tributados al hospital por la tenencia de las tierras del malpaís por el alférez Baltasar Martínez Pimienta.
[781] La casa y el solar lo vendieron el 7 de noviembre por 2.100 reales, obligados por la presión que efectuaron tanto el mayordomo como numerosos vecinos.

necesitaron[782]. El 24 de noviembre de 1607 el mayordomo del hospital contrató a los maestros Blas Tomé y Luis Antúnez para las obras de carpintería de madera de tea a razón de 12 reales el pie: las piezas sobre las que se armó la iglesia, las puertas de entrada, del cuarto de los enfermos, del corral y del coro, así como la ventana sobre la puerta de la entrada con dos postigos. La fábrica de la iglesia estaba terminada en 1609.[783]

En el retablo mayor se puso el Cristo, a Nuestra Señora de los Dolores, existente ya en el templo, y a San Juan Evangelista sufriendo el martirio[784]. En 1614, el Visitador mandó murar el hospital para dar clausura a los pobres y saber de que terreno se disponía, además de hacer una portería para evitar el obligado paso por la iglesia como era costumbre. Tres años más tarde, el obispo Antonio Corrionero ordenó condenar las puertas de entrada por el corral y por la calle San Sebastián, y a alargar la parte alta de esa zona para formar una habitación con una puerta externa; en 1625, el juez eclesiástico durante su visita al hospital mandó que prosiguieran las obras. Además, por los graneros de la Alhóndiga se levantó una cerca de madera desde la esquina propiedad de Juan Fernández para separar el corral del hospital de los lindes.[785]

El obispo de Canaria, Cristóbal de la Cámara y Murga, entregó a las monjas Bernardas el hospital el 23 de junio de 1630. Las monjas llegaron a Icod cuatro años más tarde, el 21 de mayo de 1634 quedando el pueblo sin casa para recoger a los pobres y sin sus bienes que se le entregaron a las Bernardas. En 1637, durante la visita del obispo Francisco Sánchez Villanueva y Vega, los vecinos le manifestaron su descontento con lo hecho por su predecesor, solicitando una casa para recoger a los pobres y a la hermandad, y rentas para asistir a los primeros y sustentar a los segundos. El obispo dispuso *el mandato noveno de los que dejó escrito en el libro del convento que el*

[782] Por las dos puertas cobraron 25 ducados y 12 reales por cada tapia.
[783] Se emplearon 271 tapias de pared y tres cuartas más, 3.000 ladrillos y tan solo 8.000 tejas, porque se usaron los de la anterior iglesia. En personas para la realización de los trabajos, oficiales y peones, 1.053.886 maravedís.
[784] AHPSCT- Protocolos de Juan de Pineda, Salvador Pérez de Guzmán y Pedro Méndez de León (libro 685, folio 50; libro 2495, folio 429; libro 2487, folio sin numeración).
La imagen de San Juan Evangelista había sido traídas pos varios vecinos, entre ellos Juan de Arzola, nombrándolo patrono de las viñas.
[785] ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. (1982). *Opus cit*, p. 320.

hospital y la hermandad de la Misericordia pasasen con sus bienes a la casa del convento que tenían a tributo Andrés Martín de Azero y Ana María, mujer de Mathías Luis, llamada la Castellana, en cuanto se adjudícasela primero una carga de 186 reales que estaba impuesta sobre las casas y los caídos devengados cuando entraron las monjas al convento y que si no querían darlas acudiesen al juez para que se las quitase, satisfaciéndolas su justo valor[786]. El 12 de mayo de 1638, el convento desistió de cobrar los tributos, cediéndolos al hospital con el encargo construyera una sala para la Hermandad de la Misericordia; poco después fueron devueltos nuevamente al convento por la hermandad, debido a que esta sala ya la tenían en construcción en la iglesia de San Marcos.

126. Francisco J. Castro: Tumba del doctor Francisco Leonardo Guerra en la iglesia del Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista de Icod de los Vinos (2012).

El 24 de julio de 1643, el mayordomo compró la casa y el solar donde se edificaría el hospital a María Márquez, viuda de Gaspar Cuaresma, y sus hijos por 1.100 reales nuevos de plata[787] para la edificación del hospital, cuya construcción fue lenta. En una visita del obispo Bartolomé García Ximénez trató dos temas fundamentales: el nombramiento de administradores de los bienes para lo que reunió en la iglesia de San Marcos a los vecinos, acordándose encargar tal tarea al alcalde de Icod, el capitán Salvador Navarro de la Guardia, y al también capitán Antonio Afonso de Gallegos Albanaz durante seis años, empleando los tributos y limosnas en concluir la fábrica de la iglesia y la enfermería del hospital; y, mandó a la hermandad de la Misericordia volviera al hospital y pusiera las imágenes que se veneraban anteriormente en la nueva iglesia, autorizando al prioste a vender la sala fabricada en la iglesia parroquial con la finalidad de ubicarla en el hospital. El 2 de septiembre de 1684 el bachiller Matheo Martín,

[786] *Ibidem*, p. 321-322.
[787] AHPSCT- Registro de escrituras pasadas ante Roxas Montiel (1638, 1643 y 1655, folios 65, 151 y 46).

natural del Puerto de la villa de la Orotava donó la imagen de Nuestra Señora del Patrocinio, mandada a hacer en Sevilla en 1662. Salvador Navarro de la Guardia solicitó fuera colocada en el nicho principal de la iglesia del hospital, llamándose en adelante del Patrocinio de Nuestra Señora.[788]

En el mes de octubre del años siguiente, para la fábrica de la fundación se habían desembolsado las siguientes cantidades: 4.468 reales en la construcción del templo, de los que 1.288 se le entregaron al ayudante Nicolás Francisco Bello por los trabajos en la cubierta de unos 104 pies de larga y testero. El mal estado de la salud del capitán Navarro de la Guardia, obligó a que el vicario, visitador y juez de las cuatro causas de la isla, nombrara como sustituto del mayordomo al capitán Pablo Pestano y Montiel el 8 de octubre de 1685, manteniendo esta responsabilidad hasta el 25 de marzo de 1690, renunciando a él para atender a otras ocupaciones[789]. Hasta 1698 las obras se centraron en entullar y allanar el suelo de la iglesia, cubriéndola con 400 ladrillos, así como solar, engoznar y colocar en los quicios puertas de madera de tea hechas por el carpintero Bartolomé de Acosta, poner cantos en la puerta principal, la guarnición del techo de la iglesia y sobrepuertas, postigos, aldabas y escudos, tanto en la puerta de la iglesia como de la sacristía.

Un año antes, en 1697, el doctor Francisco Leonardo Guerra, tesorero de la Catedral de Canaria, en su visita a Icod, se ofreció para terminar la obra a cambio del patronazgo de ésta, además de comprometerse a fundar dos capellanías para clérigos presentes en el hospital y señalar bienes para sustentar a los pobres asilados; la proposición fue aceptada por los vecinos del pueblo el 25 de marzo[790]. El 1 de septiembre ese mismo año, los vecinos, desconocedores que el rey Carlos II tenía el patronazgo del hospital desde su fundación, renunciaron en el prebendado Leonardo Guerra el derecho y acción que pudiera tener al hospital e iglesia de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, con la condición de dotar de

altar mayor, coro alto, sacristía y campanario en la iglesia, dar ornamentos, misal,

[788] Primeramente fue depositada en la capilla de los Domínguez en la iglesia parroquial de Icod hasta que se le construyera capilla o iglesia.
[789] Era cuñado del capitán Salvador Navarro de la Guardia, que lo había nombrado heredero del vínculo que instituyó el 2 de diciembre de 1683 con el requisito de pagar 3.000 reales al hospital.
[790] ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. (1982). *Opus cit*, p. 325-326.

> *candeleros y rentas para la cera del altar y poner los medios necesarios para que el Obispo de las islas diese licencia para colocar el Santísimo Sacramento en la iglesia y en el caso de conseguirlo hacer sagrario, donar una custodia, un copón y una lámpara de plata y señalar bienes para el aceite de la lámpara con objeto de que la luz de ésta ardiera continuamente y si falleciese antes de hacer lo referido el que le sucediera en el patronato tenía que ponerlo por obra dentro de cuatro años y si no cualquier vecino podría exigirle por vía judicial que lo ejecutase; de que colocado el Santísimo se había de poner en la puerta del sagrario dos llaves: una que se daría al patrono y otra al prioste de la Santa Cruz…. y que los enfermos pobres del lugar tenían que ser preferidos sobre los de los demás pueblos para entrar en el hospital, en segundo lugar los de La Orotava… y después los de los lugares circunvecinos en los que no hubiese casa para curarlos* [791].

Las condiciones fueron aceptadas por Francisco Leonardo Guerra, quien mandó fabricar dos enfermerías para hombres y mujeres, con cuatro camas en cada una con colchones y ropa, dos salas de convalecencia y aquellas cosas que pudiera necesitar el hospital.[792]

El tesorero de la Catedral tomó posesión como patrono el 29 de noviembre de 1697, encargando al mayordomo que se apurase con la fábrica de las enfermerías, los cuartos de recogimiento y curación, y la habitación de los sirvientes. Los vecinos del pueblo solicitaron al protector construir en el hospital un colegio de padres jesuitas para la *enseñanza de la juventud*; el prebendado se negó a realizar la proposición, recurriendo los vecinos principales al auxilio del Obispo quien dispuso se acometiera tal proyecto. El licenciado Guerra accedió invirtiendo parte de sus bienes en la fundación del colegio, otorgándole rentas y alhajas; los jesuitas no vinieron a asumir su responsabilidad en el tiempo estipulado, lo que llevó a que la orden franciscana asumiera esta responsabilidad, asignándole diecisiete tributos[793] y un cuadro con la imagen de Nuestra Señora del Patrocinio para adornar el testero de la sacristía, otro de la Virgen para el refectorio, un Cristo en una cruz de ébano y otros tantos objetos de culto.[794]

Los vecinos ante la intención de destinar los tributos del hospital a la fundación del colegio, incumpliendo el prebendado Guerra con la obligación de terminar las obras

[791] *Ibidem*, p. 327.
[792] Estaba obligado a dar anualmente 30 fanegas de trigo para la manutención de los pobres y fundar dos capellanías, a las que dotó de casa propia para cada una, y próxima al asilo para facilitar que dieran misa en la iglesia del hospital y administraran el sacramento a los enfermos.
[793] ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. (1982). *Opus cit*, p. 330-331.
[794] *Ibidem*, p. 331.

del hospital, procedieron a tomar medidas legales, nombrando el 2 de octubre de 1708 a Francisco Jacinto de León Zúñiga y Vargas, regidor de la isla, y al licenciado Juan de Aguiar, beneficiado del lugar, como representantes en la causa. El Obispo Juan Ruiz Simón falló a favor de los vecinos, obligando a Leonardo Guerra a concluir con sus responsabilidades. El 21 de octubre, tras salir la sentencia, se dio por nula la escritura de fundación del colegio, lo que obligó a intentar instituirlo en el Convento de San Lorenzo de La Orotava. Este último también fue revocado porque su intención era desquitarse de las obligaciones asumidas para la fabricación del hospital y su iglesia, al carecer de los bienes suficientes en la ejecución de la fábrica.

Francisco Leonardo Guerra en su testamento otorgado el 4 de febrero de 1710 dispuso que se calcularan los gastos de la fábrica del hospital desde la sentencia y el dinero desembolsado en la fundación del colegio, así como diferentes cláusulas: anualmente 160 reales de aceite para la lámpara del sagrario de la iglesia del hospital, además de dotarla con diferentes objetos litúrgicos; por último, ordenó entregar al hospital 30 fanegas de trigo procedentes de tierras que había comprado a diferentes personas en el pago de Higa en La Orotava.

4.2.1.5. DEL LAZARETO DE GRAN CANARIA A LA LEPROSERÍA DE ABADES.

Tanto la lepra como la elefancía, afectaron a numerosas personas en las Islas desde los primeros momentos del dominio castellano. Esta situación era el resultado de la carencia de las mínimas condiciones higiénicas en la población canaria a lo que se unía un desconocimiento sobre su propagación y tratamiento, lo que obligó a que se promulgaran decretos y ordenanzas mediante los que se procuraba legislar evitando así las epidemias y el contagio de la enfermedad[795]. Leonardo Torriani, en su *Descripción e historia del Reino de las Islas Canarias…*, puntualizó como la isla de La Palma carecía de

[795] PERAZA DE AYALA, J. *Ordenanzas de la Isla de Tenerife y otros estudios para la Historia municipal de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife; 1976, p. 67-329.
Desde los Concejos se perseguían medidas de prevención de la salud pública promovidas por los regidores de las Islas procuraban mediante ordenanzas, que se centraban en el control de la limpieza del las calles, a las que se une la supervisión del abastecimiento de agua salubre para el consumo en las urbes.

suficientes y adecuados pozos para el abastecimiento de agua a la capital, así como de escasa superficie doméstica y pobre luminosidad en sus casas[796].

127. Anónimo: Grabado holandés del desembarco y saqueo realizado por el corsario holandés Pieter van der Does a Las Palmas de Gran Canaria el 25 de junio de 1599 (siglo XVII).

Esta situación volvió nuevamente a ser retratada en la descripción que sobre las Islas efectuó George Glas, quién hizo énfasis en las condiciones precarias de los individuos de condición humilde[797]. Poco a poco, iniciando la centuria del siglo XX, esta situación se fue circunscribiendo a los núcleos marginales y rurales, habitualmente alejados de las urbes, presentando sus calles un aspecto más aseado y sus construcciones condiciones más higiénicas.[798]

En este contexto de necesidad y penuria, existía una cierta preocupación por conseguir unas condiciones de salubridad mínimas para la población isleña, que se materializaban en la atención a los aquejados de lepra y elefantiasis. Su número era considerable pero no tan elevado como para reconocerle la categoría de epidemia. El problema, presente desde el conclusión de la Conquista, obligó a plantearse la habilitación de lugares para su aislamiento, tratamiento y cuidado, ante la inexistencia de instituciones que prestaran tales servicios. Por iniciativa del Cabildo de la isla de Gran Canaria, en noviembre de 1510 se crea una institución que realizaba éste cometido[799],

---

[796] TORRIANI, L. *Descripción e historia del Reino de las Islas Canarias antes afortunadas, con el parecer de sus fortificaciones*. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Goya, 1978, p. 242.

[797] GLAS G. *Descripción de las Islas Canarias, 1764*. Tenerife: Instituto de Estudios Canarios; Goya Ediciones, 1982, p. 242.
«… tienen bastantes piojos y no se avergüenzan de ello, pues las mujeres pueden verse sentadas en las puertas de sus casas quitándose unas a otras los piojos de la cabeza. La comezón es como corriente entre todas las clases y no se preocupan de curarla. Lo mismo puede decirse de las enfermedades venéreas, aunque esto último no es tan general como lo primero…»

[798] MADOZ, P. *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*. Tomo V. Madrid: Estudio Literario y Tipográfico de P. Madoz y L. Sagasti, 1846, p. 420-434.

[799] AZNAR VALLEJO, E. *Documentos canarios en el Registro del Sello (1476-1517)*. Tomo 1. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1981, p. 166.
Por esta fecha, el Rey había ordenado al mayoral de la Casa en Sevilla que desarrollaba actividades semejantes, que remitiera al Concejo de Gran Canaria sus ordenanzas y

aunque ya desde 1508 se había instado a que los enfermos con estas dolencias se ubicaran en las proximidades de la ermita de San Lázaro, bajo castigo de ser enviados a lazaretos castellanos. En el resto del territorio canario, la política fue la de procurar aislar a este tipo de enfermos en recintos apartados o enviarlos a Gran Canaria para alojarlos y tratarlos allí. El año 1518 se caracterizó por la altísima incidencia de infectados en la población local, lo que condujo a que las instituciones crearan un establecimiento o asilo. Pese a ello, no prosperó, aduciendo la carencia de condiciones ambientales óptimas para la sanación. En Tenerife la necesidad llegó hasta tal punto, que se propuso la construcción de una casa de acogida con el nombre de San Lázaro[800]. El proyecto nunca vio la luz en esta Isla, continuando con el envío de estos enfermos a la isla vecina, aunque debe quedar claro que el acto de asumir a estos enfermos no fue, en todo momento, voluntario y visto con «buenos ojos». Este asilo, en sus orígenes, debió estar formada por un grupo de casas en torno a un amplio espacio, que hacia de plaza, próxima a la muralla norte de las ciudad de Las Palmas.

Mediante Real Cédula de 25 de noviembre de 1556, el *Hospital de San Lázaro* nació bajo la jurisdicción del Patronato Real, situación acaecida ante la presión efectuada tanto por los responsables del establecimiento como de las diferentes autoridades insulares[801]. Pese a que se realizó un reconocimiento público, al que se unía la máxima protección, poco cambiaron los avatares en el recién creado hospital, manteniendo su régimen interno perenne donde reinaba «la desorganización y el desorden ante el nutrido número de enfermos alojados». Se edificó un modesto edificio con unas humildes rentas, que nunca fueron las necesarias para el mantenimiento de

---

constituciones, para la elaboración del propio para la futura institución que se pretendía crear en la Isla.

[800] SERRA RÀFOLS, E.; ROSA OLIVERA, L. DE LA (1956). *Opus cit.*, p. 217.
… porque se ha enviado a la isla de Canaria muchos enfermos e non tan solamente no los ha querido recibir, e que la limosna que el Cabildo hiciere e otras personas hicieren sean con condición que la casa de San Lázaro de Gran Canaria, ni mayordomo de ella, ni otra casa alguna, ni oficial della, no tengan derecho alguno sobre la casa de San Lázaro que en esta isla se hiciere…

[801] GYÖRKÖ, A. C. *La lepra en el Archipiélago canario;* Trabajo presentado al X Congreso Internacional de Dermatología en Londres los días 21 y 26 de julio de 1952, con prólogo de Juan Bosch Millares. Las Palmas de Gran Canaria: 1952, p. 5.
Felipe II mediante esta Real Cédula procura, como recoge el documento, *… para recoger los enfermos que diseminados por las islas padecían el mal de Elefancía, dado el gran riesgo que sufría o pudiera sufrir la salud pública.*

sus enfermos, llegando, en algunas ocasiones, los asilados a usar sus bienes para sufragar su estancia. A finales del siglo XVI, en 1599, tras el ataque de pirata holandés Van der Does[802], el edificio quedó parcialmente destruido. La reconstrucción del inmueble fue inviable ante una economía precaria, situación que llevó a que surgiera la necesidad de desprenderse de parte de las propiedades existentes, entre ellas la venta de los terrenos a censo perpetuo, para la construcción de un edificio de nueva fábrica[803]. Los ingresos procedentes de las limosnas particulares y la dotaciones reales fueron el «alimento para la construcción del nuevo asilo», de planta rectangular irregular y tipología claustral, con unas dimensiones considerables, 60 varas de frontis por 58 de fondo, ubicándolo dentro de la muralla de la ciudad en el extremo norte, aislado de la urbe por una amplia huerta, en uno de los sitios «más amenos y frescos» de la ciudad, situación que se mantuvo hasta el siglo XIX[804]. El nuevo edificio contaba con cinco celdas altas y ocho terreras para dormitorios de los recluidos, así como una casa para el mayoral, el mampastor y el capellán. Aunque a partir de 1614 se comenzaron a recibir a los primeros enfermos leprosos y elefanciacos con carácter oficial, las obras en la fábrica del Hospital no concluyeron hasta pasados unos años. En 1635, gracias a la limosna aportada por varios vecinos se concluyó la fábrica de la iglesia, continuando los trabajos hasta 1657, cuando se finalizó con la reconstrucción del resto del inmueble.

Por estas fechas, se frecuentó una modalidad de recaudación, que en cierta medida, presentaba una cierta picaresca, y con la que se procuraba obtener el sustento de los dolientes asilados en el hospital. Esta forma de gestión, que se empleó durante el siglo XVII, fue duramente criticada ante una política hospitalaria que buscaba «nutrir sus arcas con fondos y limosnas recaudadas por los propios enfermos», tanto en la isla de Gran Canaria como el cualquiera de las restantes del Archipiélago, lo que era vista como

---

[802] RUMEU DE ARMAS, A. *Piratería y ataques navales contra las Islas Canarias*. Tomo II. Madrid: Instituto Jerónimo Zurita, 1947-1950.

[803] QUINTANA ANDRÉS, P. C. La lepra y la elefancía en Canarias a comienzos del siglo XIX: su desarrollo, prevención e intentos de erradicación por las instituciones civiles y eclesiásticas. In, *Anuario de Estudios Atlánticos*, nº 46. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria-Casa Museo Colón, 2.000, p. 438-439.
El patrimonio de la Institución era escaso, careciendo prácticamente de bienes inmuebles, ya que solo se ha localizado en el primer tercio del siglo XVII una transacción de una vivienda por el valor de 48.000 maravedís.

[804] MADOZ, P. (1846). *Opus cit.,* Tomo V, p. 420-434.

un «favorecimiento de la propagación de la enfermedad»[805]. A todo ello, se unió el hecho que narra George Glas, en el que todo individuo que era declarado leproso o se sospechaba, los delegados de San Lázaro confiscaban todos sus bienes sin reservar una parte para el sustento de sus familiares[806]. Destacó, que el lazareto se sustentaba gracias a las dádivas reales procedentes de las rentas obtenidas en el reparto de terrenos baldíos en enero de 1741 y la data de 120 fanegadas de tierra ubicadas en la Montaña de Doramas de Moya según una Real Orden de 26 de noviembre de 1782 que suministraba 5.212 reales al asilo.[807]

A finales del setecientos, ante la penosa situación de la fundación y la incapacidad de ésta para custodiar a los enfermos allí asilados, la Real Sociedad de Amigos del País de Las Palmas promovió de un asilo de nueva fábrica en Hornillo, lugar extramuros, más allá del pago de San Cristóbal, encargándosele los planos de un edificio de nueva planta al capitán de ingenieros Antonio Conesa. Para lograr tal empresa, se solicitó la intervención de la Corona, auxilio que nunca llegó a ser efectivo ante la falta de acuerdo por parte de los médicos en lo referente a su ubicación[808]. Durante el siglo XVIII, el régimen interno se dispuso atendiendo a las normas de los lazaretos del resto del Reino, que estaba constituido por una estructura y gobierno encabezado por un juez conservador y privativo, al que se le unían un mampastor, un clavero, un capellán, junto a dos ayudantes-asesores del mayordomo, procedentes de la población enferma ingresada en el recinto. Entre los años 1737 y 1833 fue regido por juez privativo de la Real Audiencia, para posteriormente dar paso a la Junta de Caridad.

[805] SOSA, FRAY J. DE. *Topografía de la isla afortunada de Gran Canaria*. Las Palmas de Gran Canaria, Ediciones del Cabildo Insular, 1994, p. 73-74.
[806] GLAS, G. (1982). *Opus cit.,* p. 129.
[807] SUAREZ GRIMÓN, V. *La propiedad pública, vinculada y eclesiástica en Gran Canaria en la crisis del Antiguo Régimen*. Tomo I. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria, 1987, p. 299-305.
[808] VIERA Y CLAVIJO, J. DE. *Extractos de las actas de la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Las Palmas (1777-1790)*. Las Palmas de Gran Canaria: Real Sociedad Económica de Amigos del País, 1981, p. 134.

128. Leonardo Torriani: Ubicación del Lazareto en su primer emplazamiento extramuros en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria (finales siglo XVI).

Mientras que en Europa y en el territorio Peninsular, la lepra había disminuido considerablemente, la elefancía no se conocía. Canarias no era espejo de esta bonanza, llegando a existir en el Archipiélago en 1831 hasta un total de 359 afectados de lepra, de los que en la isla de Tenerife se encontraban unos 144 de ellos[809]. Esta situación obligó a que la Real Audiencia y la Diócesis de Canarias, procuraran establecer un plan estratégico para frenar tal realidad[810]. La preocupación por la situación insular fue trasladada a la Corte, que solicitó informes sobre el estado de la Institución a sus responsables mediante la Real Orden de 17 de diciembre de 1832. Parte del informe emitido definía así el Hospital:

> *…casa de tormento que un seguro en que pudiera aliviarse la desgraciada suerte de unos seres que se hallan en el miserable estado de servir de horror se sus*

[809] BOSCH MILLARES, J. Hospitales de Gran Canaria: El Hospital de San Lázaro. In, *El Museo Canario*, Año XI, nº 33-36. Las Palmas de Gran Canaria: Museo Canaria, enero-diciembre 1950, p. 45-48.

[810] *Ibidem,* p. 45-48. En 1830, la Real Audiencia solicita a Francisco de Mier Terán, oidor decano, un informe elaborado por los médicos de Gran Canaria, los cuales establecieron una serie de pautas: no permitir matrimonio entre contagiados; evitar el contacto sexual; medidas higiénicas; cumplimiento por los enfermos de las dietas establecidas; separación por sexos de las salas del Hospital; preservar el medio ambiente por su carácter terapéutico; y control de los alimentos, sobretodo el pescado salado en malas condiciones, ya que ocasiona brotes de ambas enfermedades.

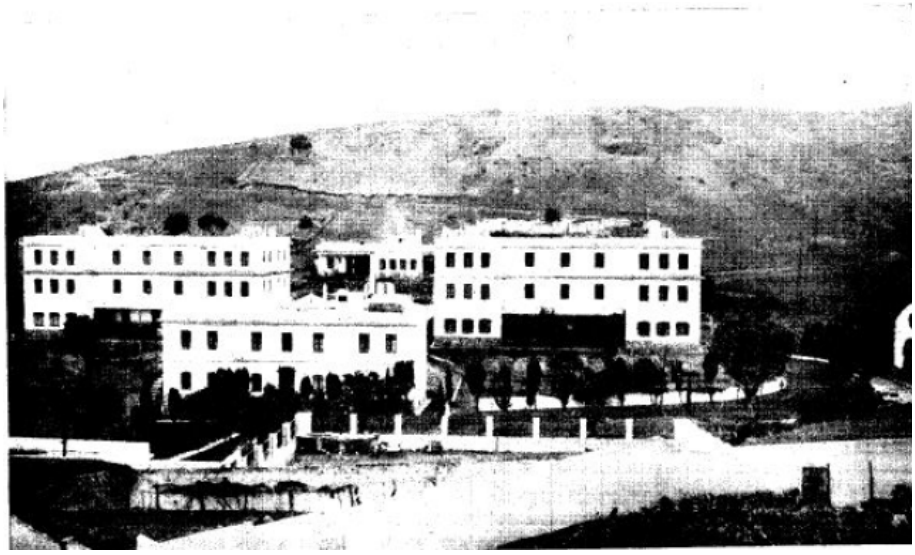
> *semejantes por la asquerosidad de sus llagas, la completa disolución que les hace exhalar un olor pestífero y el horrible aspecto que reciben sus formas naturales a impulso del mal, de suerte que lejos de recibir alivio en su enfermedad, empeoran en esta triste mansión y pronto acaban sus días….*[811].

Como solución, se propuso la construcción de un «nuevo hospital» que permitiera un adecuado aislamiento de los 359 enfermos, dotándolo de mayores rentas de las que en la actualidad suministraba el Estado[812]. Además, se propuso que los planos de la nueva fábrica fueran elaborados por la Real Academia de San Fernando con las dimensiones adecuadas dividido en pabellones por sexo de dos plantas, ligados por circulación semicubierta, así como todos aquellos departamentos que pudieran ser necesarios, como oficinas, servicios interiores e iglesia.[813]

Junto a esta iniciativa, el Obispo de la Diócesis de Canarias, Bernardo Martínez Carnero, que ostentaba la presidencia de la Junta de Caridad, procuró elaborar un censo de malatos para lo que se valió de tres párrocos de las islas de Lanzarote, Fuerteventura y Gran Canaria. Los datos que aportaron al censo dejaban claro que el número de leprosos ascendía a 155, de los que 88 pertenecían a Gran Canaria, 46 a Lanzarote y 21 a Fuerteventura, quedando 5 que estaban asilados en el Hospital de San Lázaro, de los que 4 pertenecían a Tenerife y 1 que no constaba su origen[814]. A esta iniciativa se le unió *la solicitud de informes a hospitales dedicados a estos enfermos durante el primer lustro de la década de los treinta del siglo XIX*, que buscaban conocer los factores desencadenantes de la enfermedad y las condiciones óptimas para su curación[815]. Se llegó a la conclusión que «en las islas existían diferentes factores que favorecían la alta incidencia de la lepra: el clima subtropical que ayudaba a la propagación de la filaria; la

[811] QUINTANA ANDRÉS, P. C. (2000). *Opus cit.,* p. 454.
[812] Los ingresos que iban a sostener a la Institución procedían de: arbitrios de los fondos subsistentes de los jesuitas expulsos; arbitrios sobre los bienes de Espolios y Vacantes; los productos obtenidos de los bienes pertenecientes a la Inquisición; una pensión sobre mitras de ambas Diócesis, la de Canarias y la de San Cristóbal de La Laguna; las rentas de los Hospitales de San Lázaro cerrados en la Península y el de Bubas en Sevilla; solicitar al Comisario General de la Cruzada que de la renta cuadragesimal se diera una limosna; así como conceder un permiso real que faculte para la venta de bienes del Hospital en otras Islas, a excepción de la de Gran Canaria.
[813] BOSCH MILLARES, J. (1950). *Opus cit*, p. 45-48.
[814] Del total de lazarinos censados en 1835, 19 eran leprosos y 9 elefancíacos, desconociéndose la enfermedad de los restantes.
[815] Los hospitales a los que se le solicitó información fueron de Asturias, Palencia, A Coruña, Murcia, Sevilla y Granada, a lo que se le unieron de Portugal y Habana.

carencia de calidad en los alimentos de las clases más humildes; la ausencia de higiene personal y del habitáculo donde desarrollaba su vida; y la falta de responsabilidad por parte de las autoridades para recluir y custodiar a los enfermos con tal dolencia».[816]



129. Juan Bosch Millares : Vista general del Hospital de San Lázaro en Gran Canaria (1950).

Hacia 1842 el edificio del Hospital amenazaba ruina, a lo que se unía el constante vagar de los enfermos por la ciudad de Las Palmas. En un primer momento, se recluyeron a los enfermos en el Monasterio de San Bernardo, ante la solicitud expresada en 1836 por el Ayuntamiento capitalino. Unos años después, en 1844, se procede al traslado de los enfermos al «exconvento dominico» donde quedaron instalados definitivamente, procediéndose a la venta del edificio que anteriormente era ocupado por el asilo[817]. El Consejo de Administración de esta malatería, ante la marcada necesidad de efectuar intervenciones en el edificio, en 1861, encargó la realización de los planos para su total reparación procurando su ampliación para alojar a 8 Hermanas de la Caridad, a tenor de los resultados obtenidos en el Hospital de San Martín; posteriormente, en 1889, asumirán las labores de cuidado de los leprosos definitivamente. Se presupuestó un importe que ascendía a un total de 456.347,17

[816] Ibidem.
[817] Ibidem.

reales de vellón, cantidad que no se pudo satisfacer ante la carencia de recursos pecuniarios.[818]

Para corregir las precariedades del Centro, el Subgobernador Civil de Gran Canaria, Salvador Muro, en oficio de 26 de Abril de 1862, se dirigió al Consejo de Administración del asilo solicitando un informe en el que se reflejaran: el valor en venta de lo bienes muebles e inmuebles del hospital, así como el «sitio más idóneo» para levantar otro edificio de nueva fábrica que tuviera las condiciones higiénicas necesarias; la necesidad de declararlo provincial, atendiendo al artículo 15 de la Ley de Beneficencia de 20 de Junio de 1849 y al artículo 5 del Reglamento de 14 de Mayo de 1852; y, por último, un censo de enfermos de las islas de Tenerife, Palma, Gomera y Hierro. Al año siguiente, se remitió el informe solicitado estableciendo:

> *Evacuado el informe del mencionado abogado y teniendo que la estadística llevada a cabo el 26 de Abril de 1862, acusaba la existencia en las islas de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura, de 25 enfermos asilados en el hospital y de 147 en sus domicilios, mientras que el las Islas restantes llegaban a la cifra de 53 hospitalizados y 318 libres, resultando por consiguiente un total de 543 leprosos; y que era una enfermedad más habitual en las clases indigentes.*[819]

Esta situación llevó a levantar un edificio de nueva planta con una capacidad para 400 camas, cuyo costo no bajaba de los 2.000.000 de reales vellón, cantidad a asumir por el Cabildo Insular de Gran Canaria. La elevada inversión que había que efectuar y la carencia de un «agrado generalizado de la población», obligó a no tomar una decisión firme hasta finales de la década de los veinte del siglo XX. El 17 de septiembre de 1928 se acordó la construcción del nuevo edificio de la «Leprosería Regional», en un pequeño valle de la barriada de Tafira, en un lugar llamado Hoya de Parrado. Su construcción, que no concluyó hasta marzo de 1932, se diseñó para albergar un total de 100 enfermos, teniendo constancia de que en la fecha de la apertura existían tan solo unos 43 leprosos. Progresivamente, se fueron realizando modificaciones en su estructura, con el fin de

---

[818] Ibidem, p. 48.

[819] AA. VV. *Canarias en la II Guerra Mundial. Capitán General García-Escámez*. Edición al cuidado de Francisco José Santos Miñón. Santa Cruz de Tenerife: Vicerrectorado de Extensión Universitaria de la Universidad de La Laguna; Museo Militar Regional de Canarias; Cátedra Cultural General Gutiérrez, 2001, p. 97.
Algunos autores venezolanos establecen que el primer caso de lepra que se detectó en Venezuela fue en el Estado de Sucre en la ciudad de Cumaná en una familia procedente de Canarias que se dedicaban a la herrería.

procurar alojar hasta un total de 200 malatos. Los solares adquiridos presentaban una superficie plana que se destinó a la construcción de los cinco pabellones ligados por circulación cubierta, rodeados de jardines y huertas, y en otra, una ladera de pendiente algo pronunciada, para la plantación de árboles a modo de bosque, destinada al esparcimiento a los enfermos[820]. Bosch Millares la describe de la siguiente manera:

> *…El solar, en su totalidad, tenía forma sensiblemente rectangular y lo atravesaba la carretera que va de Tafira a Marzagán, en una extensión curva de 100 metros lineales. Medía, en su totalidad, una superficie de 101.520 metros cuadrados, de los que serían ocupados por los pabellones, 1.671,75 metros cuadrados. De los cinco pabellones, dos estaban destinados a enfermerías de mujeres y de hombres, uno central para la dirección, administración y servicios comunes, otro para los casos de enfermos avanzados, y el último para Capilla con los servicios anejos. Todos ellos estaban orientados al Naciente y sus galerías cubiertas y resguardadas de los vientos reinantes en la localidad.* [821]

Igualmente describe cada una de los pabellones que conformaban el nuevo complejo, más en la órbita de un establecimiento hospitalario que en la concepción de lazaretos o malaterías como el *Lazareto de Mahón* en la isla de Menorca edificado en 1793, el *Lazareto de la Isla de San Simón* en la Ría de Vigo construido en 1842 o de menor magnitud pero iguales funciones como era el existente en Tenerife, el *Lazareto de Cabo LLanos*. Ambos constituían un recinto espacioso, perfectamente aislado, con numerosos edificios destinados a recibir a las personas y las cosas que venían de países con posibles infecciones contagiosas, y que eran de obligada presencia en aquellos puertos de considerable movimiento marítimo para preservar la salud pública de la población. Bosch Millares lo describe así:

> *El pabellón central, con una superficie de 296,50 metros cuadrados, estaba proyectado para tres pisos; semisótano, planta baja y piso alto, destinado el primero a lavadero mecánico, desinfección, planchado, almacén, ropero, W.C., servicio y carboneras; el segundo a despacho del médico, administración dirección, botiquín farmacia, laboratorio etc., con un patio interior, alrededor del cual se desarrollan los servicios de cocina, fregaderos, despensa, comedor, empleados, ropero etc. y el alto a dependencias para las hermanas de la Caridad. Los dos pabellones generales, uno para hombres y otro para mujeres, tenían de superficie 422 m2 y estaban proyectados para construir en ellos dos plantas: una, la baja, constituida por un gran comedor, sala de estar o de trabajos manuales, un espacioso dormitorio y una amplia galería cubierta, en comunicación directa con el*

[820] BOSCH MILLARES, J. El Hospital de San Lázaro y de Curación de la Ciudad de Telde. In, *El Museo Canario,* Año XIII, nº 41-44. Las Palmas de Gran Canaria: enero-diciembre 1952, p. 68-96.
[821] Ibidem.

> *jardín, cuarto de curas, baños e hidroterapia, cocina, fregadero, lavabos W. C. y servicios anejos, a más de W. C. y cuarto independiente para los enfermeros, y otra, la alta, destinada a la construcción de tres dormitorios generales, W. C., lavabos, baños, ropero, enfermería etc., etc. Cada pabellón estaba proyectado para dar hospitalidad a 52 enfermos. El pabellón de aislamiento, destinado a los enfermos que por estar en un grado avanzado de su enfermedad, presentaban un aspecto repugnante y peligroso de contagio, estaba constituido por dos dormitorios de ocho camas cada uno, con absoluta separación de hombres y mujeres, entrada independiente, amén de cuarto de curas, baño e hidroterapia, cocina, comedor, W. C., lavabos, enfermeros y demás servicios anejos a cada sexo. Como complemento poseía dos terrazas cubiertas y protegidas de los vientos, para solar y distracción de los albergados. En total podía acoger el hospital, con todas las exigencias de la higiene moderna, 120 enfermos que podían aumentarse en casos necesarios…*[822]

El Cabildo de Tenerife, con el apoyo de la Junta de Sanidad desde el siglo XVIII, había barajado la posibilidad de dotar a la ciudad de La Laguna con un establecimiento para albergar a este tipo de enfermos. En diciembre de 1815, ante el copioso número de enfermos que por doquier se encontraban en las calles, se retomó nuevamente el tema, sin llegar a concretar nada. Tan solo, se habilitó una sala en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, la cual no fue suficiente, ya que en 1890, el gobernador tomó la decisión de remitirlos al establecimiento grancanario[823]. Unos años antes, había brillado la esperanza, cuando Domingo Morera, vecino de Santa Cruz, concedió fondos para la construcción de una malatería, en su testamento de 20 de noviembre de 1827. Estas últimas voluntades del difunto nunca se llevaron a cabo, ante la declaración de testamento nulo en 1870.[824]

La demanda de la creación de unas instalaciones que se adaptaran a las necesidades de estos enfermos fue una constante en los primeros años del siglo XX, tanto por parte del personal sanitario como de la sociedad canaria, que mostraban un descontento considerable con el obligado traslado de los enfermos a la isla de Gran Canaria. Estas situaciones fueron el detonante para que desde la Corporación local se llevara a cabo el diseño y construcción del Sanatorio-Leprosería de Abades (Arico) en el sur de Tenerife.

[822] BOSCH MILLARES, J. (1950). *Opus cit.,* p. 45-48.
[823] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 22 de septiembre (nº3788) de 1890.
[824] A su vez, dejó varios legados para el Hospital de los Desamparados de Santa Cruz de Tenerife.

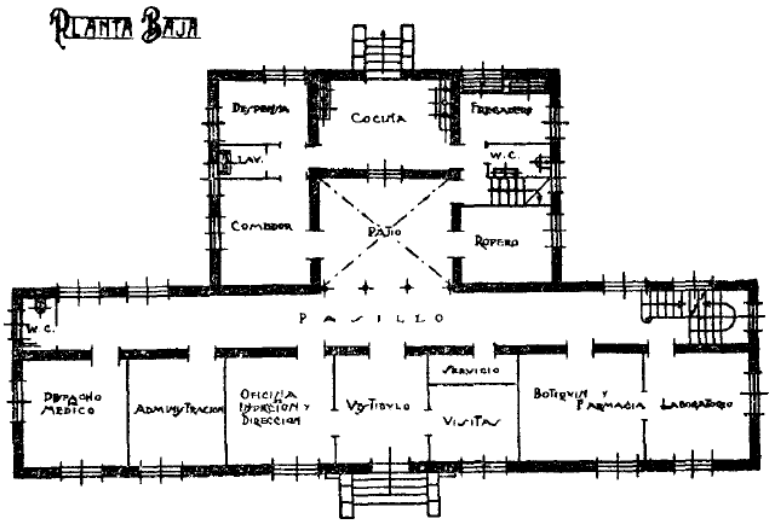
La aparición de nuevos casos de lepra en Canarias, fue creciendo paulatinamente desde el siglo XVIII hasta el siglo XX: en 1788 existían 195 leprosos, en 1831 unos 346, llegando al techo de 600 en 1875. En los treinta primeros años del siglo XX, la cifra más alta fue de 131, de los que 32 estaban hospitalizados; en los siguientes veinte años se llegaron a censar hasta 253 de los que tan solo 78 estaban internados[825]. Este incremento de la población leprosa de las Islas tuvo una mayor incidencia en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. El Jefe Provincial de Sanidad, el médico Ángel Vinuesa Álvarez, afirmaba que en 1937 se había producido un aumento importante, pasándose de 39 a 200 enfermos censados[826]. Esta situación llevó en 1942 a que en un discurso presentado en la Real Academia de la Medicina de Canarias, a la que pertenecía como académico numerario, planteara la necesidad de instalar un dispositivo sanitario provincial que acogiera a los leprosos:

> *Cuando en diferentes ocasiones, hemos expuesto a la Superioridad y a las Corporaciones el volumen del problema, y la urgencia de su solución, hemos presentado siempre la alternativa de ampliar el Hospital de leprosos de Las Palmas o crear un nuevo Sanatorio en Tenerife. Si pensamos que, por su situación y construcción, el de Las Palmas es difícil o imposible de transformar en una leprosería modelo o, por lo menos, aceptable, que el número de casos (por lo menos de censados) es considerablemente mayor en esta provincia, en la que tres cuartas partes de sus enfermos están sin recluir por falta de plazas, convendremos en la utilidad de ir a una nueva instalación provincial o regional moderna. Una creación de este tipo viene, además, aconsejada por el hecho de que el número de enfermos que en ella se alojarían es el que aproximadamente debe considerarse como el óptimo en rendimiento médico y económico de los centros sanatoriales de esta clase, que no son meros almacenes de enfermos.*
> *Una instalación sobre nuevos moldes permitiría, por otra parte, un régimen económico y una colaboración provincial y del Estado que facilitase a los modestos presupuestos de las islas menores la solución de sus respectivos problemas de lepra*.[827]

Ya desde noviembre de 1935, durante el periodo republicano, se había manifestado claramente la preocupación del Cabildo Insular de Tenerife y del resto de los autoridades insulares por proporcionar a la provincia un recinto en el *que poder atender y aísla a los enfermos,* a tenor del número de casos presentes en la isla de Tenerife, que en ese momento ascendía a un total de 150 censados, *lo que suponía para*

[825] GYÖRKÖ, A. C. (1952). *Opus cit.,* anexo nº 3.
[826] *Ibidem,* p. 26.
[827] VINUESA ÁLVAREZ, A. *Bases para un proyecto de Sanatorio-Leprosería en Tenerife*. Madrid: Junta Central Consultiva contra la Lepra, 1942. p. 5-6.

el Cabido un gasto aproximado por paciente y día entre 200-250 pesetas (de 73.000-91.000 pesetas/año). La Corporación local instó a la Mancomunidad Sanitaria para establecer la proporción en que cada institución debía contribuir al cumplimiento de aquella y otras obligaciones sanitarias, buscando una solución en la que colaboraran cada una y que ayudaran a la construcción de un Sanatorio-Leprosería, *sustentado por las cuotas por enfermo de los Cabildos y la subvención del Estado*. Estipulaban el coste de la obra entre 500.000 a 600.000 pesetas, de las que el Cabildo Insular abonaría entre 90.000 a 120.000 pesetas distribuidas en tres cuotas anuales.



130. Juan Bosch Millares: Planta del Hospital de San Lázaro, Gran Canaria (1950).

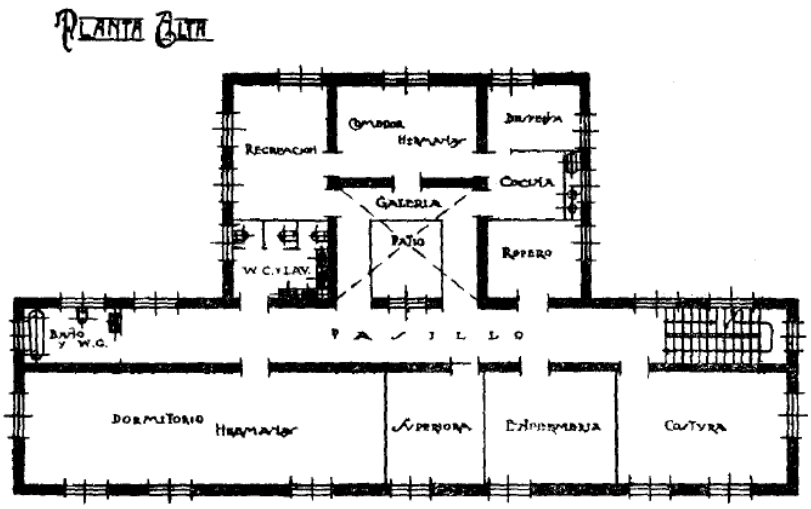
Una cuestión de relevancia era su ubicación. En lo referente a este tema, se planteó la posibilidad de ubicarlo en Las Palmas de Gran Canaria, de nueva fábrica, ante la facilidad para adquirir solares, lugar donde el Cabildo estaba dispuesto a cederlos. La intención de llevar el dispositivo a esta isla, no solo se centraba en la disponibilidad de un lugar donde construirlo, sino que se alegaban otras muchas ventajas: *posibilidad de recluir todos los enfermos, cosa actualmente imposible por falta de capacidad de la Leprosería de Las Palmas; economía en el coste de hospitalización, pues las subvenciones del Estado vendrían a favor directamente de los enfermos de la provincia. La importancia que esta economía podría verse, teniendo en cuenta que mientras el Cabildo de Las Palmas percibe por cada recluido en esta provincia 5,33 pesetas diarias abona para el mantenimiento de los enfermos a la Leprosería 1,25 de las pesetas; economía en los desplazamientos; contribución a resolver el paro obrero; dotar a la provincia de un Centro propio fácilmente vigilable; todo esto a costa de una pequeña*

aportación por parte de los Ayuntamientos y por parte de los Cabildos; que se les resuelve un problema con un gasto muchísimo menor que el que tiene que efectuar para resolución de todos los enfermos de sus demarcaciones (…) y menor a la consignación que actualmente emplearan para los hospitalizados una mínima parte[828]. Dos años más tarde, en noviembre de 1937, la Junta Provincial de Sanidad de Santa Cruz de Tenerife solicita a la Corporación insular una solución al problema de la lepra que en ese momento afecta a numerosas personas, remitiéndole con la solicitud *un resumen de defectos y omisiones a subsanar en la Isla*. En él se establecía un número total en la provincia de enfermos que ascendía a 200, de los que tan solo 30 están recluidos (a Tenerife corresponden un total de 74 censados de los que solo 22 están recluidos), manifestando la imposibilidad de internarlos en su totalidad en Gran Canaria ante la falta de plazas para tal fin. Además, se estableció la posibilidad de habilitar dos edificios o grupos de ellos para leproserías provinciales de mujeres y hombres, agregando al internamiento la posibilidad del tratamiento ambulatorio y el aislamiento domiciliario de los enfermos[829]. A todo ello se agregó la demanda constante por parte de los enfermos asilados en Tafira, que manifestaban su descontento ante las penosas condiciones existentes en este centro sanitario, al que se unía *un clima muy frío y húmedo, médicos incompetentes, y muchos otros inconvenientes que alejan de nosotros toda posibilidad de cura o remiendo de nuestro mal*.[830]

La presión a la que se veían sometidas las autoridades locales por parte de profesionales sanitarios, los enfermos de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, los enfermos alojados en Gran Canaria y los familiares de éstos era tal, que en marzo de 1941 se barajó la posibilidad de instalar la Leprosería en los terrenos que poseía Francisco Rodríguez Díaz en una finca rústica denominada «Cuevas Blancas» *sita en el paraje llamado de Costa del Chorrillo, entre los barrancos de Cuevas Blancas y de Tinoco o Pilarito*, en el término municipal de El Rosario, por *el precio de 500 pesetas la*

[828] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7013; expediente nº 214.
[829] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; Oficios y escritos que no figuran en expedientes. Negociado: Beneficencia. Año de 1937; *opus cit*.
[830] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7048; Oficios y escritos que no figuran en expedientes. Negociado: Beneficencia. Año de 1941.
El 22 de enero de 1941, el enfermo Celedonio Calero Cáceres le hace llegar a la Corporación insular mediante carta la situación en que se encontraba en la Malatería de Tafira en Gran Canaria.

fanegada, desde la cabezada de la finca hasta la cota de cien metros sobre el nivel del mar, y de 650 pesetas la fanegada el resto del inmueble, o sea la parte baja del mismo, desde la cota indicada hasta el mar.[831]



131. Juan Bosch Millares: Planta alta Hospital de San Lázaro, Gran Canaria (1950).

Desde un primer momento, se barajaron tres posibles esquemas arquitectónico del complejo hospitalario en el que se pensaba prestar asistencia a los malatos de la provincia: el hospital, la colonia o el sanatorio, que atendían a las características propias de la enfermedad, como podía ser la duración, lo relativo al buen estado general, la influencia somato-psíquica favorable sobre el leproso de la actividad y el trabajo regulados, y por último, el complejo afectivo del enfermo. La primera modalidad se desechó alegando que *un avance en la terapéutica de la lepra parecido al del salvarsán en la sífilis, acaso permitiría las reclusiones hospitalarias cortas o simplemente las curas dispensariales, hoy imposibles desde el punto de vista sanitarial en una enfermedad en que los plazos para conseguir la mejoría, cuando la hay, se cuentan, en general, por años. El hospital de leprosos sólo debe existir, y aquí si que es imprescindible, dentro del sanatorio o de la colonia, para atender en él a los afectos de enfermedades intercurrentes y operados graves*. Este comentario ponía de manifiesto la esperanza existente en el encuentro de un remedio curativo de la enfermedad que ayudara a la

[831] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 74; p. 2-3.

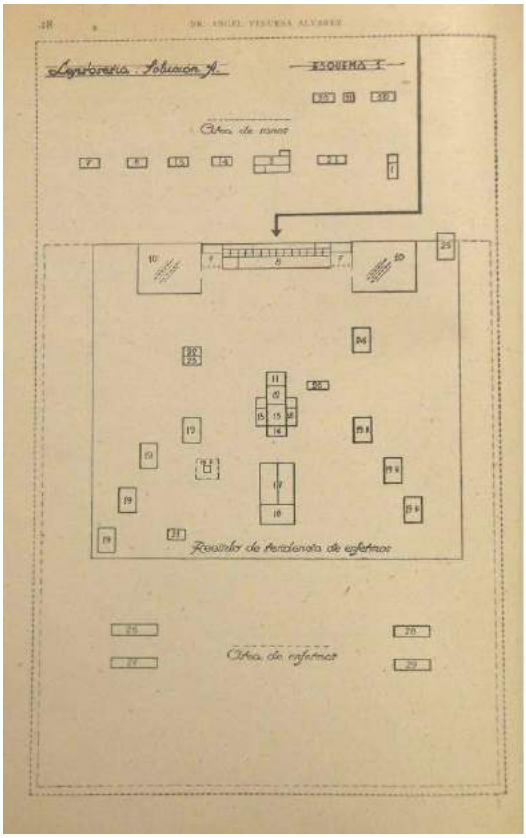
posible reinserción social del enfermo, convirtiéndose el hospital en un lugar de compensación, de tratamiento, inmerso en un espacio habilitado para que el paciente desarrolle su vida sin interrupción.

Para la comprobación de los linderos y superficies, el 23 de mayo de 1941, se hizo pública en la prensa local el proyecto de la Corporación insular para ubicar en esta zona la Leprosería[832]. El arquitecto Marrero Regalado, confeccionó, para este emplazamiento, un proyecto en 1941 que articuló en tres edificios: un Pabellón Clínico, un edificio Central de Sirvientes Sanos y un edificio destinado a la Comunidad Religiosa. Como presupuesto estableció un importe de 146.287,70 pesetas, para el que se emplearía el hormigón armado y tejado en azotea, cuya ornamentación, estructura, monumentalidad y distribución recordaba en algunos aspectos a los empleados para el *Jardín Infantil de la Sagrada Familia* o *el Mercado de Nuestra Señora de África,* ambas en Santa Cruz de Tenerife, pero nunca con la misma cantidad de recursos plásticos que caracterizaban a su «estilo neocanario».[833]

En Comisión Especial de Beneficencia, el 5 de marzo de 1942, se desecha el proyecto ante *la situación económica de la Corporación que no permitía actualmente afrontar la construcción de la Leprosería*[834]. Ante la necesidad imperiosa de incluir este tipo de dispositivo dentro de la red asistencial de Beneficencia de la provincia, el Cabildo insular solicitó ayuda al Mando Económico de Canarias, que junto a la Dirección General de Sanidad aprobaron consignar 500.000 pesetas, cada uno, para sufragarlo[835]. La Jefatura Provincial de Sanidad dudó en continuar adelante en el proyecto para el municipio de El Rosario, a lo que se unió la protesta del Concejo capitalino, manifestando su descontento por la construcción de este tipo de dispositivo en esta

[832] El Día (Santa Cruz de Tenerife), Año III, nº 737 de 23 de mayo de 1941.
[833] NAVARRO SEGURA, M. I. *Arquitectura del Mando Económico en Canarias. La posguerra en el Archipiélago*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1982, p. 102-110.
Tanto José Enrique Marrero Regalado como Néstor Marín Fernández de la Torre se consideran los promotores fundamentales del neocanario con marcadas características barrocas. Este estilo que se desarrolla durante este periodo, es seguido tanto por los arquitectos Javier Felip Solá y Rafael Aznar Ortiz en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, y Fermín Suárez Valido en la de Las Palmas de Gran Canaria, pero nunca en una vertiente tan barroca como la de sus principales promotores, Marrero Regalado y Néstor Martín.
[834] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 74; *opus cit.*, p. 43.
Es ratificado por la Comisión Gestora en Sesión Ordinaria el 26 del mismo mes.
[835] *Ibidem*, p. 48, 59, 60-67.

zona y en la provincia, así como solicitando su emplazamiento en un lugar más adecuado, lejos de las urbes y del turismo que llegaba al puerto de Santa Cruz.[836]



132. A. Vinuesa Álvarez: Proyecto A para la Leprosería de Tenerife (1942).

La inseguridad con respecto a la ejecución de la obra era tal, que se barajaron numerosas propuestas que procuraban dar una solución al problema existente. Entre ellas se pensó en la posibilidad de instalar en Gran Canaria una colonia de leprosos, destinada a acoger a los malatos de todo el Archipiélago. Esta situación de incertidumbre de los órganos competentes para establecer la construcción y diseño del establecimiento, obligó a que desde los órganos centrales de Madrid se emitiera la Orden del Ministerio de la Gobernación de 28 de agosto de 1944, que disponía la edificación del *Sanatorio Leprológico de Arico con carácter provincial*.[837]

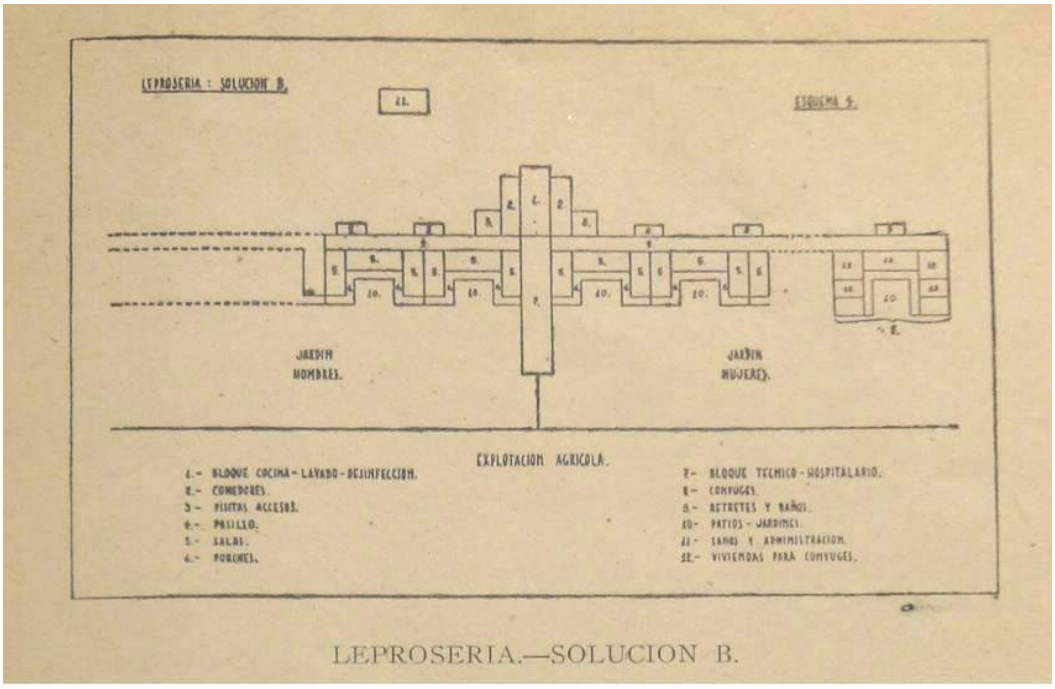
Nuevamente comenzó el debate sobre el modelo a construir para el citado establecimiento. Existía dos facciones dentro de las autoridades locales: unos que

[836] *Ibidem*, p. 37-48.
[837] *Ibidem*, p. 70-76.
En la Sesión Ordinaria de la Comisión Gestora de 2 de agosto de 1944, se apoya la postura del Ayuntamiento de la Capital alegando *por cuanto su establecimiento perjudicaría, del modo más grave, sus importantes intereses turísticos, de resonancia y nombre mundiales, precisamente durante la próxima post-guerra en que su desarrollo alcanzará el máximo grado, sin ningún beneficio para las exigencias sanitarias del caso, toda vez que estas pueden y deben seguir siendo satisfechas mediante la ampliaciones necesarias, en la Leprosería de Gran Canaria, creada a tal fin con carácter regional, por Reales Órdenes de 23 de Septiembre de 1917 y 23 de Marzo de 1928.*

consideraban a la *colonia* como la estructura más adecuada para la provincia, mientras que otros se decantaban por el *sanatorio*. En Europa existían gran número de lazaretos que empleaban tanto uno como otro modelo u optaban por su combinación, siendo los más importantes los de Trieste, Semlin, Malta, Marsella, Nisida, San Carlo, San Jacobo y Venecia. En el territorio español se había apostado tanto por una como por otra, encontrando instalados establecimientos como la *Colonia-Sanatorio de San Francisco de Borja* de Fontilles en Alicante que combinaba ambas, el *Sanatorio-Leprosería de León,* o fuera de la frontera, en Indonesia, la *Colonia-Leprosería de Bangkok* en Tailandia. La colonia era definida como una agrupación numerosa de enfermos ubicados en un extenso terreno fértil, inaccesibles y de clima benigno, que llegaba a conformar un núcleo económico social en el que sus miembros tenían plena libertad en el desarrollo de su vida olvidándose de la enfermedad. A cada enfermo se le proporcionaban los medios para la fabricación de su morada, así como terreno para cultivo, pudiendo ejercer su oficio o comerciar estableciendo negocios, manteniendo un tipo de vida no muy elevado por lo general. Terapéuticamente presentaba un control médico deficiente pese a los pocos recursos necesarios para su sostenimiento. El otro modelo, el sanatorio, se definía como *establecimientos hospitalarios exclusivamente destinados a esta clase de enfermos, en los que por su situación y terreno disponible podía el enfermo desarrollar ciertas actividades, pero siempre éstas reguladas en vista del tratamiento instaurado.* La estancia del enfermo leproso en este dispositivo suponía una ruptura con su vida y entorno habitual, reanudándola una vez saliera de él[838]. Atendiendo al número de enfermos que en la provincia oscilaba en ese momento sobre unos 200 censados, y la escasez de terreno que presentara unas «óptimo características para albergar una colonia», se optó por una combinación del sanatorio-colonia tomando de cada uno de ellos «lo que consideraron más adecuadas»: de la primera, el control terapéutico, las ventajas de la clasificación de los enfermos, el control de la higiene y alimentación tanto

[838] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7048; Oficios y escritos que no figuran en expedientes. Negociado: Beneficencia. Año de 1941; *opus cit. p.* 8-12.
Las estructuras organizativas que establece atienden a las características de la enfermedad: duración, relativo buen estado general, influencia somato-psíquica favorable sobre el leproso de la actividad y el trabajo regulados y complejo afectivo del enfermo.

individual como colectiva, y de la segunda, la disminución de las consecuencias de la convivencia forzada pudiéndose relacionar de la manera que creyera precisa.[839]



133. A. Vinuesa Álvarez: **Proyecto B para la Leprosería de Tenerife (1942).**

Este proyecto, en el que sobre todo Ángel Vinuesa tuvo un protagonismo importante, no se materializó hasta finales de la década de los cuarenta pese a la extremada urgencia que existía en proporcionar a la provincia de un recurso que tratara y alojara a este tipo de enfermos. La construcción del sanatorio-leprosería contó con el apoyo del Mando Económico de Canarias. El Gobierno de Madrid, como reacción a los problemas nacionales y a las posibles complicaciones que la contienda mundial pudiera originar, había reunido en el Capitán General la dirección de la Economía, junto a todas las fuerzas de los tres Ejércitos de Tierra, Mar y Aire mediante decreto presidencial de 5 de agosto de 1941. Este órgano militar, sensibilizado con las necesidades que en aspectos sociales y sanitarios tenía Canarias, acometió numerosas obras, viviendas e infraestructuras que buscaban la mejora de la calidad de vida de los habitantes de las

[839] Ibidem.

Islas[840]. La arquitectura desarrollada por el Mando Económico en Canarias se caracterizó por ser *de significado que se consigue no tanto a partir de un lenguaje innovador como a través de un reiteración de gestos ya conocidos y estereotipados de la arquitectura doméstica tradicional tanto culta como popular en las islas*[841]. La ideología autárquica del régimen quedó impresa en la arquitectura, a lo que se unió la carencia de materiales que determinaron las formas, calidad y procedimientos de construir en todas aquellas intervenciones que se ejecutaron en este momento.

Las obras de construcción, en fase de proyecto, dan comienzo en julio de 1942, anunciándose en la prensa local la edificación de un *Preventorio para hospitalización transitoria de leprosos* con un presupuesto de 300.000 pesetas en la costa de Arico, en la zona sur de la isla de Tenerife[842]. Las causas de su emplazamiento se basaban en las condiciones de capacidad (recomendando una extensión superior a las 100 fanegadas), el número de malatos que en Tenerife era el de mayor cuantía[843], el clima de la zona muy propicio para este tipo de enfermedad y la distancia con la capital, que mitigaba el miedo existente hacia la enfermedad que estaba presente en la población.[844]

En junio de 1943, se habilitaron desde Ministerio de la Gobernación, la cantidad de 3.000.000 de pesetas para la construcción de la Leprosería[845], destinando para la

[840] BHMSCT-Fondo Mando Económico de Canarias. Memoria de las actividades realizadas por este organismo durante el tiempo de su funcionamiento. Capítulo XVI, Obras Sanitarias y de Beneficencia; septiembre de 1941- febrero de 1946.
[841] NAVARRO SEGURA, M. I. (1982). *Opus cit*, p. 95.
[842] La fecunda labor del Mando Económico de Canarias. *La Tarde*, Santa Cruz de Tenerife, 18 de julio de 1942.
[843] Como se ha comentado con anterioridad, ya desde 1937, Ángel Vinuesa había calculado un total de 200 leprosos en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, cifra que se mantuvo hasta los inicios de la década de los cuarenta, en el que estaban censados un total de 197, de los que 108 eran hombres y el resto mujeres, es decir, 89 en total. Si tomamos como referencia la edad, las lesiones y el estado, se podía considerar como útiles entre el 46-55 % de los hombres y entre un 45-56 % de las mujeres.
[844] El emplazamiento a su vez estaba cerca de las vías de comunicación, situación que favorecía la vigilancia, el aprovisionamiento, la asistencia y la visita de familiares y profesionales cualificados. Además, presentaba una distancia entre 10 a 20 kilómetros de la metrópolis, a lo que se unían las características propias de la vertiente Sur de la Isla, *carente de nieblas y lluvias*.
[845] AHPSCT- Negociado de Gobierno Civil; caja nº 2.6.1. (1936-48); papeles sueltos sobre Leprosería 1944.
Los primeros gastos del dinero habilitado desde el Gobierno Civil a fecha de 31 de julio de 1944, fueron: 150.000 pesetas para la compra de la finca; 725,85 pesetas, para el pago de la Notaría; 3.759,45 pesetas, para el pago del delineante; 78.000 pesetas y 17.225 pesetas, para el pago de

adquisición de terrenos la cantidad de 250.000 pesetas. Existían dos opciones con respecto a la posible ubicación: en San Miguel, la finca «La Pelleja» con coste de 40.000 pesetas, teniendo como inconveniente el estar cruzada por una carretera, además de estar en región con escasa agua; la otra finca está en Arico, de unas 300 fanegadas, limitada por el mar, en terreno desértico, aunque un tercio era laborable, poseyendo una atarjea y pista, por la que se pedían 150.000 pesetas, a las que habría que unir 100.000 pesetas en acciones de agua. Todavía en septiembre, no se tenía una ubicación en el sur de la isla de Tenerife definitiva para la instalación del Complejo, como quedaba reflejado en la carta enviada por Ángel Vinuesa al Jefe Provincial de Sanidad, José Alberto Palanca.[846]

El proyecto fue diseñado por el arquitecto José Enrique Marrero Regalado, para el que se dispuso una partida presupuestaria de 2.400.000 pesetas. Éste contemplaba en la articulación del edificio de nueva fábrica la separación absoluta entre los enfermos y los individuos sanos por sexos, alejando a su vez a los malatos infectantes de los no lo eran. Estos requisitos preestablecidos obligaron a que el arquitecto preparara dos propuestas que se diferenciaban básicamente en la distribución del edificio. Tras un largo examen de los planos y la memoria del proyecto, las autoridades locales se decantaron por la *Solución A*, que se ajustaba mejor a las características y extensión de la finca de Arico[847], pese a que la *Solución B* requería un presupuesto de menor cuantía[848]. El complejo se articulaba a partir de tres secciones bien definidas: una para *recinto de enfermos*, en la que se encontraban el hospital, el espacio de recreo, los comedores y los servicios generales, a la que se le unía otra destinada a *zona residencial* para los enfermos, encontrándose allí la escuela y la iglesia, esta última, que por su volumetría y altura la

---

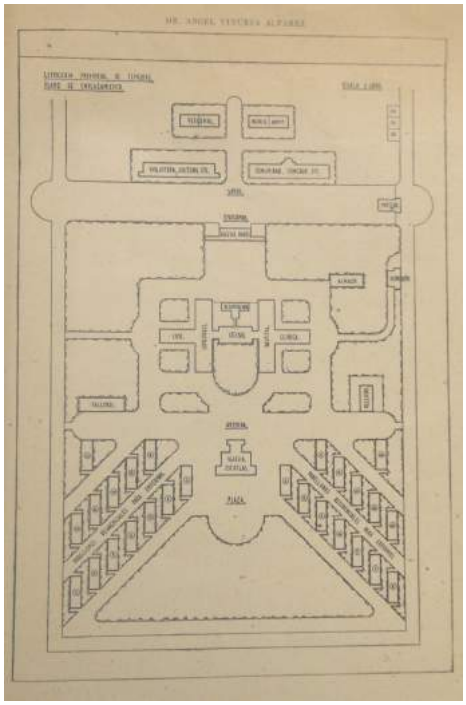
acciones de agua; y, 8.934,44 pesetas, para el pago de la confección del anteproyecto por el arquitecto.

[846] *Ibidem*.
Se había acordado comprar los terrenos propiedad del Presidente del Cabildo insular, Antonio Lecuona Hardisson, unas 300 fanegadas por un importe de 150.000 pesetas, del que la tercera parte era susceptible para cultivo y con facilidad para adquirir agua. En esta, Ángel Vinuesa manifiesta su reparo a poder hacer daño al sur de la Isla con la instalación en éste de tal tipo de establecimiento benéfico y el rechazo de la población del lugar.

[847] MARRERO REGALADO, J. E. *Memoria correspondiente a la parte técnico-constructiva del Proyecto de Leprosería Provincial de Santa Cruz de Tenerife,* en VINUESA ÁLVAREZ, A. *opus cit.,* 1942, p. 44.

[848] Véase Anexos Documentales, *Solución A* y *Solución B* para el Sanatorio-Leprosería de Tenerife.

convertían en el edificio referente en el Sanatorio. Anexa a ellas, pero con un cierto aislamiento, una *zona destinada a individuos sanos*.[849]



134. A. Vinuesa Álvarez**: Emplazamiento de la Leprosería Provincial de Tenerife (1942).**

El proyecto diseñado aglutinaba, en un solo bloque, todos los servicios comunes buscando la eficacia y economía, aunque respetando la separación por sexos y departamentos[850]. Para los edificios que componían el Sanatorio, se planteó una planta de estructura sencilla donde para su construcción se emplearía toba del país o también denominado jable, *de veinticinco centímetros de espesor, para todos aquellos edificio de pocas luces de crujía y en la que los muros interiores o de travesía serían del mismo espesor* (…) *En todas las construcciones debía ponerse una carrera armada de hormigón que cierre el contorno construido y sirva de asiento a la plancha del techo. Esta plancha podía ser sencilla o dividida en vigas* (…) *pudiendo ser construida con hormigón armado, ladri-hierro o con bloques del país y viguetas intermedias de hormigón. El techo del salón de conferencias e iglesia se construiría con cerchas de hierro y cubierta de teja plana, así*

[849] Para la diferenciación entre la el recinto de enfermos y la zona residencial se empleó una verja diáfana que procuraba un efecto de jardín.

[850] *Ibidem*, p. 47.
El mismo generador de vapor puede servir para todas las necesidades de lavandería, cocina y desinfección y baños. Dobles servicios de desinfección de vajilla (de hospital y de comedores) eran previstos, así como separación perfecta de lavanderías y cocinas. El servicio hospitalario doble, para mujeres y hombres, tiene sus zonas de aislamiento de infecciosas intercurrentes. El dispensario aprovecha su conexión con el Hospital para los servicios de fisioterapia, aunque permanece, en la práctica permanente del mismo. La inclusión en este bloque del salón de conferencias y cine, contribuye al conjunto arquitectónico y no perjudica, por la distancia al hospital y estar intercalado los comedores y cocinas entre ambos sectores.
Debe destacarse, que aunque el proyecto original pertenece a José Enrique Marrero Regalado, existe documentación de pago a Tomás Machado Méndez, en concepto de honorarios, por la redacción del proyecto del Sanatorio Leprológico de Abona entre la documentación del Negociado de Gobierno Civil con fecha de 27 de abril de 1945.

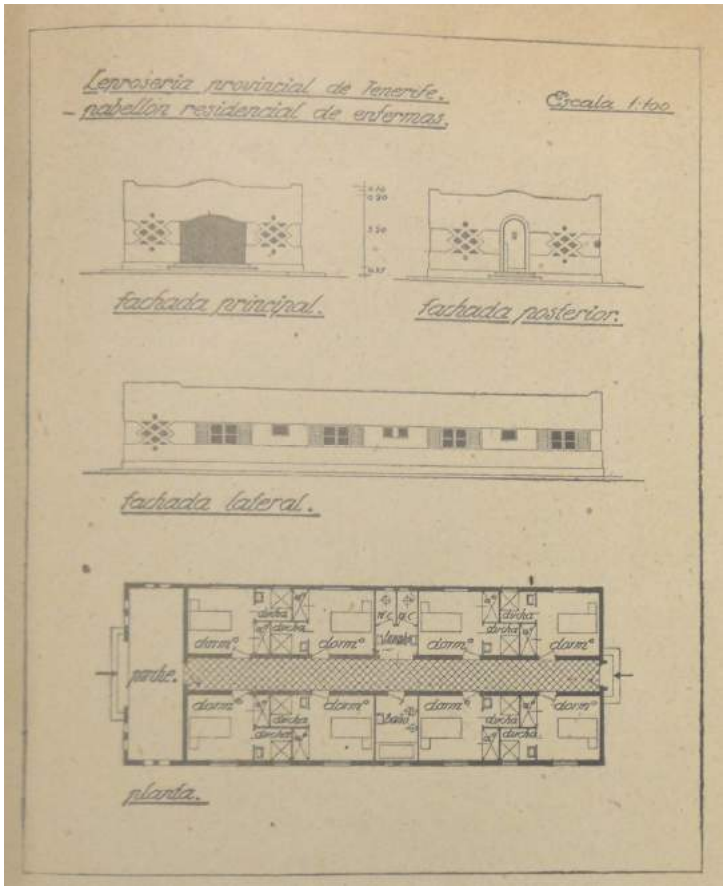
como los almacenes de luces superiores a seis metros. Conviene advertir que para mayor economía de la construcción, y no siendo necesaria la utilización de ninguna terraza, se han suprimido todos los antepechos de éstas.[851]

Para la urbanización general del Sanatorio-Leprosería, Marrero Regalado seleccionó una *tipología rústica*, dado que resultaba *ser más económica y de aspecto pintoresco*[852]. Estaba previsto que los enlucidos se realizaran a partir de una base de cal-arena, y los enfoscados con cemento y revoco de cal. Para el cerramiento perimetral externo de todo el recinto destinado a los enfermos, recogió en el proyecto el uso de póster de hormigón armado con alambre de espinos, intercalado por zonas de seto vivo, de tres metros de ancho, para el que se utilizó la pitera.[853]

Al observar los deteriorados vestigios que nos han llegado encontramos como no todas las construcciones que se efectuaron en el complejo fueron finalizadas, incluso se puede llegar a afirmar que fueron muy pocos los edificios conclusos[854]. Todavía en la actualidad, se pueden apreciar como los inmuebles pertenecientes al Sanatorio-Leprosería son construcciones sencillas pero no carentes de detalles decorativos que ennoblecen el edificio y que están presentes en gran parte de la obra de Marrero Regalado. La zona con mayor acabado fue la llamada *mayordomía* y *hospital*, esta última formado por dos cuerpos simétricos distribuidos en clínica, hospital, cocinas, zona de desinfección, comedor y cine, a diferencia de la iglesia, la escuela y alguna estructura que pudieron haber funcionado como biblioteca, de las que solo se llegó a levantar la

[851] *Ibidem,* p. 42.
[852] RUIZ RODRÍGUEZ, F. *José Enrique Marrero Regalado, un arquitecto de la generación de 1925*. Tomo I-II. Tesis doctoral dirigida por Mª Isabel Navarro Segura. La Laguna: Universidad de La Laguna, 1994, p. 142-150.
El autor de esta tesis doctoral manifiesta que Marrero Regalado buscó la posible existencia de unas características de identidad en la arquitectura canaria histórica que da sus orígenes en 1932, estudiando determinados aspectos de la arquitectura rural, centrándose en el color, la profundidad de huecos, los porches y los remates de terraza entre otros, fundamentales para lograr lo que denomina un *estilo canario*. Además, pone marcado interés en el balcón, como modelo de originalidad por su ubicación en los paramentos de la fachada y elemento histórico de la arquitectura regional.
[853] *Ibidem,* p. 42. Propone para los muros de contención piedra en seco, con taludes que se disimularán con vegetación silvestre trepadora. En el pavimento correspondiente a calle y plazas se usará grava con riego asfáltico.
[854] Dentro de las edificaciones que continúan en pie, encontramos: portería (próxima a la entrada del sector de enfermos y sanos), el bloque destinado a mayordomía y hospital, la iglesia, las escuelas y los pabellones destinados a residencia de los enfermos.

estructura. Si observamos la parte del proyecto donde se abordaban estos edificios, encontramos que se había previsto pavimentar con mosaico del país, con rodapié de cemento corrido y revestido en pintura al óleo. Como acabado para los techos, se había acordado el empleo de solado de losetas rojas de segunda, sobre atezado suelto especial, material que evitaba grietas y filtraciones.



135. A. Vinuesa Álvarez**: Planta y fachadas (principal, posterior y lateral) del pabellón residencial de enfermas. Leprosería Provincial de Tenerife (1942).**

La intervención efectuada por Marrero Regalado en el Sanatorio-Leprosería deja vislumbrar las diferentes direcciones estilísticas de este arquitecto. Por un lado, destacar una tipología constructiva aislada que sigue idénticos esquemas al de la vivienda unifamiliar, modelo chalet, de planta cuadrada con cerramiento superior en forma de cubierta a cuatro aguas de teja y vanos remarcados con arcos de medio punto; y por otro, una tipología que frecuentemente encontramos en sus proyectos para las barriadas de pescadores, como podemos apreciar en los pabellones destinados a enfermos con función residencial, para los que sigue el lenguaje del regionalismo,

recurriendo a elementos tradicionales de la arquitectura doméstica canaria, reinterpretándolo con materiales como el hormigón.

Al observar, dentro del complejo, edificios como la iglesia o sala de conferencias destaca en su fachada una amplia arquería junto a una inmensa cruz por su tamaño y altura en una arquitectura que se desarrolla básicamente de manera horizontal, lo que deja claro el protagonismo de este edificio y su significado en el Complejo. Este recurso es empleado igualmente para las iglesias tanto del *Jardín Infantil de la Sagrada Familia* como para la de la *Barriada de la Victoria*. Aunque inacabada, se puede vislumbrar un gusto por la arquitectura monumental, al que en numerosas ocasiones a lo largo de su trayectoria artística. El edificio presenta una sola nave con cerramiento superior de hormigón que parece remedar las techumbres mudéjares de los templos canarios. La luz penetra en el recinto sagrado por medio de amplios ventanales rematados por un arco de medio punto en la zona alta de los muros laterales. Además, se dota de coro, colocado a modo de tribuna a los pies de la nave, y sacristía ubicada en las proximidades al presbiterio.

Una de las incógnitas que siempre ha suscitado interés, fue el motivo por el que esta obra nunca llegó a verse terminada. Hasta la fecha no se sabe con seguridad este motivo, pero el profesor Justo Hernández ha querido aventurarse al culpar a los avances médicos que en el campo de la lepra se hicieron en estos años, como el descubrimiento de las sulfonas, en la que se incluye a la dapsona, una droga formalmente usada como un antibiótico empleado para tratar, además de la lepra, la dermatitis herpetiforme, la tuberculosis o la pneumocistis pneumonía (PCP), lo que hizo girar radicalmente el tratamiento y terapéutica de esta enfermedad, desechando el uso por excelencia para el tratamiento de la lepra, del aceite de chaulmoogra.[855]

[855] AA. VV. *Canarias en la II Guerra Mundial… Opus cit.,* 2001, p. 101.
En el siglo XIX y gracias a la observación hecha por el inglés Mouat en 1854 (otros dicen que Roxburg en 1814) se había comprobado los efectos curativos en la lepra del aceite de Chaulmoogra que los hindúes conocían nada menos que hacía casi dos milenios.

4.2.2. BENEFICENCIA Y ASISTENCIA EN EL SIGLO XVIII.

4.2.2.1. HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DESAMPARADOS (SANTA CRUZ DE TENERIFE).

La fundación del Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados de Santa Cruz de Tenerife se consiguió, gracias al empeño de los hermanos Logman Van Uden, Ignacio y Rodrigo[856] y ante la inexistencia, hasta la fecha, de un «asilo para los pobres enfermos, con la mera dotación de nueve camas», situación que se mejoró hasta alcanzar un total de treinta[857]. El edificio se ubicó en los terrenos cedidos, con poder asignado a Juan Bonhomme, por el Conde de La Gomera y Marqués de Adeje, como perpetuo tributo a los fundadores[858], según escritura otorgada ante el escribano público de número de esta Isla, Juan Domingo de Fuentes y León[859], con fecha de 30 de abril de 1745. Los lindes de la propiedad atendían en el límite superior a la ermita de San Sebastián «…y al camino que entra en el barranco»[860]. Nada idónea fue la elección desde el punto de vista de la salubridad, que colocaba esta construcción, en una ubicación próxima al llamado «Charco de la Casona», lugar formado con la unión del agua resultante del drenado del Barranco de Santos y la procedente de las pleamares. Otro posible detonante en la elección fue la proximidad a la Iglesia Matriz de la Concepción, que favorecía tanto la supervisión de las actividades asistenciales por parte de los clérigos como los enterramientos de los difuntos en un templo o recinto sagrado. Las obras para la construcción del edificio fueron poco ambiciosas, dando comienzo rápidamente en ese mismo año, aunque de manera irregular, y proyectando un pequeño edificio al que se le adosó una capilla, no tampoco de grandes dimensiones. Con este edificio se procuraba

[856] El primero era beneficiado rector de la parroquia Matriz de La Concepción de Santa Cruz de Tenerife, mientras que el segundo, era Vicario eclesiástico.
[857] *La Opinión de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 06 de junio de 2004 (año VI, nº 1554), p. 4.
[858] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit.*, p. 86.
[859] DESIRÉ DUGOUR, J. *Apuntes de la Historia de Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Benítez y Cía., 1875.
[860] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit.,* p. 86.

prestar asistencia a una población, que poco a poco crecía a medida que su puerto tomaba protagonismo en la vida social y económica de la Isla.[861]

136. Anónimo: Retrato de los hermanos Logman, Rodrigo (izquierda) e Ignacio (derecha). Iglesia de la Concepción, Santa Cruz de Tenerife (ca. 1747).

El sustento para el funcionamiento y operatividad del Centro, corría a cargo de sus patronos fundadores, a la que se unían las limosnas de particulares y las autoridades de toda la Isla, entre ellas, el General Masones. Otras aportaciones procedían de la Diócesis, como las que realizó el obispo Juan Francisco Guillén en visitas efectuadas entre 1747 y 1749 a la Isla, suministrando el suficiente dinero para que las obras del recinto continuaran, además de pagar las atenciones médicas, la botica y de mobiliario, situación que se repetirá en cada uno de sus sucesores hasta la división diocesana[862]. A este dinero se le unirán los diferentes legados dejados para sufragar los gastos del Centro: Bartolomé y Fernando de San José Fuentes cedieron sus bienes a la fundación tras su muerte; Juan Campo Blanco[863], donó 4.000 duros y Francisco Casalón[864], cónsul de Francia, dejó en sus últimas voluntades, un total de 10.000 pesos, de dificultoso

[861] En el censo de 1768 se le da al municipio de Santa Cruz de Tenerife un total de 7.399 habitantes.
[862] Ibidem, p. 86.
[863] Ibidem, p. 87-88.
[864] CIORANESCU, A. *Historia de Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife, 1979, Tomo II, p. 377.

cobro, no siendo materializado hasta después de 1771; fruto de los alquileres de las «futuras lonjas» que se construirían en el solar de Juan Francisco Domingo de Franchi ubicado próximo al mar, entre la calle de la Iglesia y el barranco de Aceite.

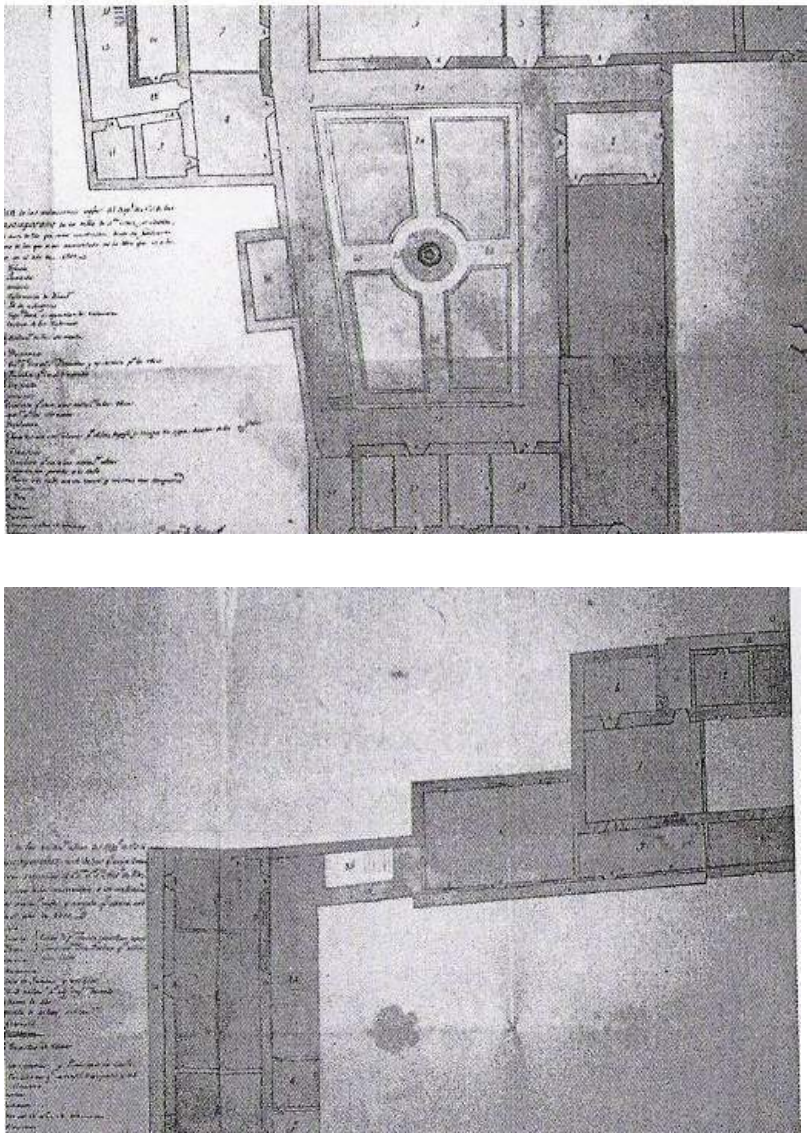
En 1753, el establecimiento contaba con treinta camas, como las que originariamente se establecieron en su apertura, de las que buen número de ellas estaban destinadas a geriatría[865]. Un año antes y a partir de esta fecha, se alojará en sus dependencias un ilustre personaje, natural de la Matanza de Acentejo, Don Antonio de Benavides González de Molina, antiguo gobernador de La Florida, de Veracruz y de Yucatán. Este personaje, de tan alta influencia, benefició considerablemente al Hospital, costeando los gastos de los enfermos hasta 1756. Para él se hizo construir una sala y dos cuartos «sencillos» que sufragó con capital propio. Además, en este mismo año, intercedió ante el rey Fernando VI, suplicando la gracia para el Hospital de los «Derechos de Tonelaje»[866], que obligaba a que todos los buques venidos del Nuevo Mundo abonasen un canon o impuesto para sufragar los gastos del establecimiento; posteriormente la Real Cédula de 24 de junio de 1772, estipuló el pago en 4 toneladas a aquellos buques procedentes de Caracas[867]. Este ilustre protector, falleció el 9 de enero de 1762, sepultando sus restos mortales, frente al Hospital, en la Parroquia Matriz de Nuestra Señora de la Concepción.

---

[865] *Ibidem,* p. 378.

[866] Anualmente se abonarán el importe de los derechos del producto de 12 toneladas de cacao, del Registro de Indias, gracia concedida por Real Cédula de 17 de febrero de 1756 (4 toneladas para Campeche, 4 para la Habana y 4 para Caracas). La independencia de las colonias hizo que el *Registro de Indias* desapareciera, lo que significó el fin de las *Doce Toneladas de Gracia* para el Hospital. Con la pérdida de las Colonias, la Real Orden de 30 de septiembre de 1819 suplió estos ingresos con un abono de la Tesorería de 9.000 reales de vellón al Hospital, hasta que el Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, de reciente creación, contase con ingresos propios para sufragar estos gastos.
El Hospital tuvo numerosos benefactores que lo proveyeron de legados y bienes con los que sobrevivió difícilmente. Incluso personajes extranjeros, como el comerciante inglés Jorge C. Bruce, que remitió considerables aportaciones. Junto a él, el Embajador de S. M. Británica en Madrid envió ayudas para la construcción y ampliación de dicho establecimiento. También existe constancia del donativo de Eduardo Barry, natural de Jamaica, en cuyo testamento pidió que se le entregaran a la Institución, 600 pesos y 15 reales de vellón, encargando preferencia a la hora de «la asistencia a la personas de color».

[867] El Mayordomo del Hospital, Antonio Rodríguez Padilla, reclamará Real Piedad, concediendo el Rey, por Real Cédula de 12 de marzo de 1774, el derecho a disfrutar de 12 toneladas del puerto de Caracas, aumentándolo, por Real Cédula de 13 de marzo de 1776 otras 6 con el propio destino, … *para alivio de los pobres.*



137. Alberto Darias Príncipe: Planta baja y alta del Hospital (1995).

La Real Orden de 16 de noviembre de 1756, determinó que al haber fallecido el capellán Antonio Padilla, se procediera a la selección de uno nuevo, cuyo nombramiento sería aprobado posteriormente. Así mismo, se estableció la existencia de un médico, un cirujano y botica[868]. El obispo Morán, el 19 de febrero de 1761, dispuso que el Establecimiento fuera administrado por el beneficiado de Santa Cruz, Antonio Rodríguez Padilla, dando paso, tras su muerte, a Pedro Ortiz, el cual renunció, años más

[868] Obtenido del «Expediente sobre el Hospital de los Desamparados de Santa Cruz de Santiago», pendientes de ordenar, sito en el Archivo del Obispado de Tenerife.

tarde, a la mayordomía de la fábrica. Francisco Tolosa, militar, seglar y vecino del lugar, lo sustituyó.

Pocos años más tarde, durante una visita del obispo Tavira el 20 de diciembre de 1793, suspendió en su cargo a Tolosa, con la pretensión de adaptar la estructura organizativa del Hospital a los ejemplos presentes en las urbes peninsulares. Además, dentro de su proyecto no tenía cabida que el gobierno de un centro con estas características estuviera en manos de un seglar, aspirando a crear una hermandad de Caridad que lo gestionase. Hasta la ejecución de tal idea, nombró como rector al presbítero Ignacio Llarena. La Junta de Caridad no pasó de ser más que un mero proyecto ante los problemas que surgieron entre José de Castilla, Corregidor de esta Isla, y el obispo, situación a la que se une el recelo de la Hermandad de la Caridad de La Laguna ante el surgimiento de esta entidad. Esta pugna concluyó con la presentación de un recurso ante la Audiencia que se falló a favor del obispo.

El vicario Antonio Isidro Toledo redactó, por encargo del obispo Tavira, los estatutos de la Junta de Caridad[869] que otorgaban el máximo poder y protagonismo al Mayordomo, figura designada de manera exclusiva por la persona que ostentara la cátedra de la Diócesis. La marcha de Tavira al territorio peninsular hizo que el proyecto no se ejecutara, lo que llevó a la existencia de un consejo rector incapaz de tomar decisiones, siendo los capellanes los que gestionen la Institución. Esta situación llevó al Establecimiento a un marcado declive. Agustín Miranda fue una de sus causas durante el periodo en el que estuvo como administrador del Centro[870], definiéndolo el Obispo Tavira como: *un sacerdote joven de muy mal carácter y despreocupado de los pobres*. Su predecesor, Ignacio Llarena, había dejado las cuentas saneadas, situación que cambió con el mandato de Miranda, entrando en un periodo crítico económicamente[871]. El dinero no faltaba; era la «locura y el desorden económico» lo que imposibilitaba

[869] DARIAS PRÍNCIPE, A. Nuevas aportaciones al estudio del Hospital de los Desamparados. In, *Homenaje al profesor Dr. Telesforo Bravo.* Tomo II. La Laguna: Universidad de La Laguna, 1991, p. 181-182.
[870] A.D.S.C.L.L. *Memorial de Agustín de Miranda, administrador y Mayordomo del Hospital de Santa Cruz de Tenerife.*
[871] En junio de 1799, el capellán, Juan Antonio Lugo, de los 586 pesos con 10 reales que se le debían por sus honorarios por dos años y ocho meses de servicio, sólo había cobrado 210 pesos.

conocer los fondos con los que se podía contar para sufragar los gastos a los que tenía que hacer frente el Hospital.

Ante esta situación, el 16 de septiembre de 1799, el obispo Verdugo ordena al vicario, a petición del gobernador Perlasca, el siguiente mandato: *en el plazo de dos o tres días, Miranda abone la deuda a Juan Antonio Lugo; que se atienda debidamente a los pobres de la fundación; que el Mayordomo rinda cuentas de la gestión económica de la Institución; que se le envíen las constituciones de Tavira; que se le informa de los miembros de la Junta de Caridad; y que el vicario lo tenga al corriente de la situación del Hospital*[872]. Miranda esgrimió numerosas excusas para no cumplir las «pautas» establecidas por el obispo, situación que llevó a la comunicación de éstas, notarialmente. Pese a ello, su ejecución no se acometió hasta el 14 de noviembre de 1799. El enojo de Verdugo había llegado al máximo a causa de una misiva del Comandante General en la que le rogaba pusiera orden en el Hospital. Así mismo, éste propone en numerosas ocasiones al antiguo administrador, Francisco Tolosa. Contrariamente, el vicario, aconseja y potencia la persona del capellán Juan Antonio Lugo, clérigo que considera muy apto para tal puesto. Verdugo solo aceptará el cambio de administración.

El 21 de abril de 1800, el obispo Verdugo establece una nueva normativa, mucho más amplia que la de Tavira, que procura enfocar su atención hacia una administración operativa y eficaz; en otras palabras, hacia «el gobierno y buen orden del Hospital». La Junta de Caridad establecida en 1793, desapareció, instaurándose una estructura de gobierno articulada con cuatro mayordomos de diferente índole y seleccionados de la siguiente manera: el beneficiario de la iglesia Matriz de la Concepción[873]; el capellán, que asume el cargo de rector del Hospital; un vecino del lugar nominado por el Comandante General; y por último, un sacerdote designado por el vicario de la Diócesis. Importante fue la figura elegida por el Comandante General, Marcelino Prat, que gracias a su condición castrense, sargento mayor de la plaza, instauró orden en los desbarajustes anteriores, Cioranescu nos comenta que en 1802 los funcionarios que

[872] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*, p. 380-381.
[873] En la Real Orden de 16 de noviembre de 1756 le daba potestad sobre la distribución del importe obtenido las doce Toneladas.

prestaban servicios al Hospital incluían: un médico, un practicante y tres criados (un enfermero de cada sexo y un portero); además un boticario y una lavandera con domicilio fuera del Hospital. La gestión de esta nueva dirección logró satisfacer las peticiones recibidas, poniendo en funcionamiento las recomendaciones planteadas por la autoridad eclesiástica[874]. El 6 de mayo de 1800, el Obispo comunicó a los interesados las disposiciones, celebrándose al día siguiente la primera reunión para agilizar el proyecto. Dentro de estas disposiciones se recogía el aumento de personal subalterno, deficitario a causa de los recortes llevados a cabo por la anterior dirección, contratando como cirujano a Nicolás de Salas y como sangrador a Lorenzo Rodríguez Prieto. El boticario y la botica presentaron una situación más complicada ante la existencia de un contrato previo. El Comandante General Perlasca había conseguido trasladar a este funcionario al Hospital Militar. Ante la carencia de este servicio en el Centro, quedaba el establecimiento en pésimas condiciones. Valorando esta situación, la recientemente nombrada Junta toma la decisión de arrendarla nuevamente a Pedro Buitrago, pero éste embarcó para Buenos Aires, lo que propició que se llegara a un acuerdo el 13 de abril de 1803, donde se le arrendaba nuevamente a Jacinto Montero[875]. La nueva reforma fue criticada y no ejecutada por completo, quedando tan solo en una «pequeña mejora». Las intenciones del obispo Verdugo se centraban en contentar a todos, situación que llevó a conservar a aquellos que habían realizado desfalcos, lo que creó la aparición de diferentes bandos. Miranda y Tolosa se confabularán en contra del capellán, mientras que el beneficiado procuró mantenerse al margen de las disputas.[876]

[874] Como Mayordomo archivero será nombrado Francisco Tolosa, como Mayordomo cobrador estará Agustín Miranda; el Mayordomo rector y capellán será Juan Antonio Lugo.
[875] Se le arrienda otra vez la botica a Jacinto Montero con las siguientes condiciones, menos ventajosas que las anteriores para el Hospital, que se resumen en: un contrato por cuatro años a partir del 1 de abril de 1804, ratificando la fianza del pasado arrendamiento, Juan Perdomo; el alquiler de la casa del practicante se le pagará integro al boticario; las medicinas de enfermos de pago las pagarán dichos enfermos; el desmonte, traslado y montaje de la botica correrá a cargo del boticario; No se le cobrará alquiler a Montero; la botica se pondrá en uno de los cuartos bajos del Hospital; entregará de gracia las medicinas que precisen los enfermos, y si no estuvieran se comprarán en la botica del pueblo, pagándolas de su bolsillo el boticario.
[876] El capellán presentó su dimisión al obispo. Aprovechó su carta de cese para acusar a Tolosa de ser el causante de todos los problemas existentes, además de problemas personales. Dicha carta concluía con la propuesta al obispo de la ampliación de las mayordomías, aconsejando la figura del párroco del Pilar o de cualquier clérigo lagunero. Tolosa por su parte, despidió al personal

138. Manuel Antonio de la Cruz: Retrato del Obispo Manuel Verdugo y Albiturria (segunda mitad del siglo XVIII).

Tanto las irregularidades económicas como las obras que se llevaban a cabo en el edificio, lograron que la Institución se sumergiera en la «bancarrota», llegando a tener que desprenderse de la plata que el Hospital poseía desde su fundación. Esta situación provocó la dimisión del médico Joaquín Viejobueno en febrero de 1804[877]. El informe presentado por éste, lleva a que la dimisión de Tolosa se convirtiera en un hecho. El asombro del obispo Verdugo, ante la situación del Hospital, lo instó a suspender los capítulos de sus constituciones referentes al gobierno de los Mayordomos, el 24 de marzo de 1804, nombrando a Marcelino Prat como administrador, el cual, comunicó inmediatamente al obispo su imposibilidad para organizar el Hospital[878]. Con la intención de sanear la Institución, pidió al obispo poderes más amplios, temporalmente. Esto conllevó el despido del servicio y su nueva contratación. Portando el beneplácito del obispo, Prat gobernó el Centro con «mano de hierro», logrando encauzar las finanzas hospitalarias. Esta labor desembocó en numerosas críticas, que dieron pie a que, José Francisco Martinón, en 1805, solicitara una nueva reforma, que fue bien vista por el alcalde del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, Nicolás González Sopranis, pero no por la autoridad eclesiástica, el obispo Verdugo. Todo ello, llevó a que se estableciera una batalla entre los «adeptos y enemigos» de Prat, lo que favoreció la considerable decadencia del Centro.

El Ayuntamiento aprobó, en 1816, la instalación de una *Escuela de Cirugía* en sus dependencias, lo que planteó la intención de trasladar el Establecimiento al cuartel de

---

subalterno, seleccionando un nuevo servicio de su entera confianza, con la pretensión de aislar a Lugo.

[877] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*, p. 373-382.
Antes de marcharse indica tres normas a seguir para lograr un buen funcionamiento del Centro: la administración de las medicinas según lo dispone el médico a sus horas, dosis y buena calidad; la recta administración de alimentos según lo dictamine el profesor; y el aseo y la purificación del Hospital.

[878] Prat se enfrentó con Miranda, cuando le ruega que se abstenga de cobrar tributos, rentas y demás sin su intervención (Junta celebrada el 9 de julio de 1805).

San Miguel, para lo que se solicitó el permiso a Bartolomé Mesa, dueño del recinto[879]. En este momento, se produjeron diferentes cambios e innovaciones en este campo, que se pretendían incorporar a la práctica médica en Canarias: se originó una fusión de la medicina y cirugía, lo que llevó a considerarla como una ciencia; el comienzo del empleo y el desarrollo de la anestesia, lo que permitió una cirugía orientada hacia los resultados y rápida; se desarrolló la asepsia y la antisepsia, permitiendo una mayor seguridad en la intervenciones quirúrgicas; y, por último, el descubrimiento de los rayos X, al finalizar el siglo, posibilitó un abordaje directo la patología ósea.

Atendiendo a la ley de 20 de junio de 1849, el Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife estaba obligado a tomar a su cargo el Centro. Para su gestión y administración nombró una Junta Municipal de Beneficencia, a la que se le dio nueva organización con arreglo al Reglamento de 14 de mayo de 1852 que ejecutaba la anterior ley citada. Por último, la Real Orden de 29 de diciembre de 1853 declaraba provinciales a todos los centros de beneficencia, situación que se aplicó a los de Santa Cruz de Tenerife a partir del 31 de marzo de 1854, asumiendo su gestión la Diputación Provincial[880]. A raíz de esto, se creó una Junta de Gobierno que se encargaba de todas las instituciones con similares características.[881]

No se ha encontrado hasta la fecha documentación que nos indique como era el trazado primitivo de la fábrica originaria del Hospital, existiendo tan solo algún referente en la *Guía…* de Poggi y Borsotto, donde se nos habla de «una pequeña construcción con capilla adosada de una sola nave»[882]. En la década de 1750 a 1760, se construyó un edificio de tradición italiana, donde la planta presenta forma en «C», como resultado de las modificaciones efectuadas por el General Benavides en las dependencias y habitaciones en la zona este y en la planta superior[883]. Pese a ello, el edificio, al igual que muchos de sus homónimos construidos en las Islas, presentaba un modelo de la casa-

[879] Se cree que nunca se llevó a cabo, ante la carencia de documentación que lo justifique.
[880] FRAGA GONZALEZ, C. *El arquitecto Manuel de Oraá y Arcocha (1822-1889)*. Santa Cruz de Tenerife: Instituto de Estudios Canarios, 1999.
[881] Estaba formada para su gestión por: Director, Administrador-Depositario y el Secretario-Contador.
[882] POGGI Y BORSOTTO (2004). *Opus cit.,* p. 86.
[883] APIC: carpeta 4.

hospital de estructura claustral, disponiéndose las salas de enfermería en torno a un patio, impidiéndose el correcto asoleamiento de las fachadas de las crujías y provocaba una deficiente ventilación cruzada, situación que generaba rincones umbríos que posibilitaban el desarrollo de agentes patógenos, provocándose una lenta «recuperación de la salud de los enfermos»[884]. Sus salas carecían de diferenciación entre infecciosos y no infecciosos, así como entre medicina y cirugía; esta falta de clasificación no ocurría con la diferenciación por sexos, que desde sus orígenes estuvo siempre bien definida. Además, la incapacidad de algunos enfermos no era tomada en cuenta al colocarlos en la sala destinadas para alojarlos, ocupando éstos las camas de manera aleatoria. Los servicios generales se encontraban dispersos por el recinto hospitalario, aprovechando cualquier espacio que se pudiera adaptar a las necesidades y a la actividad a desarrollar. En el lado sur, se ubicaban los terrenos destinados a cultivos que abastecían de alimentos y plantas medicinales tanto a la cocina como a la botica.

139. Luis Cola Benítez: Vista del antiguo Hospital desde la torre de la Iglesia de la Concepción (2006).

El carácter eclesiástico fundacional plantea la posibilidad que la capilla fuera una de las primeras obras a acometer. Sus dimensiones se desconocen, aunque existen dos referentes que pudieran dar algún dato: el plano de Francisco Tolosa, de igual extensión a la que está presente a inicios del siglo XIX[885]. Al observar y analizar estos documentos comprobamos que el edificio se articulaba a partir de dos niveles o alturas, donde la planta baja, que ocupaba un solar rectangular desviado en dirección noroeste-sureste, presentaba una mayor dimensión que la alta, estando ésta colocada

[884] Paradójicamente, en el mundo anglosajón se comienza a construir hospitales con tipología en pabellones a partir de 1730, cuyo primer ejemplo fue el Hospital de San Bartolomé de Londres.
[885] APIC: Legº 31, nº 17.
Nos ha llegado una aguada firmada por Francisco Tolosa, donde aparecen las dos plantas que tenía el Hospital en el cambio de siglo. Corresponden a la distribución de espacios establecidos por la Junta tras la reforma realizada por el obispo Verdugo.

sobre las crujías este y sur. En este lado «irregular» se ubicaba la fachada principal. Todo el edificio desarrollaba su vida interior a partir de cuatro crujías, casi «regulares», que acotaban un patio claustrado de considerables dimensiones, 20 varas de largo por 10 de ancho y en cuyo centro existía un pozo. La crujía desarrollada en el lado oeste del edificio lindaba con la iglesia, de una sola nave larga, de dimensiones a tener en cuenta y que presentaba una iconografía que seguía las pautas de algunos de los personajes que protegieron a esta entidad a lo largo de su historia[886]. Ésta, adosada en el lateral oeste del edificio del Hospital, estaba comunicada con el edificio, lo que permitía acceder a los enfermos a los actos litúrgicos con relativa facilidad. Un arco triunfal daba paso a un retablo policromado y dorado que estaba presidido por un nicho único donde se veneraba a Nuestra Señora de Los Desamparados, coronado por un cuadro ovalado con la advocación al Santísimo Cristo de La Laguna. A ambos lados de éste, estaban colocados sendos cuadros de San Felipe Neri y San Felipe Vinicio. Junto a este mobiliario principal de culto, se hallaban tres retablos más, de los que dos de ellos se enfrentaban, uno en el lado del evangelio y otro en el de la epístola. Contaba con un aforo de once asientos de pino para los feligreses, además de un escaño de tea para guardar la cera. Incluso, estaban presentes en el recinto, un púlpito de madera pintada, un confesionario y dos pilas de agua bendita de mármol, en forma de concha e incrustadas en la pared. [887]

Enfrentada a esta crujía encontrábamos la del lado oeste donde solo se hallaba un corredor y escalera de acceso a la zona privada de Antonio de Benavides[888]. El lado contrario a la crujía donde estaba ubicada la fachada se destinó a enfermerías separadas por sexos, dándose la posibilidad de unificar los espacios durante los actos litúrgicos desarrollados en el oratorio del Asilo. De esta manera, los tres habitáculos se fusionaban para conformar uno. Un óleo horizontal y alargado lo presidía con la advocación de la Virgen del Carmen, San Ignacio de Loyola y San Rodrigo. Una entrada exterior daba

[886] Destacan entre ellos a los fundadores de la entidad, los hermanos Logman, así como el obispo Morán y uno de sus máximos benefactores, Antonio de Benavides.
[887] APIC: Legº 31, nº 17.
[888] Esta constituida una vivienda de cuatro habitaciones, la cocina con su despensa y una considerable sala; se le unían, tanto en el lado este como en el oeste, considerables balconadas cerradas con celosías. A partir de 1804, se destina esta zona para la ubicación de la botica, rehabilitando cuartos destinados a la servidumbre del Centro formados por cocinas, dormitorios y despensa.

acceso al cuarto mortuorio presente en este lateral del Centro[889]. El Comandante General Perlasca, a finales del siglo XVIII, sufragó nuevas estancias en la planta superior de esta zona: un granero, dos cuartos de héticos que se comunicaban con una zona destinada a enfermos de pago o «decentes»[890], una sala de juntas de considerables dimensiones y un archivo. Todas estas obras tuvieron la aprobación «forzada» tanto del obispo como del capellán ante las nuevas necesidades que aparecían en la Institución[891]. La fachada principal presentaba dos vanos que daban acceso al edificio: una a la izquierda, que permitía acceder a un zaguán previo al corredor que precedía al patio, y la otra a la derecha, con cancel, de mayor dimensión, que permitía acceder a la capilla a todos los vecinos del barrio de El Cabo y de Los Llanos, así como al resto de la población de la ciudad.[892]

Además, el Hospital contaba con un «poco usado» cementerio, desde los últimos años del siglo XVIII[893], en un solar contiguo al edificio, orientado de norte a sur y con una adecuada ventilación, lo que favorecía el movimiento de los denominados «aires insanos» producto de la descomposición de los cadáveres. En España, la orden de construirse los cementerios fuera del poblado databa de 1773, cuyo objetivo era quitar la costumbre insalubre de enterrar en las iglesias como se demuestra en la *Ley 1ª, tít. iii, lib. i de ley Novísima.* En 1787, Carlos III legisló (Ley 11, título 13, partida 1.a) la disciplina de la Iglesia en el uso y la construcción de los cementerios, atendiendo a la Liturgia

[889] Años más tarde, en el segundo tercio del siglo XIX se rehabilitó para la ubicación en este lugar de la ermita de San Telmo.

[890] Las dependencias de pago estaban dotadas de dos habitaciones de las que una tenía la utilidad de dormitorio; a estos dos habitáculos se les une una sala. Si resulta sorprendente la distribución de esta nueva zona, donde no se le da independencia al acceso a los dos cuartos de héticos.

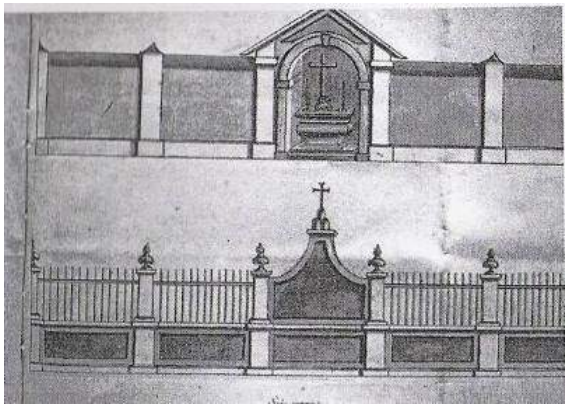
[891] La Junta Rectora, y en particular el obispo Verdugo y el capellán Lugo, no considerando viable la existencia de «enfermos de pago». A todo ellos se unió la frecuente ruinosa situación económica del Centro, que dificultaba la terminación de las obras a inicios del XIX, lo que llevó a la venta de algunos objetos destinados al culto, fruto de las donaciones efectuadas por los Fernando Fuentes y los hermanos fundadores, los Logman. Las cantidades obtenidas no cubrieron la deuda, aportando el General Perlasca parte de ésta. Las obras no concluyeron hasta que Prat asume la dirección.

[892] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*, p. 375-381.
Entre ambas figuraban dos cuartos con alcobas que en este momento servían de despojos, para recoger la ropa y para desvestir a los enfermos; a sus espaldas y en la mitad de la galería se encontraba la destiladera.

[893] Persistía la tradición de sepultar en la iglesia; el recinto no estaba acotado, lo que llevó a numerosas quejas (el recinto sirvió de zona de pasto no dándole el uso para el que estaba destinado).

romana, y ordenando la instauración de los cementerios rurales, tomando como referencia el *Reglamento del Cementerio del Real Sitio de San Idelfonso*. A comienzo del siglo XIX, se activó este proyecto ante la carencia de espacio para enterramientos en la Iglesia Matriz, así como el miedo presente en la población ante las recientes epidemias que habían afectado seriamente a la Isla y en particular a la ciudad. Se planteó un aumento de su superficie, anexando un «solar vecino», así como el murado de éste, intención que se pensó sufragar con 200 pesos procedentes de «la gracia de Toneladas», junto a 100 que había donado el obispo Plaza en una visita pastoral para que se comprase madera con la que techar un ángulo del edificio, 800 pesos pagados por los herederos de Josefa Garcés por su estancia en el recinto sanitario y las diferentes limosnas que habían aportado «feligreses y almas caritativas». Pero con la reestructuración que la Junta encargó a Francisco Tolosa, se propuso un proyecto de mayor envergadura que el pensado primigeniamente[894]. El 28 de mayo de 1800, Tolosa presentó a la Junta una «aguada con el diseño del cerramiento», cuyo precio ascendía a la cantidad de 500 pesos y unas dimensiones de 60 x 20 x 3'5 varas (largo-ancho-alto) de sus muros[895]. La urgencia de la obra hizo que la Junta solicitara la aprobación del Obispo y del Comandante General para la puesta en marcha, pese a la postura de algunos de sus miembros, como «la inocua oposición del capellán». Las obras se iniciaron rápidamente, deteniéndose al año siguiente ante la pésima gestión propia y característica de los años precedentes, y la falta de fondos que pagaran tal empresa, quedando pendiente tan solo la mitad. Años más tarde, en julio de 1805, el Comandante General Prat comunicó al prelado de la Diócesis las condiciones en que se hallaba el cementerio, exponiéndole éste «que cuando dejara en orden los asuntos del Centro, reiniciara las labores del cementerio». El orden y una correcta gestión de los recursos del Hospital nunca debió llegar, ya que años más tarde, los terrenos donde estaba ubicado el «inconcluso y futuro cementerio» fueron usados para la ampliación del Hospital.

[894] La obra urgía pues el párroco de la Concepción ya había advertido de la falta de espacio, solo restando dos sepulturas, así como los problemas sanitarios causados por los últimos enterramientos acaecidos.
[895] El Hospital era el propietario del terreno; además contaban con el agua y la piedra almacenada con anterioridad por el Hospital (piedra de Los Cristianos para enlosado).



140. Alberto Darias Príncipe: Proyecto para el cementerio propuesto por Francisco de Tolosa en 1800 ubicado en unos de los laterales del Hospital (1995).

La Ley de 20 de junio de 1849 otorgaba al Ayuntamiento la gestión del Hospital, creándose la Junta Municipal de Beneficencia a la que se le dio organización atendiendo al Reglamento recogido en la Ley de 14 de mayo de 1852. Esta primera Junta fue como una «bocanada de aire fresco», aportando orden y el saneamiento de cuentas, situación algo anecdótica en la historia de esta Institución[896]. La Real Orden de 29 de diciembre 1853 declaraba provinciales todos los establecimientos del territorio nacional, otorgándoles el control de su gestión a la Diputación Provincial y de la Junta Provincial de Beneficencia. Éstos comenzaron a regirse como tales a partir del 31 de marzo de 1854, con el consiguiente nombramiento de una Junta de Gobierno con *la función del cuidado y administración del Hospital y los diferentes asilos benéficos existentes*, formada por un Director, Administrador-Depositario y un Secretario-Contador. A pesar de la importancia de las fundaciones privadas, las creaciones públicas debidas al «Estado benefactor» y a los municipios constituyeron las iniciativas más destacadas en el siglo XVIII y XIX. Esta situación permitió ampliar las dependencias existentes en el Hospital Provincial utilizando el solar del cementerio en proyecto ubicado en el lado oeste del edificio[897]. Esta ampliación originó una nueva distribución que conllevó una nucleación de la capilla, ubicándose ésta en el eje central en la nueva planta. La «novedosa articulación del edificio», con respecto al ya existente, conformó una planta rectangular orientado de este a oeste con dos patios en su interior, propuesta muy alejada de los modelos que se desarrollaban en ese momento dentro de esta tipología, más en la órbita de la arquitectura en pabellones que ya desde 1801 había propuesto Durand en su *Reccueil et parallèle*…, donde se

[896] Se realizan mejoras en el edificio y en su dotación (la botica del centro se surte de existencias para varios años), fruto de la buena gestión que se realizó tanto en las cuentas, rentas y subfrutos del Hospital.
[897] Esta modificación del proyecto previo, se planteó ante la reciente creación de un cementerio municipal, de San Rafael y San Roque, en las proximidades del Establecimiento.

decanta por el Hospital de Stonehouse y el diseño de Poyet en su segundo informe, como se refleja en el diseño que propone **en** *Précis des leçons…* (1809), con un edificio articulado a partir de siete pabellones a cada lado de un patio alargado o avenida central[898]. Pese a ello, ya desde el siglo XVII la arquitectura hospitalaria había cambiado de doctrina: la era de los Hôtels-Dieu góticos se cierra y la arquitectura hospitalaria intenta apoyarse en principios de higiene en busca de soluciones que llevarán en el siglo XVIII a un arte basado en los principios fundamentales tales como la docencia, la investigación y sobre todo, la asistencia. A partir de este momento, es la funcionalidad lo que prima, poniendo especial interés en el diseño de los edificios con el punto de mira, en el *cuidado del entorno del enfermo de forma que pueda curarse en un ambiente más saludable*.

Paralelamente a esta «concepción utilitaria de la arquitectura», convivió un movimiento estético que procuraba reflejar en las artes aquellos principios intelectuales presentes en la Ilustración, que desde mediados del siglo XVIII se producían en el pensamiento filosófico, transmitiéndose progresivamente a todos los ámbitos de la cultura. Fue la Ilustración, el punto de partida de la Real Academia de las Bellas Artes de San Fernando. La primera propuesta de fundación sucede en 1726 de la mano del pintor Antonio Meléndez, quien propone a Felipe V la creación de una institución semejante a las de Roma, París, Florencia o Flandes, en la que se trataran la pintura, la escultura y la arquitectura. Esta iniciativa se materializó con la apertura de una *Academia privada* que funcionó entre 1741 y 1744, este último, momento en el que se produce su fundación con el nombre provisional de *Junta Preparatoria*. En 1747, se aprueba su primer estatuto, que estuvieron vigentes hasta su redacción y aprobación definitiva en 1757, y se nombra «maestro director extraordinario de escultura en la Academia» a Felipe de Castro, escultor personal de Fernando VI. Varios años más tarde, en 1752, se realiza su fundación definitiva adoptando el nombre de *Real Academia de las Tres Nobles Artes de San Fernando*, colocándose al frente, a partir de 1753, a los artistas italianos Olivieri, Corrado Giaquinto y Juan Batista Sachetti. Su objetivo principal era la implantación de una «nueva estética», denominado *buen gusto*, que sustituyera el Barroco por el Neoclasicismo. Desde la Corona se pretendía *europeizar el país*, introduciendo el gusto

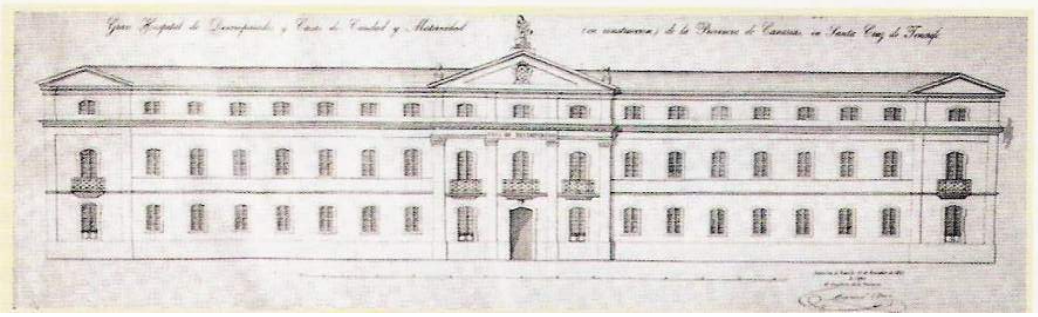
[898] PEVSNER, N. (1979). *Opus cit,* p. 182.

francés. No obstante lo más que en un primer momento se consiguió fue una marcada diferenciación entre el centro y la periferia. Mientras en la Corte el arte se aproxima a las corrientes extranjeras, en las provincias la situación era muy diferente, quedando patente hacia la década de los 60 del siglo XVIII la existencia de una considerable tensión entre un *gusto oficial* y otro *periférico*, pues tenemos que tener presente que los artesanos carecían de una destaca formación artística y seguían siendo el baluarte de propagación del Barroco. En cualquier caso, la Real Academia pretendía poner a la arquitectura española en consonancia con la que se realizaba en el resto de Europa, mediante una enseñanza articulada a partir de «cursos metódicos y rigurosos», aunque a pesar de los esfuerzos de protectores, directores y profesores no llegaron a cuajar en su totalidad.

En Canarias, como punto estratégico comercial, desde el siglo XIX había llegado cierta literatura sobre arquitectura que aborda temas puntuales, lejos de aspectos estilísticos. Este momento vino marcado por los ideales de la Academia a los que se unía el neoclasicismo que se estaba desarrollando en ese momento en Francia, lo que permite afirmar que no existirán teorizadores en arquitectura hasta bien entrado el siglo XX. La minoritaria intelectualidad de este momento vendrá caracterizada por una serie de pautas bien definidas: existe una generación viajera en posesión de una formación clásica adquirida en los cenobios y meditada posteriormente, y la participación en ámbitos de intercambio de ideas y conocimientos que se realizaba en las tertulias desarrolladas ampliamente en las Sociedades Económicas de Amigos del País que proliferaron por la geografía insular. Tanto la pérdida del monopolio del saber como la heterodoxia presente en el mundo ilustrado, levantó un cierto «resquemor» en algunos círculos de la Iglesia[899]. Pese a ello, será ésta la principal promotora durante el primer periodo clasicista, de lo que ha quedado constancia en la Catedral de Las Palmas y en la de La Laguna, así como en el edificio diseñado para la iglesia de Gáldar en Gran Canaria. La segunda mitad del siglo XIX, estará mediatizada por cuestiones de carácter económico y social, a lo que se unirá una considerable influencia inglesa, «amalgama de situaciones», que provocará una novedosa postura ante la arquitectura que pasando a

[899] AA. VV. *Gran Enciclopedia de El Arte en Canaria. Santa Cruz de Tenerife:* Centro de la Cultura Popular Canaria, 1998, p. 171-172.

ser una expresión de la posesión de recursos materiales y la influencia que se tenía en el colectivo al que se pertenece.



141. Manuel de Oraá y Arcocha: Proyecto para la fachada del Hospital de los Desamparados (1995).

En las islas se carecía de academia alguna que formara a los nuevos artistas, a excepción de un centro ubicado en Santa Cruz de Tenerife creado por el Comandante General Juan Ibáñez Cuevas para la adquisición de conocimientos elementales de ingeniería por parte de los oficiales a su cargo. La academización, que desde la Corona se intenta, se ve respaldada por las Sociedades Económicas, lo que ocasionó que desde 1782 se contara en Gran Canaria con una *Academia de Arquitectura*, bajo la dirección de Diego Nicolás Eduardo, y fundada por Jerónimo Róo, canónigo de la seo canaria, con la finalidad básica de formar a los arquitectos y técnicos inmersos en las obras de edificación de la Catedral. De breve vida, mantuvo su actividad académica durante unos pocos años, relevándola en sus funciones la *Escuela de Dibujo* creada por la Sociedad Económica de Amigos de País de Las Palmas de Gran Canaria. Esta agónica situación, se ve subsanada tras la llegada, en 1847, del primer arquitecto titulado, Manuel de Oraá y Arcocha, *quién no solo salva la situación sino que incorpora a Canarias, de forma habitual, a la línea academicista peninsular*[900]. En 1853 es nombrado Arquitecto Provincial de Canarias, por la R.O. de 8 de junio, cinco años antes de que se estableciera este cargo en el resto del país[901]. Esta posición favoreció que se creara un «nuevo

[900] *Ibidem,* p. 174.
[901] MARTIN RODRÍGUEZ, F. (Dir.). Manuel de Oraá. Primer arquitecto provincial de Canarias. In *Revista Basa*, nº 4. Santa Cruz de Tenerife: Colegio de Arquitectos de Canarias, noviembre 1985. Más reciente en, FRAGA GONZALEZ, C. *El arquitecto Manuel de Oraá y Arcocha (1822-1889)*. San Cristóbal de La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1999.

orden», en defensa de las competencias profesionales de su especialidad y una «férrea lucha contra el intrusismo».[902]

142. Anónimo: El arquitecto Manuel de Oraá y Arcocha (ca. 1880).

Numerosas fueron las obras e intervenciones que efectúa en la provincia, pero es la obra del «Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados» en Santa Cruz de Tenerife la actuación de mayor envergadura que se acometió en su tiempo. El encargo del proyecto de reedificación y ampliación del edificio[903] fue aprobado el 6 de febrero de 1863, realizándose la ejecución de las obras a lo largo de varias décadas debido a la carencia de recursos para tal fin[904]. Se dio comienzo por la construcción de toda la fachada principal. Esta ampliación se ejecutó en dos momentos: el primero hasta 1868 y en 1875 la segunda[905]. Seguidamente, tras la conclusión de la fachada, se levantó el ala oeste, que ya estaba acabada en 1881, una gran galería destinada a albergar numerosas camas en caso de epidemia, pese a que para tal fin se utilizaba el lazareto ubicado en Cabo Llano. Además se ejecutó la crujía sur destinada a oficinas, cuarto del practicante, servicios, sala de operaciones y escalera principal. El Hospital pasó a tener, con esta reestructuración, seis enfermerías, *bastante claras y ventiladas, tres para hombres y tres para mugeres, designadas con los consiguientes nombres: San Eduardo, Jesús, Dolores, Santa Isabel, San Pedro, Desamparados*; la crujía sur, todavía en 1881, estaba pendiente de terminar y el centro de la edificación estaba ocupado por *un bonito jardín que sirve para el recreo de los enfermos convalecientes*[906], con el que se pretendía

[902] CHAVES MARTÍN, M.A. La introducción a los postulados académicos en la arquitectura Canaria: Manuel de Oraá y Arcocha (1822-1889). In *Anuario de estudios atlánticos* Nº. 41, 1995, p. 535-549.
[903] Remitido a Madrid en 1861 para su aprobación que no fue efectiva hasta febrero de 1862.
[904] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit.,* p. 85-90.
[905] DARIAS PRÍNCIPE, A. Hospital de los Desamparados. In *Revista Basa*, nº1, diciembre 1983, p. 62.
[906] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit.,* p. 89.

no solo embellecer el asilo sino favorecer el contacto de los pacientes con la naturaleza, condiciones que favorecían su recuperación, a las que se unían condiciones climatológicas.

143. Anónimo: Fachada y parte de la crujía a la calle San Carlos del Hospital antes del incendio acaecido en 1888 (segunda mitad del siglo XIX).

El 8 de Febrero de 1881, la Señora Presidenta de la Junta de Caridad de Señoras, solicitó a la Diputación Provincial recursos económicos para el establecimiento de los servicios de las Hermanas de La Caridad en los Asilos de Beneficencia, no efectiva hasta el 5 de abril, quedando la congregación al frente de los establecimientos, mediante contrato rubricado el 27 de julio de ese mismo año[907]. Durante 1883, se agilizó la construcción de la galería de la crujía oeste del patio G y se estipularon las medidas necesarias para la conclusión de la fachada principal[908]. Al año siguiente, se dio inicio a la demolición de la capilla y se acordó el acondicionamiento del local destinado a la práctica de las autopsias judiciales. Con esta modificación de la estructura, se concluía

[907] Aprobado por la Comisión Permanente de la Diputación Provincial de Canarias y firmado en Madrid por el Sr. Director de la Hijas de la Caridad, Mariano J. Haller. Tras hacer efectivo el contrato, se concertó el traslado de 10 hermanas para *que tomen bajo su cuidado y dirección los asilos de Beneficencia de la Ciudad de Santa Cruz de Tenerife*.
[908] Boletín Oficial del Estado, números 8 y 151 de 17 de enero y 19 de diciembre de 1883, respectivamente.

con el carácter eclesiástico que había caracterizado al establecimiento benéfico desde su fundación[909].

Las condiciones de los enfermos, así como la asistencia sanitaria que a partir de este momento se prestará en este Hospital, mejoran considerablemente como apunta en el texto de su *Guía*… el autor Poggi y Borsotto: *Mucho se ha mejorado este establecimiento, donde los enfermos reciben una delicada y esmerada asistencia; pero las obras recientemente empezadas no pueden continuarse por falta de recursos y es lástima que no puedan terminarse cuanto antes. Creemos que a pesar de los grandes esfuerzos que han hecho y hacen las personas que se hallan a su frente, nada se conseguirá por ahora, pues el estado de penuria en que sucesos recientes, que nosotros lamentamos, han colocado a todas las Corporaciones administrativas, no permitirá por mucho tiempo atender a aquella obra*[910]. A estos comentarios, se le unió el realizado por la inglesa Olivia M. Stone en su visita la Isla en 1883, donde alude a las condiciones de la «nueva construcción» que describe como *un edificio de gran tamaño, al que no dejan de añadir secciones además de renovar la parte antigua. Parte del ala nueva está destinada al manicomio*[911]. Aunque fueron importantes las mejoras acometidas en el recinto hospitalario, no fueron las suficientes para hacer frente al brote de fiebre amarilla[912] que azotó a la capital tinerfeña, formulándose duras críticas contra la Diputación provincial desde la prensa del momento[913]. Tal fue la magnitud de la epidemia que se vieron afectados otros lugares de la Isla y del Archipiélago, saturándose los establecimientos de beneficencia de ciudades como La Laguna, La Orotava, Santa Cruz de La Palma y Las Palmas de Gran Canaria.[914]

[909] El recinto sacro, de uso para la comunidad en general y para los asilados, dejo de ser protagonista, gracias a los avances científicos que poco a poco obligaron a desechar el concepto de salud-enfermedad intervenido por la acción divina.
[910] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit.,* p. 89.
[911] STONE, O.M. *Tenerife y sus seis satélites*. Tomo I. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria, 1995, p. 35. Citado en FRAGA GONZÁLEZ, 1999, p. 196.
[912] Dos fueron los brotes epidémicos de fiebre amarilla que sufrió Santa Cruz: uno en 1862 y el otro al año siguiente, en 1863.
[913] *La Democracia* (Santa Cruz de Tenerife), 5 de febrero de 1882.
[914] *El Memorandum* (Santa Cruz de Tenerife), 10 de febrero de 1882.

144. Anónimo: Incendio del Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados (1888).

El 17 de marzo de 1888, el Hospital sufre un fuerte incendio[915] de los que se conservó, tan solo, la fábrica realizada por Manuel de Oraá, interrumpiéndose drásticamente la actividad constructiva que se había desarrollado hasta la fecha. La crujía central, la fachada a la calle San Carlos, el ala sur y la pared este, quedaron completamente arruinadas. De la antigua fábrica nada se salvó, muriendo dos personas de los 400 individuos alojados en él en ese momento[916]. La reconstrucción del edificio se logró gracias al seguro[917] que se había contratado en 1877 y a los diferentes fondos procedentes de una lista variopinta de contribuyentes, obteniéndose un total de 45.575 pesetas procedentes de la compañía aseguradora[918] que aportó la cantidad mayor, la colonia canaria de Montevideo en Argentina[919], la Asociación Canaria de Beneficencia de la Republica Uruguaya[920] y el Ayuntamiento del Puerto de la Cruz[921]. Además, se aprovecharon las cantidades exigentes de la suscripción abierta para paliar los daños del terremoto de 1884.[922]

Las primeras actuaciones se enfocaron a las obras de la crujía central, en el interior del edificio, prosiguiendo con el resto de la construcción en diferentes fases sucesivas. La dirección de la reedificación se le encargó a Manuel de Cámara[923], quien supervisó las obras en todas y cada una de sus etapas hasta su finalización[924]. Su

[915] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 17 de marzo (nº 476) de 1888.
[916] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 17 de marzo (nº 476) y 3 de agosto (nº 529) de 1888; 30 de marzo (nº 725) y 25 de septiembre (nº 871) de 1889.
[917] A.H.P.T. Libro de Actas de la Diputación Provincial, 1887.
[918] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 11 de mayo (nº 460) de 1888.
[919] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 7 de septiembre (nº 558) de 1888.
[920] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 28 de mayo (nº 773) de 1889.
[921] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 18 de julio (nº 814) de 1889.
[922] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 18 de mayo (nº 765) de 1889.
[923] GALANTE GÓMEZ, F. *Arquitectura canaria: el ideal clásico (desde la segunda mitad del siglo XVIII hasta finales del siglo XIX*). Las Palmas de Gran Canaria: Edirca, 1989, p. 75-76.
[924] Las formas arquitectónicas de este Hospital beben de las tipologías hospitalarias de mediados del siglo XV, siendo el referente el Hospital florentino de *Santa Maria Novella*, cuya disposición,

intervención en este edificio está orientada hacia la reconstrucción de todas aquellas partes dañadas durante el incendio fatal de 1888. El proyecto de reconstrucción de Cámara pretendía desarrollar una planta neutra en torno a dos patios que buscaban desarrollar un plan de saneamiento para la ciudad en el que quedaba conectado el establecimiento con el Cementerio de San Rafael y San Roque por una parte, y con la Iglesia de Nuestra Señora de la Concepción por otra, gracias al puente de hierro que se proyectó y que dio lugar a numerosas críticas[925]. Con este esquema se procuraba conjugar arquitectura y urbanismo, unido a el deseo de situar a los hospitales fuera de las ciudades propio del siglo XIX. Frustrada esta intención por la vertiginosa expansión y crecimiento de las grandes urbes, se mantuvo una concepción simplista que se centró en la ignorancia de la estrecha relación siempre existente entre el hospital y la ciudad, debido en parte a la afluencia diaria de pacientes a las diferentes áreas con la finalidad de visitar a los familiares internos, la práctica de la medicina social o el acceso de los usuarios a las consultas médicas externas.

Para la ejecución de este proyecto, se estableció inicialmente un presupuesto de 44.502,70 pesetas, ganando el concurso de las obras, de las cuatro propuestas presentadas, el contratista Salvador Marichal el 7 de septiembre de 1888. Las obras rápidamente comenzaron el 18 de octubre de 1888, y concluyeron el 5 de julio de 1889. Esto llevó a que el arquitecto Cámara solicitara seguidamente presupuestos para el ala sur, estableciendo un montante de 33.775,32 pesetas[926], que asumió y ganó el mismo maestro de obras que realizó las de la crujía central.[927]

---

en cruz inscrita en un cuadrado, es un modelo italianizante que modela el resto de ejemplos europeos. En España es introducido por Enrique Egas en los primeros años del siglo XVI, en los importantes encargos regios que se le realizan para Santiago de Compostela, Toledo o Granada, ejemplos de los que se ejecutarán en las Indias. Estos diseños persisten hasta el siglo XIX en la tipología de asilos de beneficencia.

[925] BENEDICTO JUSTO, A. M. *La introducción de la noción higienista en España (1850-1900). Equipamientos hospitalarios en Santa Cruz de Tenerife*. Tesina dirigida por Mª Isabel Navarro Segura. La Laguna: Universidad de La Laguna, [s.a.] 2003. p. 168.
Este novedoso planteamiento establecía los límites urbanos del complejo hospitalario, y resolvía los problemas de funcionamiento de un equipamiento preciso para la ciudad.

[926] *Boletín Oficial del Estado*, nº 126, 25 de septiembre de 1889.

[927] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 9 de noviembre (nº 909) de 1889.

145. Anónimo: Retrato del arquitecto Manuel de Cámara y Cruz (1848-1921).

Los derribos dieron comienzo el 9 de diciembre de 1889, colocándose seguidamente las columnas de hierro de los dos patios adquiridas en Sevilla[928]. En mayo de 1890 estaban colocadas las vigas de la segunda planta de la crujía de la calle San Carlos[929] y al año siguiente quedó concluida la obra de mampostería exterior de las secciones sur y este[930]. Tras finalizar la parte interior, las obras se detuvieron entre agosto de 1891 y los primeros meses de 1895, para posteriormente continuar de manera vertiginosa. En marzo de 1895, la gran sala de enfermería para mujeres en la crujía de la calle de San Carlos, ubicada en el lado este y anexa a ella, así como un cuarto-almacén en el área de cirugía, habían sido terminadas, además de una sala destinada a intervenciones quirúrgicas. Esta último se colocó en esta crujía atendiendo a la luminosidad procedente del sol que favorecía la visualización del campo quirúrgico[931]. La colocación del pavimento de mármol quedó concluida en abril de 1895, siendo costeado por la Junta de Caridad con 486, 50 pesetas, además de 1.000 pesetas suministradas por Juan Febles Campos[932]; la verja de hierro, traída de Sevilla para el vestíbulo, quedó instalada en mayo del mismo año[933]. El 3 de noviembre de 1897 se colocó, sobre el frontón de la fachada principal, la imagen de bronce representando la Caridad, traída desde París por, el ya fallecido, Santiago de la Rosa, Diputado Inspector de los Establecimientos de Beneficencia.

Con lo que respecta a la solución desarrollada en su interior, las «calles» por las que discurría el tráfico quedaron claramente concretados. La «calle principal o pública», lugar destinado a la circulación de grandes grupos de personas (familiares, pacientes

[928] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 19 de diciembre (nº 934) de 1889.
[929] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 21 de mayo (nº 1065) de 1890.
[930] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 17 de marzo (nº 1311) de 1891.
[931] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 9 de marzo (nº 2496) de 1895.
También se hizo público en la prensa local, la colocación de los solados de cuatro galerías, en otra sala del piso principal y en dos del segundo.
[932] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 6 de abril (nº 2518) de 1895.
[933] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 11 de mayo (nº 2546) de 1895.

externos, visitas, estudiantes,…) estaba definida por la caja de escalera alineada con el acceso principal al edificio y limitada por las alas este-oeste-sur. Ésta valía como eje a ambos patios, a la vez que establecía una marcada simetría y permitía acceder a la mayoría de las dependencias. Los dos patios, claustrados en la planta baja y sostenido con columnas de hierro sobre pedestales de cantería eran muy similares, siendo una de las soluciones más significativas del edificio. Con ellas se sustentaban las «calles de tratamiento», lugares habilitados para el desplazamiento entre las diferentes áreas de medicación y cuidados. Esta nueva propuesta establecida para el articulado del edificio permitió la considerable, pero no completa, mejora de las condiciones de diafanidad y ventilación, a lo que se unía la presencia de formas vegetales que procuraban emular un «diminuto bosque». Vanos equidistantes en forma de amplias ventanas son, exceptuando el reloj del lado este, la característica más notable en las dos alturas restantes del edificio, que facilitaban el trasiego de aire del interior al exterior y viceversa. Por último destacar la carencia de «calle de suministro», no contemplada en el proyecto, ubicándose de manera aleatoria por toda la geografía del establecimiento hospitalario.

Dentro de las intervenciones que Oraá efectúa en esta edificación, queda claro como la fachada principal, una de las mejores obras de la arquitectura neoclásica canaria[934], se convierte en su objetivo principal, colocando en un segundo plano al resto del inmueble, lo que hace pensar que las innovaciones higiénicas presentes en otros ejemplos arquitectónicos europeos, y el debate científico, social y arquitectónico del momento no fueron tomado en cuenta durante el proceso de diseño. El trazado original y los posteriores beben de las *fuentes renacientes,* en el que se emplea para el articulado del edificio una cruz inserta en un cuadrado, donde la distribución de volúmenes establecidos destaca considerablemente, disponiendo tras la fachada los dos patios interiores ya nombrados. Para los laterales se establecen paramentos sencillos, carentes de ornato, donde los vanos se disponen de manera regular[935]. Este edificio decimonónico, que se enmarca dentro de la arquitectura clasicista y académica, no tiene en cuenta para nada los principios higiénicos tanto en su articulado como en su

[934] GALANTE GÓMEZ, F. (1989). Opus cit, p. 75.
[935] FRAGA GONZÁLEZ, C. (1977). *Opus cit.*, p. 48.

ubicación en la urbe[936]. A estas taras, se les une el considerable tamaño del inmueble y el uso de la ventilación natural como forma de movilización del aire, realizado tan solo por medio de los vanos abiertos al exterior y a los patios internos, mecanismo de aireación considerablemente distante de la arquitectura hospitalaria en pabellones por circulación cubierta o subterránea que se estaba desarrollando en ese momento en Europa[937]. Esta distribución en salas, numerosos pisos (hasta un total de tres), escaleras, pasillos y corredores, eran las formas menos propicias para una correcta renovación del aire, a lo que se le unía una orientación y soleamiento defectuosos.

146. Anónimo: Interior del Hospital tras la reconstrucción
(Fuente: ACIT- Negociado de Beneficencia-caja nº 6968).

Entre 1900 y 1950 se efectúan numerosas aportaciones a este edificio que procuraron mejorar las instalaciones existentes. Por un lado, se realizaron modificaciones estructurales que buscaban adaptarse al nuevo programa funcional que, poco a poco, se fue estableciendo para solventar sus necesidades, tanto asistenciales como tecnológicas, secundarias a un aumento progresivo de la población de Santa Cruz de Tenerife. A ello se unió la incorporación de nuevas técnicas, instrumentos y aparatos

[936] Se ubica en una área poco saludables de la ciudad, como eran el Barranco de Santos en la zona del conocido «Charco de la Casona».
[937] BENEDICTO JUSTO, A (2003). *Opus cit.*, p. 169-170.

que paulatinamente se incorporaban a la «fisionomía propia de los recintos hospitalarios». El nuevo concepto de hospital precisaba un desglose por especialidades, que permitiera una asistencia más específica a los problemas y enfermedades de sus usuarios. Éstas se centraban en definir departamentos que trataran especialidades tales como la médica, la quirúrgica, la pediátrica, la obstetro-ginecológica, la psiquiátrica y la geriátrica. A lo largo de la historia de nuestro país, a semejanza de lo acaecido en el panorama internacional, se habían fundado diferentes tipos de hospitales que podían atender a la titularidad (estatales, provinciales, militares, locales,…) o a el tipo de asistencia que ofrecían (agudos, crónicos, infecciosos, monográficos como los psiquiátricos). El de Nuestra Señora de los Desamparados se enmarcaba en el primero y se convirtió progresivamente, por su carácter provincial, en el punto de referencia sanitario de máximo rango en toda la isla.

Progresivamente se había ido recomponiendo la estructura proyectada para el edificio hospitalario tras el incendio de 1888 sin haber presentado un proyecto «bien definido» para su reconstrucción. La oportunidad que brindaba tan «trascendental catástrofe» no fue aprovechada para establecer las tipologías arquitectónicas que en ese momento se estaban empleando para la construcción de hospitales, una distribución en pabellones, en sus diferentes modalidades, que daba destacada importancia a la comunicación entre las diferentes áreas del edificio, estableciendo subcategorías según la forma de conexión (ligados por circulación abierta, ligados por circulación semicubierta, ligados por circulación cubierta o ligados por circulación subterránea) y que se emplearon para dar soluciones arquitectónicas entre el siglo XVIII y el primer tercio del siglo XX[938]. Son tres los objetivos que se establecerán para el desarrollo de las intervenciones que se efectuarán en el edificio del centro hospitalario capitalino: el tratamiento de las aguas, tanto blancas como negras, así como el de los residuos hospitalarios; el desarrollo y organización del área quirúrgica junto con la incorporación de tecnología y adaptación del edificio para acogerla; y, por último, la progresiva ampliación del inmueble para asumir su categoría de provincial y lograr una asistencia sanitaria que llegara a la creciente población de la Isla.

[938] El primer edificio construido con esta tipología fue el *hospital de San Bartolomé* de Londres (1730). En el primer tercio del siglo XX, convivió con la tipología denominada monobloque.

Santa Cruz de Tenerife mostraba un crecimiento demográfico considerable, pasando de los 35.055 habitantes en 1900 a los 52.698 en 1920, lo que llevaba a que se precisara de mayores recursos sanitarios y asistenciales que atendieran a las necesidades poblacionales[939]. Los trabajos para la ampliación del edificio perduraron durante años, adquiriendo la Corporación insular solares para lograr tal proyecto. Hasta el año 1919 no se proyectó la ampliación del recinto hospitalario, para lo que paulatinamente se adquirieron propiedades y solares colindantes de la calle San Sebastián. El arquitecto Antonio Pintor se decantó por modelos decimonónicos de crujías paralelas entre sí y perpendiculares al eje rector. En lo referente a su distribución, la capilla fue desplazada al ala oeste, perdiendo el protagonismo que durante siglos había poseído por su carácter de fundación eclesiástica[940]. La Administración, preocupada por lograr un hospital que se ajustara a las demandas asistenciales, procuraba aportar el espacio preciso para la ampliación del centro sanitario, por lo que el 31 de agosto de 1923, bajo la presidencia accidental de Antonio Toribio Valle, se adquirió una casa ubicada en el número 18 de la calle San Sebastián, de 166,50 metros cuadrados, por un valor de 5.000 pesetas[941]. Al año siguiente, el 16 de abril, se procedió a la demolición de la casa, junto a los números 2, 4 y 20, todas ellas en la citada calle,

[939] Instituto Canario de Estadística (ISTAC): http://www2.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-web/menu.do?path=/02010/C00025A/P0001&file=pcaxis&type=pcaxis

[940] La nueva ubicación era poco habitual en este tipo de construcciones que disponían estas dependencias en el centro del recinto como referente para todos los asilados y con un mensaje claro, «la curación por medio de la salvación en Dios». Esta disposición había sido una constante en el desarrollo arquitectónico del edificio hospitalario desde la época renaciente, como ocurre tanto en el *Hospital de las Cinco Llagas* en Sevilla como en el *Hospital Real de Santiago de Compostela*, donde en el primero su iglesia, colocada en el centro de la fundación, se disponía con una altura superior con respecto al resto de la construcción, lo que enfatizaba la importancia de éste; en el segundo, la capilla fue dispuesta en la confluencia de los tres brazos de la «T», lo que correspondería al centro del edificio, propuesta efectuada por Enrique de Egas para la planta del edificio. Esta zona donde había estado el antiguo oratorio desde su fundación fue destinada a otras actividades distintas a las eclesiásticas como fueron los servicios centrales, lo que indicaba la presencia de un cambio de mentalidad que comenzaba a gestarse en el territorio insular, y que otorgaba a la ciencia y la medicina el protagonismo que hasta la fecha había asumido la fe católica.

[941] Sus propietarios eran: Narciso Barrera Vizcaíno; Marina Barrera Vizcaíno; Flora Castro y Torres como representante legal de sus menores hijos Antonio, Tomás, Miguel y Florencio Barrera y Castro; y Dimas Expósito en concepto de heredero de su esposa María Barrera Vizcaíno.

con el mismo fin y que años antes se habían comprado para el aumento de la superficie del establecimiento.[942]

Progresivamente, el nuevo edificio se fue acomodando a las nuevas necesidades que tanto asistencial como tecnológicamente se fueron generando. El Estatuto provincial de 20 de marzo de 1925, promovido por el Director General de la Administración José Calvo Sotelo, obligaba a efectuar una serie de modificaciones en el recinto hospitalario, de las que era responsable la Corporación insular[943]. La Diputación provincial, considerada «inútil» desde su nacimiento[944], realizó intervenciones orientadas a que el Hospital pudiera asumir las competencias asistenciales correspondientes a un establecimiento provincial: la demolición y construcción de tabiques en la planta baja del edificio primitivo y pabellones; en los primeros pisos, construcción de una terraza en el departamento de Cuna de Expósitos, para facilitar las sesiones de fototerapia; en los segundos pisos, modificación de la distribución proyectada y galería cubierta en el tercer pabellón en proyecto; en el tercer piso del pabellón central, cambio de la distribución para establecer en él los servicios generales y administrativos; una prolongación de la escalera central frente al segundo pabellón, en construcción, hasta el último piso de dicho pabellón; sala de operaciones, debidamente cubierta; y construcción de locales para albergar la sala mortuoria, estufa y horno crematorio en el costado oeste de la huerta donde estaba instalado el Instituto de Higiene. En junio de 1929, tras la elaboración del debido proyecto, se efectuaron las

[942] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6962; expediente nº 7 y 86.
Tras el fallecimiento el 12 de diciembre de 1928 de Isabel de los Ríos y Gutiérrez, mediante testamento otorgado el 11 de febrero de 1925 ante el Notario Antonio Ríonegro y Díez, el patrimonio de la Institución aumenta con la donación efectuada por esta señora, que entrega una casa en el nº 18 de la calle Progreso, *…pero con la obligación de que con cargo a la renta de dicha casa se diga una Misa en cada uno de los Altares de la Iglesia Matriz de Nuestra Señora de la Concepción, de esta Capital, todos los años en el mismo día del mes en que su fallecimiento haya ocurrido, y, además, una Misa todos los años el día de San Buenaventura y otro el día de San Francisco, en memoria de sus padres…* La cantidad se estipuló en 2750 pesetas para el pago del encargo de la difunta.
[943] GIL MARÍN, J.C. *Codex Canariensis. Compilación de los documentos constitutivos del hecho diferencial archipielágico*. Madrid: Cultiva Comunicaciones, S.L., 2009, p. 86.
El Cabildo Insular tenía la responsable de las competencias en materia de sanidad y beneficencia como se estipulaba en el artículo número 5 apartado c) de la Ley Constitutiva de los Cabildos Insulares de 11 de julio de 1912.
[944] GALVÁN RODRÍGUEZ, E. *El origen de la autonomía Canaria. Historia de una Diputación provincial (1813-1925)*. Madrid: MAP, 1995, p. 153.

modificaciones por parte del arquitecto Antonio Pintor, en relación a la «nueva escalera», proponiendo su prolongación hasta la altura del tercer piso el pabellón central, lo que proporcionaba a esta crujía un acceso adecuado a la última planta y la incorporación de estas dependencias.[945]

Las obras de ampliación y remodelación del edificio se fueron desarrollando paulatinamente, con pequeños contratiempos que se subsanaban sobre la marcha. La Comisión Permanente de la Presidencia, en agosto de 1925, decidió solicitar un proyecto y presupuesto para la *reforma del pabellón central de los cinco que componían la ampliación de los Establecimientos de Beneficencia*. Para el proyecto se definieron una serie de requisitos que procuraban dar uniformidad al edificio para lograr una solución que favoreciera la comunicación de los diferentes pabellones: *a).= Pabellón central; b).= Enlace del pabellón central con el que hoy está en construcción; c).= Unión de los pabellones con la parte vieja del edificio; d).= Terminación completa del patio que queda entre ambos pabellones para que preste servicios mientras no se construyan los pabellones intermedios*[946]. Con la reforma de esta zona, y una vez trasladada la capilla al lateral oeste del edificio, en esta ubicación se planteó colocar los servicios centrales junto a los administrativos. El proyecto y presupuesto elaborado por el arquitecto Antonio Pintor, ascendió a 151.810,54 pesetas, el cual fue ejecutado por el destajista Manuel Padrón Sosa.[947]

La elevada tasa de mortalidad por tuberculosis en Santa Cruz de Tenerife durante el primer cuarto del siglo XX (1900-1925), presentaba valores considerablemente elevados, un 2,31 ‰, frente al 1,68 ‰ que se atribuía al territorio nacional[948]. Esta situación obligó a que la Comisión Permanente de la Corporación insular, a instancias del médico Castelo Gómez, acordara la construcción en el Hospital de un dispensario antituberculoso el 26 de enero de 1926, ateniéndose a lo establecido en el Estatuto Provincial en el artículo 126 caso B), que buscaba el empleo y reorganización de los

[945] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 156.
[946] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 14, p. 3.
[947] *Ibidem*, p. 16-17.
[948] CERVIÁ CABRERA, T. *Estudio sobre la epidemiología antituberculosa en Santa Cruz de Tenerife*. Tesis Doctoral dedicada al Dr. Juan Negrín López y al Dr. Francisco Rozabal Farnés. Madrid: Universidad Central de Madrid, 1936, p. 19-20.

departamentos y servicios ya existentes. El nuevo departamento procuraba prestar asistencia a los tísicos incluyendo los siguientes servicios: *una consulta pública destinada a pretuberculosos y tuberculosos pobres; una sala de aislamiento para los que padezcan enfermedades infecciosas; una instalación radiográfica y radioterapéutica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer; una sala de hospitalización de prostitutas enfermas; un consultorio público gratuito de enfermedades venéreas; y un servicio de puericultura también público*.

147. Anónimo: Pabellón en construcción del Hospital Civil (ca. 1929).

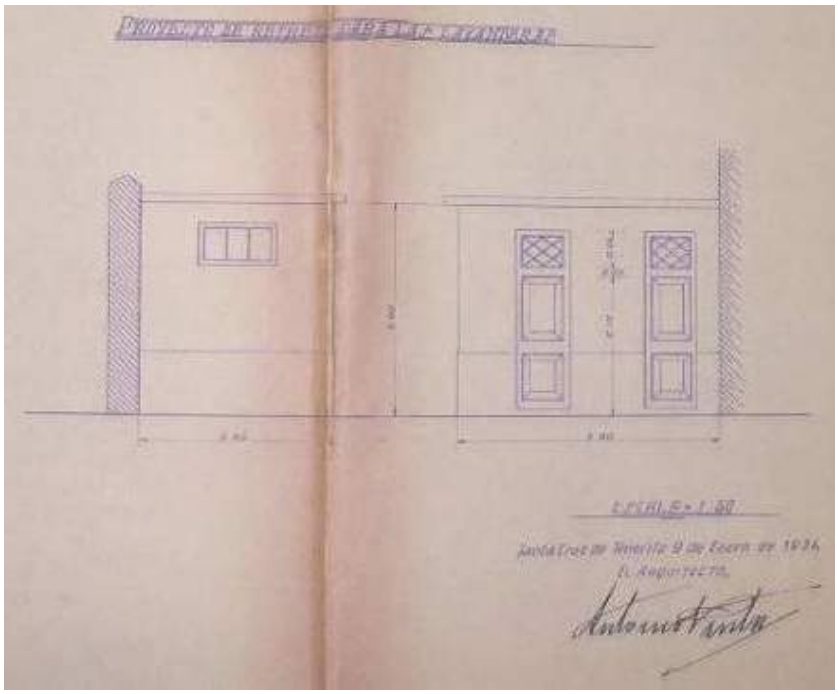
El proyecto de instalar en el centro el dispensario antituberculoso fue frenado por el Médico Director del Hospital, Luis García Ramos, quien estimaba necesaria la conclusión de las obras que se estaban ejecutándose en ese momento. Tras un estudio detallado de la situación del Centro, se decidió priorizar aquellas intervenciones que consideraban de mayor necesidad, tales como: la sala de aislamiento para los enfermos infecciosos, ubicándola en la *Sala de San Antonio*, situando en el patio para infecciosos a los hombres, y en la de *San Juan*, en igual sitio para tuberculosos, dejando el tercer piso del pabellón número tres para las mujeres; la instalación radiográfica y radioterapéutica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer se ubicará en *el primer piso del primitivo edificio,* situación acordada en el expediente número 219 del Negociado de Beneficencia y Sanidad del año 1928; la sala de hospitalización de prostitutas enfermas se decidió colocar en el primer piso del tercer pabellón, con 14 camas, dos W.C., dos baños, cuarto de curas y despacho médico, junto al consultorio público gratuito de enfermedades

venéreas en el que se propuso como médico honorario y gratuito a Gumersindo Robayna[949]. La tuberculosis proseguía con su diseminación infectando a un considerable número de población. Pese a que la tasa de mortalidad había disminuido considerablemente, en 1934 era de 1,55 ‰, frente al máximo registrado en 1908 de 2,94 ‰, el creciente número de tísicos carentes de dispositivos adecuados para acogerlos, llevó a que, en agosto de 1935, se procediera a realizar pequeñas reformas provisionales que iban dirigidas a las Salas del servicio de enfermas tuberculosas, queriéndose transformar un habitáculo en el que anteriormente había alojado el servicio de esterilización y anestesia.[950]

Tanto la eliminación como el suministro de agua fue uno de los problemas que durante el primer tercio del siglo XX se procuró buscar la solución más idónea. Las características del establecimiento hospitalario unidas a la actividad que se desarrollaba en él, obligaban a tener agua disponible en todo momento. En ocasiones había quedado desprovisto de suministro el Hospital por causas muy variadas, situación que se procuró subsanar encargando un proyecto de instalación de tubería y depósitos de agua[951] al arquitecto Antonio Pintor y Ocete, el 25 de agosto de 1932. El problema del suministro se había procurado solventar con la instalación de dos depósitos de agua en la azotea del edificio[952] en abril de 1929. El proyecto destinado a la canalización de agua que debía llegar a los cuatro depósitos ubicados en el techo del centro sanitario, debían partir del servicio público de aguas de la calle San Sebastián. Para la canalización se presupuestaron 716,08 pesetas confiando el encargo al destajista Francisco García Martín, mientras que la instalación de los depósitos de agua se le hizo a Indalecio

[949] Dispensario que años más tarde se decidirá reubicar, fundando un sifilicomio en la calle San Sebastián por su proximidad a los prostíbulos de la ciudad.
[950] Instalando en éste un cuarto de aseo (baño, ducha, bidet, lavabo, etc.), para el uso de las expresadas enfermas y una sala anexa para enfermas distinguidas. El proyecto fue ejecutado por Indalecio Barbuzano Díaz por un importe total del presupuesto de 1.468 pesetas y 25 céntimos, cargado al Capítulo 11, artículo 9º del vigente presupuesto, cuyas obras fueron entregadas en el mes de octubre.
[951] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 317-318.
[952] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6962; expediente nº 110. El proyecto también fue diseñado por el arquitecto Antonio Pintor y Ocete y se presupuestó la cantidad de 3.479,69 pesetas.

Barbuzano Díaz por el precio de 2.193,25 pesetas[953]. Con respecto a los trabajos de fontanería efectuada, se *instalaron en cada una de las dos azoteas de los dos nuevos pabellones de los Asilos de la Capital seis depósitos cilíndricos de hierro galvanizado y de cuatrocientos litros cada uno, montados sobre vigas de hierro; instalación en el patio central de un contador, desde el cual partirán dos ramales de tubería de una pulgada para alimentar los depósitos; además del mismo patio se colocarán otros dos ramales con llaves de manguera de una pulgada; los servicios de agua a ambos pabellones serán completamente independientes y con tubería de una pulgada y cuarto; a la entrada de la tubería de cada departamento se colocará una llave de paso de una pulgada que servirá en caso de avería…; cada depósito llevará una tapa de plancha de hierro galvanizado; la toma de agua para el contador se hará en la nueva acometida que para el servicio de incendios ha de hacerse por la calle de San Sebastián; en las obras de instalación de que se trata, no se comprende la parte de albañilería*. En junio de 1933, la obra quedó completamente terminada.[954]



148. Proyecto de lavadero (ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7183; expediente nº 73).

[953] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 13; Beneficencia y Sanidad; p. 118-119.
[954] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6988; expediente nº 230.

Así como se había puesto interés en las aguas blancas, se le dio igual importancia, como ya se ha comentado, a las aguas negras. No solo existe una preocupación considerable por el edificio, sino por el entorno en el que se encontraba inmerso. Independientemente del presupuesto fijado para la ampliación del Centro, en septiembre de 1927, se precisó habilitar otra partida adicional para las obras a ejecutar en la alcantarilla de ambos pabellones, el 1º y 2º, cuyo importe ascendió a 1.551 pesetas[955]. Desde hacía tiempo, los residuos y aguas fecales eran vertidos al barranco y depositándose en el charco que se formaba al unirse las aguas de correntía con las procedentes de la pleamares, lo que ocasionaba una situación considerablemente insalubre. Posteriormente, el 7 de junio de 1933, se aprobó la dotación de alcantarillado para el resto del Hospital mediante proyecto realizado por el arquitecto Antonio Pintor, con lo que se dejaba inoperante definitivamente la fosa séptica existente[956]. Para su ejecución, el Ayuntamiento de la capital autorizó las obras el 15 de septiembre del mismo año[957], pese a que desde marzo de 1929 ya se había solicitado realizar esta intervención que conllevaba el tendido hasta la alcantarilla en la calle San Carlos, a lo que el Ayuntamiento dio su permiso estableciéndole una serie de indicaciones que evitaran la obstrucción de ésta[958]. La inquietud que se había generado por conseguir una adecuada eliminación de las aguas fecales se prolongó a la del tratamiento de los residuos sólidos que se producían, que en ese momento eran abandonados en diversas zonas poco transitadas o en la costa, para que el mar con las pleamares los hiciera

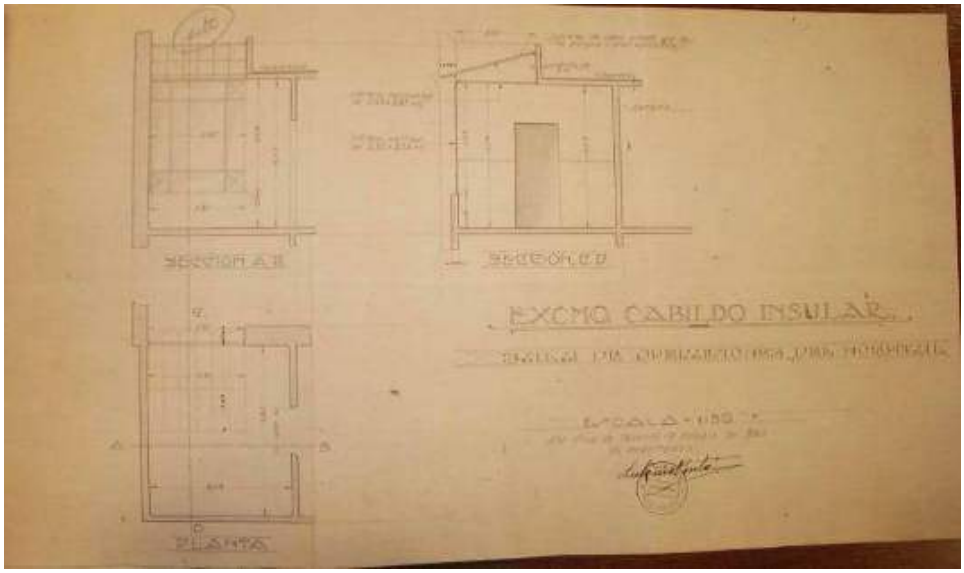
[955] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 14, p. 42-54.
Al mes siguiente, en octubre de 1927, todas las obras que se ejecutaban en el establecimiento fueron suspendidas ante la precaria situación económica de la Corporación Insular que buscaba una forma lógica de concluir el año presupuestario. Iniciándose el siguiente año, fueron retomadas nuevamente, poniendo énfasis en las directrices establecidas por la Junta Rectora que se centraron básicamente en la forma de pago de la obra en ejecución.
[956] *Ibidem*, p. 216.
Se presupuestó la cantidad de 5.198,35 pesetas para la realización de la obra.
[957] *Ibidem*, p. 316.
[958] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6975; expediente nº 382.
… Dada la importancia del edificio al que se refiere y a que será imposible evitar que los desagües del mismo lleven materias, como algodones, trapos, etc., que obstruirán forzosamente la acometida con los consiguientes perjuicios para el Establecimiento y para la higiene creo muy conveniente que al hacer el acople a la alcantarilla coloquen un pequeño depósito-registro antes del empalme de la arquilla que haga que los materiales que puedan entorpecer el desagüe se decanten y deshagan, pudiendo servir al mismo tiempo para la limpieza en caso de obstrucción en la red de evacuación del mismo… El importe de la obra fue de 9.162,35 pesetas.

desaparecer. La ciudad de Santa Cruz carecía de dispositivos que procesaran o custodiaran estos desechos, lo que llevó a que la Corporación insular se viera en la necesidad de dotar al Establecimiento con un horno crematorio que destruyera, mediante la incineración, los desperdicios resultantes de las curas y demás actividades sanitarias.

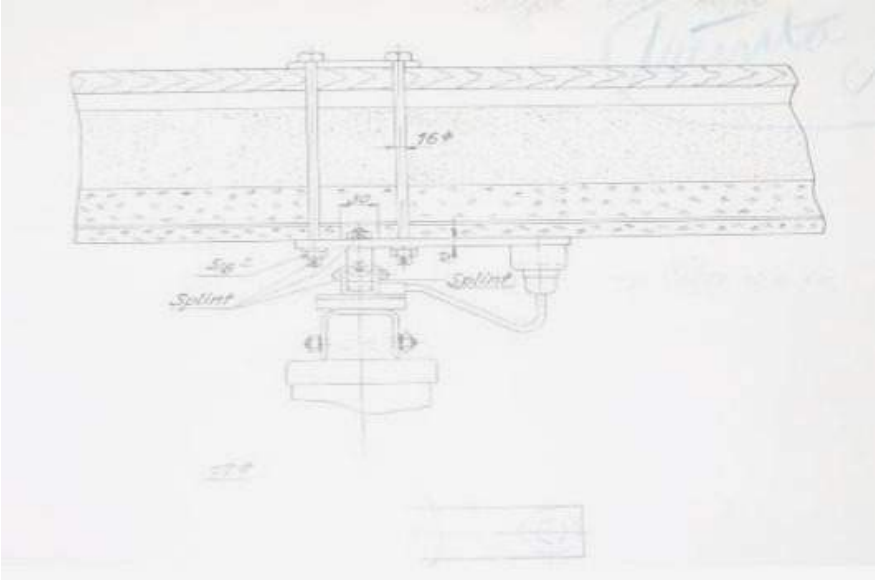
Con el paso de los años, la zona más antigua del establecimiento comenzó a presentar problemas, que básicamente se centraban en lo obsoleto del sistema de fontanería, tanto de abastecimiento como de desagüe. En marzo de 1939, se efectuaron obras de reforma en la Sala de Desamparados, proyectadas por el arquitecto José Enrique Marrero Regalado y ejecutadas por el contratista Indalecio Barbuzano y José Padrón Afonso, cuyo coste suponía un importe de 1.726,15 pesetas[959]. Esta primera fase, se vio seguida por otra que pretendía instalar una conducción única destinada a evacuar las aguas blancas y negras, acoplándose al colector general o alcantarilla de la Avenida Marítima. La obra, proyectada en agosto de 1939 por el arquitecto Tomás Machado Méndez, buscaba un objetivo bien definido que se centraba en la protección del entorno del centro sanitario: *estando en la actualidad en los dos patios anteriores desaguando en el Barranco de «Santos» y como a diario se friegan con jabón y baldean, resulta de un efecto deplorable y antihigiénico el de ver discurrir en pleno verano por el mencionado Barranco estas aguas residuales; como por otro lado no hay posibilidad, actualmente, de poner servicios sanitarios en la planta baja del Hospital y en los locales de oficinas, secretaría, despachos médicos, sala primera y segunda, médico de guardia y sala tercera y cuarta, por estar la alcantarilla existente, que para por los patios posteriores, a un nivel superior de los locales antes mencionada*[960]. Se pretendía excavar hasta obtener la rasante de la alcantarilla, realizar su conexión instalando un forjado de tres pozos de acople y desvío con tapas de fundición de 0,70 metros y el relleno de la zanja resultante junto a la colocación de los adoquines ya existentes. La partida que se dispuso para tal fin ascendía a la cantidad de 4.704,84 pesetas, cuyo destajo fue

[959] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; Oficios y escritos que no figuran en expedientes.
[960] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7044; expediente nº 66.

efectuado por el contratista José Padrón Afonso. En septiembre de 1939 las obras estaban finalizadas y entregadas.[961]



149. Proyecto de terminación de las obras de la sala de operaciones quirúrgicas.
(ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6982; expediente nº 40).



150. Adquisición de una lámpara Pantophos para la Sala de Operaciones.
(ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6988; expediente nº 119).

[961] Ibidem.

Escalonadamente se fueron incorporando a los centros sanitarios una serie de productos empleados en el cuidado de la salud, cuyas competencias radicaban en el diagnóstico, la vigilancia o el tratamiento de cada enfermedad que pudiera afectar a los seres humanos. Estas innovadoras tecnologías, que aglutinaban a la ciencia y la técnica, mejoraban la calidad asistencial y los resultados, empleando como herramientas el diagnóstico precoz que ayudaba al empleo del tratamiento más idóneo y menos invasivo proporcionando una mayor calidad de vida. Los hospitales, a medida que se efectuaban nuevos descubrimientos, iban incorporando a su cartera de servicios, técnicas y tratamientos que ayudaban a la pronta recuperación de los individuos. Una de las primeras utilizaciones de los progresos tecnológicos dentro del edificio hospitalario capitalino se materializó en la instalación eléctrica en el primer pabellón del edificio hospitalario pese a que desde finales del siglo XIX se le había dado uso doméstico en las casas, y público con la iluminación de las calles[962]. Pese a que la electricidad ya había llegado a la ciudad de Santa Cruz de Tenerife desde 1897, no es hasta 1926 cuando se decide instalarlo en el Centro, lo que permitía la incorporación de herramientas de diagnóstico que entre otras cosas precisaban de esta energía para su funcionamiento. La instauración de este sistema fue confiada a Gregorio García por un total de 945,40 pesetas[963]. Posteriormente Andrés García ofertó a la Corporación un presupuesto de menor cuantía, un total de 711,75 pesetas, situación que llevó a que el 18 de octubre de 1926 se le encargara la terminación del piso principal al primero y el resto del pabellón al segundo[964]. El 15 de noviembre de 1930 se aprueba el presupuesto presentado por la Casa Siemens Industria Eléctrica por valor de 744 pesetas, para la instalación de las distintas ampliaciones de alumbrado a realizar en el segundo pabellón en construcción de este hospital, facultando al Presidente del Cabildo *a gestionar que la toma de*

[962] CABRERA ARMAS, L.G.; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, J. F. *UNELCO. Historia de la Electricidad en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: UNELCO, 1988, p. 25-39.
La electricidad llega por primera vez a Canarias en 1893 a la ciudad de Santa Cruz de La Palma, para posteriormente, al año siguiente, hacer su entrada en la isla de Tenerife por la villa de La Orotava. A la capital, a Santa Cruz de Tenerife, llegó más tardíamente ante la falta de apoyo popular, lo que hizo que la electrificación de la ciudad no se culminara hasta el 7 de noviembre de 1897.
[963] El desglose de la cantidad total era la siguiente: 197 pesetas y 5 céntimos por el salón alto; 292 pesetas y 55 céntimos por la correspondiente a los baños y retretes; y 455 pesetas y 80 céntimos por el pasillo.
[964] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6962; expediente nº 114.

corriente se efectúe de una acometida distinta a la que hoy existe (…) y para adquirir si fuera conveniente, un nuevo contador especialmente destinado a este servicio.[965]

Una de las primeras actuaciones fue la creación de un habitáculo destinado a la esterilización del material. Se solicitó al arquitecto Antonio Pintor la confección de sendos presupuesto y proyecto, para dotar al edificio de una sala para la estufa, a lo que se unió el del depósito de cadáveres y lavadero. Mientras el primero mantenía el quirófano operativo, el segundo aislaba y custodiaba a los enfermos fallecidos, y el último proporcionaba ropa limpia para las salas, tanto de hospitalización como quirúrgicas. Las obras fueron adjudicadas a Francisco Padrón Marrero en marzo de 1935 por un importe total de 18.840,57 pesetas, siendo recibidas en mayo de 1938 por el arquitecto Marrero Regalado.[966]En el mes de diciembre de 1928, el arquitecto Antonio Pintor remite a la *Corporación Insular los planos y presupuesto para la conclusión de las obras de* construcción de una sala de operaciones[967], que posteriormente, el 17 de enero de 1931, fue modificado atendiendo a las directrices establecidas por el Médico-Director, aplicar a las obras de la sala de operaciones unas determinadas características que abordaban temas como los materiales, dotación, formas y distribución del habitáculo, y entre las que se incluían la preparación de un dispositivo que permitiera a alumnos visualizar las intervenciones realizadas: *a) La puerta que da acceso a la Sala de operaciones aséptica debe instalarse en forma tal que no existan ángulos o lugares donde se deposite el polvo, sin montante, con cristales en toda su extensión y bisagras que permitan abrirla en un sentido o en otro; b) En el costado Norte de dicha Sala debe abrirse un ventanal a la altura y medida convenientes, para que puedan ser presenciadas las operaciones, sin necesidad de entrar en la Sala; c) El color del piso, así como el de los azulejos y estucado de las paredes debe ser gris, verde u otro tono claro; d) A la sala séptica debe dotársele de desagüe desaparecer los ángulos de las paredes; Los huecos de las ventanas deben ser cubiertos con cristal deslumbrado, provisto de ventanillos que*

[965] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 10; Beneficencia y Sanidad; p. 109.
[966] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº7087; expediente nº 407.
[967] *Ibidem*, p. 132-133.
Se estableció un presupuesto que ascendía a 3.569,41 pesetas.

permitan una adecuada y buena ventilación; La puerta de acceso a la Sala debe ser como la indicada en el inciso a).[968]

En marzo de 1931 se efectuaron modificaciones del proyecto por parte del arquitecto municipal Antonio Pintor que elevaron el presupuesto a 6.711,34 pesetas, a las que se unieron otras efectuadas en septiembre de este mismo año, adjudicando el destajo de las obras a Manuel Padrón Sosa[969]. La finalización y entrega de la obra a la Corporación insular se vería retrasada ante la carencia de material específico, ya que, como se recoge en las Actas, el contratista se había visto obligado *a pedir al Extranjero piezas curvas de azulejo por no hallarse de venta en esta plaza.* La obra fue entregada en marzo de 1932, quedando pendiente el mejoramiento de la iluminación del habitáculo[970], situación que se resolvió en septiembre de 1933 cuando se *instala alumbrado en las salas de operaciones asépticas y sépticas de los Establecimiento Insulares de Beneficencia de esta Capital,* en *virtud de su grato Oficio Nº 324 del 21 de Junio ppdo.,* ascendiendo la factura a un total de 490 pesetas[971]. La iluminación de la sala del quirófano constituyó otro reto de considerable magnitud, que se intentó paliar con mecanismos que proporcionaran luz natural al campo quirúrgico. Los sucesivos progresos tecnológicos en este campo, al que se unía la reciente instalación de electricidad en el centro, permitieron que para la nueva dependencia quirúrgica se adquiriera una «lámpara Pantophos», que presentaba *condiciones especiales inherentes a la variada actividad quirúrgica, con objeto de obtener claridad suficiente tanto en la superficie de las heridas como en la profundidad de las mismas,* y un «Pantostato», para

[968] *Ibidem*, p. 190.
[969] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6982; expediente nº 40.
Se adjudica por la cantidad de 2.881,04 pesetas siendo firmado y modificado por el Ingeniero-Director Miguel Pintor.
[970] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.* p. 79-80-170.
[971] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6981; Escritos y oficios que no figuran en expedientes.
Para la iluminación del campo operatorio, la eléctrica sustituyó a la de gas, debido a que esta última era incompatible con la anestesia por inhalación de sustancias volátiles. Fueron numerosos los tipos de lámparas que se fabricaron, como el espejo binocular de Clar diseñada para otorrinolaringología, la lámpara frontal de Horsley (1906), o los *spots* en neurocirugía. Para potenciar al alumbrado de los quirófanos, algunos de ellos incorporaron a su estructura altos ventanales de vidrio que dejaban pasar la luz como el de la Clínica Quirúrgica del Hospital de Estrasburgo de finales del siglo XIX. Además, para evitar la entrada de microorganismos, los ventanales eran continuamente regados con agua fría, a lo que se unía el aspirado del aire de la sala, realizado a distancia por medio de tuberías ubicadas tras la cortina de agua corriente.

funcionar con corriente alterna para la aplicación de galvanización, faradización y endoscopia. En lo referente a la primera, se solicitó información y presupuesto sobre diferentes modelos a la Casa Carl Zeiss de Jena en Alemania, los cuales fueron remitidos con fecha 3 de agosto de 1932. Tras el estudio y valoración que efectúan los médicos facultativos del Hospital, se procedió a la adquisición de un modelo cuyo importe ascendía a 960 pesetas[972]. Con respecto al segundo aparato, se acordó el 22 de febrero de 1933 adquirir el presentado al «concursillo» en el que José García Granados actuaba como representante de Siemens Reiniger Vaifa S. A., cuyo importe era de 415 marcos de oro, dinero que debía ser abonado en seis mensualidades[973]. Tal calidad lumínica era la que aportaba la lámpara adquirida, que en julio de 1933 se procedió a solicitar la instalación de persianas movibles en la parte exterior de la cristalera de la sala de operaciones para *evitar la acción directa de los rayos solares, así como para aprovechar completamente el efecto de iluminación de la Lámpara Pantophos.*[974]

En abril de 1932, tras la finalización de las obras en los nuevos locales del segundo pabellón destinado al *servicio de operaciones quirúrgicas* se procedió a la instalación de la sala de esterilización anexa a la de operaciones asépticas situada al norte del nuevo local, según los planos aprobados por la Comisión Permanente de 26 de junio de 1929, proponiendo la posibilidad de instalar en estas nuevas dependencias el ya existente en el Centro; pese a que la solución siempre se consideró muy interesante, ésta nunca se llevó a cabo. La Dirección facultativa estimó, tras analizar los diferentes presupuestos, que los ofertantes no habían interpretado los deseos del cuerpo directivo, por lo que el 28 de julio de 1932, se da un plazo de 15 días para una ampliación del proyecto explicando con claridad los deseos de los contratantes: *un autoclave vertical de 0,40 m., 2 id. Horizontal de 0,40 m., 2 depósitos para agua esterilizada de 75 litros cada uno, 2 lavabos y una estufa de Poupinel unida a la instalación de esterilización.* De los nuevos costes presentados, se seleccionó la *proposición A*, realizada por la casa Drapier & Fils, cuyo importe ascendía a 1.497 pesetas. El sistema de esterilización queda instalado

[972] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6988; expediente nº 119.
Al importe del Pantostato se le debe añadir 55 pesetas más en concepto de embalaje y 8,75 pesetas para el seguro.
[973] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº7001-7002; expediente nº 39.
[974] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº7001-7002; expediente nº 195.

definitivamente en mayo de 1933, tras diferentes contratiempos que se centraron en la «infidelidad» de la empresa montadora con respecto al plano originario.[975]

151. Sala de esterilización. (ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7001-7002; expediente nº 95).

Los nuevos avances en temas de microbiología, llevaron a que en mayo de 1933, se habilitaron las medidas pertinentes para realizar una intervención en la sala de operaciones del pabellón central, haciendo desaparecer el zócalo de azulejos y su revestimiento, para pintar posteriormente con esmalte blanco, así como la colocación de piso de gres cerámico por un total de 560 pesetas; además, se acordó encargar a la recientemente instalada Fábrica de Gas, la instalación del sistema de conducción para los pabellones primero y segundo por un importe de 922,90 pesetas[976]. Nuevamente, en mayo de 1939, se proyectó la ejecución de las obras para la construcción de una estufa de mayor capacidad y sala de cadáveres o mortuorio con un tamaño y condiciones que se adaptaran a las necesidades que en ese momento presentaba el Establecimiento. Las obras, diseñadas por el arquitecto Marrero Regalado, fueron adjudicadas a Francisco Padrón Marrero, quien en noviembre de este mismo año procedió a la entrega de las

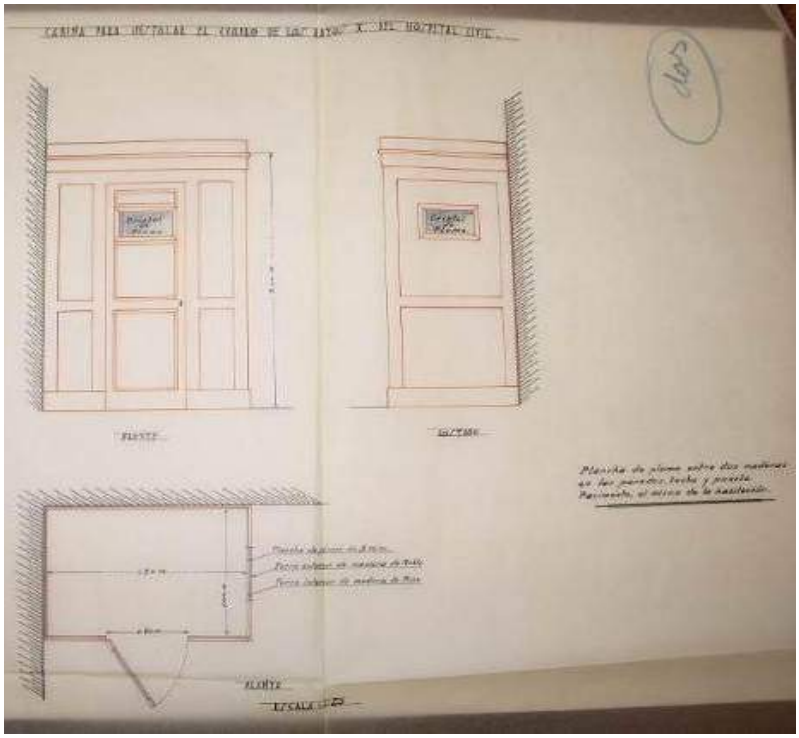
[975] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7001-7002; expediente nº 95.
[976] *Ibidem*, p. 246-247.

obras a la Corporación insular[977]. Paralelamente a la creación de la sala de operaciones fue preciso crear un local que albergara maquinaria que destruyera todos aquellos desperdicios procedentes de las intervenciones quirúrgicas, situación que a la que se le había procurado dar solución años atrás sin éxito. Según recoge el Acta de la Sesión Ordinaria de la Corporación insular, fechada el 4 de enero de 1932, anexo al Centro, se propuso y acordó la construcción de un local destinado a la quema de algodón, gasas y demás residuos procedentes de la actividad asistencial, adquiriéndose para su instalación un horno tipo «Holofall» modelo número dos suministrado desde Barcelona por la casa Metzger S.A.[978]

La última intervención efectuada en el área quirúrgica en la primera mitad del siglo XX, acometida en noviembre de 1943 por el arquitecto Machado Méndez, quien redacta un presupuesto para la rehabilitación de un local en el Hospital destinado a una «nueva sala de operaciones». Esta intervención efectuada en las dependencias sanitarias supuso un gasto de 8.500 pesetas, comprendiendo: *1º Subir el zócalo de azulejos y reparar algunas piezas; 2º Cambio de repisas existentes al otro local; 3º Arreglo ventanal colocando uno metálico del tipo de los de otros Quirófanos; 4º Reforma en las puertas existente; 5º Reparaciones en los otros Quirófanos; 6º Pintura al óleo en puertas, paredes y techos*. A esta actuación, se le agregó la de instalar, con carácter urgente, un monta-camillas, obra para la que el arquitecto estableció unas 30.000 pesetas, cantidad imposible de abonar en ese momento, lo que llevó a aplazar la obra proyectada que se ejecutó con posterioridad[979]. Años más tarde, iniciándose la década de los cincuenta, se proyectó la incorporación de ascensores que permitieran la movilidad tanto del personal como de los pacientes por el recinto sanitario. Mientras que este tipo de tecnología había sido empleado desde inicios del siglo XX y fue, en cierta medida, uno de los recursos que permitió que se comenzara a emplear la tipología en monobloque, las características del edificio hospitalario capitalino, así como el

[977] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7028; expediente nº 212.
Se destinó una partida presupuestaria que ascendía a la cantidad de 2.101,71 pesetas.
[978] *Ibidem*, p. 102-58.
Se solicitaron dos unidades, una para El Hospital Civil y La otra para el Hospital de la Santísima Trinidad en La Orotava.
[979] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7084; expediente nº 32.

retraso que era habitual que sufrieran las novedades que arribaban a Canarias, fueron las causas que provocaron su tardía implantación.



152. Cabina para instalar el cuadro de los Rayos X (1933). (ACIT-Negociado de Beneficencia: caja nº 6988; expediente nº 134).

El edificio del Hospital Civil, como cualquier hospital de este momento, constituyó una estructura que precisaba de constantes adaptaciones a situaciones y necesidades cambiantes, secundarias a los avances de la ciencia que incorporaba a la práctica médica nuevas terapias y tratamientos como la radioterapia. Mientras Roentgen descubre los rayos X en 1895, el primer informe del que se tiene constancia de una curación a través de radioterapia fue en 1899, no introduciéndose en España hasta 1906 de la mano de Celedonio Calatayud, primer médico español que la emplea en la lucha contra el cáncer. Pese a ello, no es hasta 1922 cuando la Oncología se establece como disciplina médica, incorporándose este tratamiento a los servicios del Establecimiento benéfico en 1931, con la creación d el servicio de Oncología. En este mismo año, se redacta un proyecto para la creación de un búnker destinado a la sala de radioterapia en la planta baja del edificio. Esta estructura precisaba de un blindaje plomado que impidiera la salida de la radiación al exterior, pudiendo causar daños a aquellos individuos que no necesitaran esta terapia. En abril de este mismo año, se procedió a la adquisición de dos planchas de

plomo de diferentes dimensiones, una de 2,20 por 78 metros y otra de 2,20 por 40 metros, ambas con un espesor de 5 mm, para concluir con el forrado de la sala de radioterapia del Hospital. Igualmente, y en este caso para el Servicio de Radiología, se solicita el recubrimiento de la sala de Rayos X con planchas de plomo, así como cristal plomado para las ventanas de las salas[980]. El coste de esta obra corrió a cargo del capítulo undécimo, es decir, *Obras Públicas y edificios insulares*. En esta misma fecha se solicitó la adquisición del material pertinente para la conclusión de la sala de operaciones anteriormente citada[981].

A toda la intervención llevada a cabo para el servicio de radioterapia, se le unió, el 22 de marzo de 1933, la solicitud por el médico radiólogo, con carácter urgente, de la construcción de una cabina para instalar el cuadro de rayos X, con la intención de proteger y aislar de todo contacto. La cuantía de la reforma fue aportada por la empresa «Carpintería Mecánica El Puente», propiedad de Luis Zamorano Lomelino, cuyo importe ascendía a 640 pesetas sin incluir los cristales. Se aprobó por la Comisión Gestora en abril para ya en agosto de ese mismo año ser entregada[982]. La obras de albañilería que se realizaron fueron orientadas a reforzar el suelo de la sala de Rayos X, bajo la dirección del arquitecto Antonio Pintor, otorgándosele la obra a la Compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles por un importe de 1.250 pesetas. En el edificio se realizaron las siguientes intervenciones: *apertura de dos ventanillos y uno para cable; demolición de un tabique de madera, quedándose la contrata con la madera; construcción de un tabique de ladrillos huecos de 0,14 m. de espesor con sus huecos y vigas de hormigón armado para estos; encalar y enlucir con yeso el tabique construido, las ranuras del demolido y antepecho de una ventana; colocar los marcos y cristales de una cristalera y los ventanillos; colocar unos listones de madera para la colocación de una chapa de plomo (no incluyéndose la colocación de éstas) y por último la pintura al esmalte de las*

[980] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.* p. 266.
[981] *Ibidem*, p. 267-268.
[982] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6988; expediente nº 134.
Además de la cabina, se procedió a adquirir material y accesorios (equipo de irradiación según el profesor Holfelder; selector de campos, según el mismo profesor; decímetro pequeño totalizador de Hammer; tubo diagnóstico de foco lineal, tipo WG Do.; y una válvula de diagnóstico para PO-LIPHOS) a la Casa Siemens Reiniger Veiffa por un valor de 16.242 pesetas, a lo que fue preciso añadir los gastos del viaje técnico, unas 650 pesetas, más el sueldo por 15 días para el montaje, 750 pesetas, en las que no estaban incluidas obras de albañilería o carpintería.

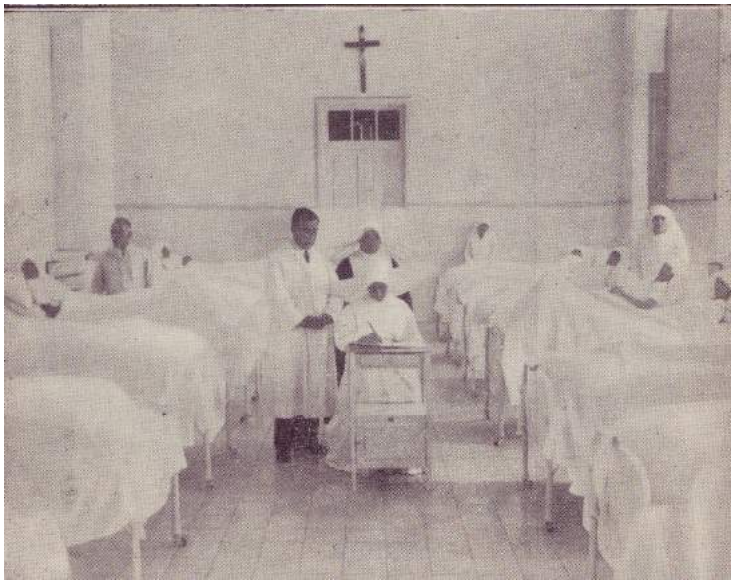
superficies enlucidas. A ellos se le unió, el desmonte del aparato de terapia ya existente, por un importe de 145 pesetas y el tendido de línea de alimentación para la Nueva Instalación de Terapia por 725 pesetas, realizadas ambas por José García Granados.[983]

El acto de dotar al Centro con los recursos materiales y técnicos que se pudiera precisar era económicamente muy elevado. Aparejado estaban las obras de construcción que suponían un considerable esfuerzo difícilmente asumible por el Cabildo insular, lo que llevó a que se planteara la gestión privada de parte del centro mediante el arrendamiento de dependencias. La propuesta, elevada por el entonces consejero de la Corporación insular Juan Rodríguez López, proponía lo que podríamos denominar como la «primera intención de privatizar la Sanidad Pública en Tenerife». El Acta recoge textualmente: *(…) Consiste, pues, mi aspiración, en llevar al ánimo de los Sres. Consejeros que constituyen este ilustre Consejo el convencimiento de que es en extremo conveniente, que al continuar la edificación de los nuevos pabellones de los Establecimientos de que me ocupo, se siga el criterio de destinar una parte a la asistencia pública gratuita y otra a la creación de una clínica, donde los médicos de toda la Isla puedan operar los enfermos pudientes, (…) y en la que queden hospitalizados hasta la solución de la enfermedad que padezcan, debiendo a tal fin establecer departamentos dotados de salas de operaciones con todos los adelantos modernos de la ciencia, con cuartos unipersonales, amueblados y provistos de cuantos elementos existan en las clínicas mejor montadas, exigiéndose el pago de estancias en la cuantía necesaria para que el paciente no carezca en absoluto de nada y contribuya al sostenimiento del asilo en general*. Tal propuesta fue desechada y archivada.[984]

Mientras tanto, las actividades orientadas a la conclusión de la ampliación del Asilo continuaban a buen ritmo. Las obras, en marzo de 1928, estaban tan adelantadas que se plantearon concluir las que estaban pendientes. Entre ellas, las del tercer pabellón y la galería, presupuestadas por el arquitecto Antonio Pintor y encargadas al destajista Manuel Padrón Sosa[985]. Hasta pasados casi cuatro años, las obras no fueron

[983] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7001-7002; expediente nº 134.
[984] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7087; expediente nº 43. Sesión de la Comisión Permanente de 20 de enero de 1927.
[985] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 14; *opus cit.*, p. 58-77.

concluidas, siendo recibidas por la Administración local el 27 de diciembre de 1931[986]. Simultáneamente a las obras del Pabellón Central, se dio comienzo a una serie de reformas de la última planta del primer Pabellón en noviembre de 1929, lugar que se destinó a albergar el paritorio. Se habilitó *una habitación para dar a luz y sala de curas e intervenciones de urgencia, así como instalación de agua, baño, retrete, fregadero y balcón contiguo a esta sala*, a lo que se unió la instalación eléctrica precisa. Las obras fueron confiadas al contratista Manuel Padrón Sosa *con la retribución del 10 por ciento de los desembolsos que ocasione en igual forma a lo acordado por la Comisión Permanente el 20 de Noviembre último*, con la finalidad de estimular la rápida conclusión del trabajo encargado.[987]



153. Anónimo: Vista parcial de la Sala de Cirugía tras las obras de ampliación (1924-29).

En el documento que remite el arquitecto a la Corporación, desglosa y detalla claramente el coste de cada una de las partes a construir: el Pabellón Central, por un importe de 67.555,26 pesetas; la Galería, por 33.976,90 pesetas; y la Escalera por 14.338,98 pesetas, lo que hace un total de 115.871,14 pesetas, a lo que se unía el presupuesto de la contrata, unas 133.251,81 pesetas.

[986] *Ibidem*, p. 137.

[987] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6988; expediente nº 167.

Estos momentos fueron años de continuas modificaciones y reestructuraciones que procuraban dar coherencia al reparto de los servicios del Asilo por las diferentes dependencias. Al año siguiente, en octubre de 1930, se realizó una reorganización de sus departamentos que modificaba considerablemente la distribución que se había propuesto cuatro años atrás: *Planta Primera, Salas del primero y segundo pabellón construidos, para Medicina general. Las del tercer pabellón de construcción, sin ejecutar, se destinará con la separación ya acordada se destinará a tuberculosos y cancerosos, pero teniendo presente que la galería proyectada para dar acceso a ella, debe emplazarse al Naciente, debiendo hacerse cerrar y abrir a voluntad, y el balaustre a mayor altura de una persona para evitar que esta clase de enfermos puedan arrojar esputos al patio; Planta segunda, La Sala del primer pabellón continuará destinada a Maternidad. Las del segundo y tercero se destinarán a Cirugía con la debida separación de séptica y aséptica; Actual Sala de Desamparados, esta Sala se dividirá con un tabique, en dos, destinándose una a infecciosas y la otra a prostitutas*[988]. El esfuerzo por intentar separar a los tuberculosos fiscalizando su contacto con otros pacientes con diferente patología o los familiares de pacientes, era una constante en los centros sanitarios. En ese momento, existía la idea de «separar y aislar a los tísicos mediante sanatorios monográficos alejados de las urbes, o la inclusión de este tipo de departamento en los hospitales provinciales», pero siempre con un máximo control en el acceso a estas dependencias. Ejemplos del primero fueron el *Sanatorio de Zonnenstraal* en Holanda, el *Sanatorio de Paimio* en Finlandia o el que años más tarde se construiría en la Isla, el *Sanatorio-Enfermería de Ofra,* que gracias a la perseverancia del Dr. Tomás Cerviá Cabrera pudo estar operativo a mediados de la década de los cuarenta del siglo XX.

Tras el cambio político ocurrido en 14 de abril de 1931 con la proclamación de la República, Marcelino Pascua asumirá la gestión de la Dirección General de Sanidad, órgano que propugnaba, entre otras cosas, la creación de una Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias, así como las Secciones de Ingeniería y Arquitectura Sanitaria, de Higiene Infantil e Higiene Social y Propaganda, y el Consejo Superior Psiquiátrico junto al Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica. La situación económica de la España republicana se vio severamente afectada por la crisis económica mundial de 1929, que

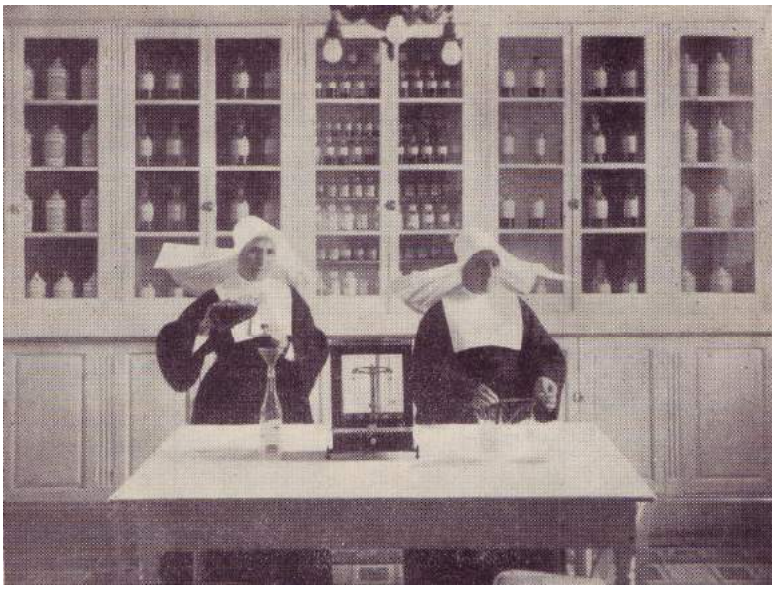
[988] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº7182; expediente nº 124.

produjo una disminución considerable de la producción minera, unida a un estancamiento de la industria textil y siderúrgica. La alta tasa de desempleo constituyó uno de los elementos dominantes del panorama social entre 1931 y 1936. Los nuevos gestores asignados a los diferentes órganos de gobierno efectuaron, en junio de este mismo año, modificaciones en el edificio orientadas a favorecer a aquellos grupos más «desfavorecidos socialmente», buscando, ante todo, una adaptación a las necesidades asistenciales que se pudieran presentar: *1.- Que del gabinete de aseo que hay entre la Sala de Desamparados y la galería de la parte nueva se separa por un tabique la que ocupan el baño y el W.C., que se adicionarán a la Sala contigua abriendo una puerta de comunicación; 2.- Que en el resto de este local se suprima la cocinilla que existe y se coloque en el un baño y un W.C.; 3.- Que se sustituya el piso de la Sala de Desamparados por otro de hierro y cemento y se le ponga pavimento de mosaico o de mármol; 4.- Que en la dicha Sala se distribuya: A.- Un salón capaz para cinco o seis camas destinadas a las enfermas prostitutas no infecciosas ni contagiosas, B.- Un cuarto de curaciones, C.- Una salita para dos camas de enfermas prostitutas contagiosas; 5.- Que el resto de una Sala se destine a infecciosas, abriéndole puerta a la galería*. Para la ejecución de las obras en el Gabinete de aseo, piso de la Sala de Desamparados y Distribución de la Sala se habilitó la cantidad de 9.354 pesetas y 30 céntimos (723,60 pesetas, 7.346,15 pesetas y 1.284,55 pesetas correlativamente). Pese a la fuerza con que se tomó el proyecto, todavía en octubre de 1932, no se habían concluido las obras estipuladas, como da cuenta la Inspección Provincial de Sanidad en su informe. Ante esta queja, la Corporación Insular encarga a Francisco García Martín, en noviembre de 1932, la ejecución urgente de las obras por un importe de 12.168 pesetas y 52 céntimos.[989]

Los cambios y reformas acometidas en la Sala de Desamparados llevaron a que nuevamente se propusiera una nueva organización de los servicios y departamentos del Hospital en abril de 1933: *1º.- La Sala nº3 que era destinada a enfermos de Preferencia se ha convertido en habitación para el servicio de Médicos de guardia; 2º.- La Sala nº5 que era utilizada para el servicio de infecciosos, se ha destinado a cuarto de curas de los servicios de cirugía de los Dres. García Ramos y Gabarda; 3º.- La Sala nº6 que era destinada a enfermos distinguidos se ha unido a la antes llamada de San Pedro haciendo*

[989] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 156, *opus cit.*, p. 56-62.

desaparecer el tabique que las dividía, surgiendo una nueva Sala que se destina al Servicio de cirugía a cargo del Dr. García Ramos; 4º.- La Sala nº7 que se dedicaba al servicio anterior, se destinará al servicio de infecciosos; 5º.- Las Salas que ocupaba el Dispensario Antivenéreo se destinan a alojamiento de enfermos distinguidos[990]. Al igual que lo ocurrido años atrás, el contratista al que se confió la conclusión de las obras, Francisco García Martín, todavía en agosto de 1936 no las había finalizado, situación que obligó a que tanto el proyecto como el presupuesto fueran revisados por el arquitecto Marrero Regalado[991]. En octubre de 1936 se procedió a la elaboración del presupuesto de las Salas nº 8 y nº 9, encargo realizado al mismo arquitecto, quien estableció para su ejecución un importe de 1.735,12 pesetas.[992]



154. Anónimo: Botica del Hospital Civil (ca. 1929).

Progresivamente, se fueron sustituyendo elementos arquitectónicos empleados en modelos precedentes por otros más sofisticados y actualizados, que se incorporaban con relativo retraso. El incendio de 1888 había quedado impreso en la mente de los isleños, que vieron como en pocas horas el edificio del Hospital había quedado prácticamente arrasado. Esta situación llevó a que, entre 1927 y 1928, se decidiera

[990] *Ibidem*.
[991] *Ibidem*, p. 175.
[992] *Ibidem,* p. 186.

sustituir todos los pisos y vigas de madera, por otros de materia incombustible, así como las escaleras, levantando el último piso del Edificio antiguo a la altura del de los nuevos pabellones, por lo que se encargó al arquitecto Antonio Pintor la redacción de un proyecto y presupuesto, el cual no solo incluía los establecimientos benéficos de la Capital, sino la construcción de un cuerpo alto sobre la crujía central del edificio, en el que se instalarían los lavaderos, baños y lavabos necesarios para el Asilo[993]. El mal estado del piso de madera de la sala de la Enfermería de hombre, llevó a que se tomara la decisión de sustituirlo por mosaicos, al igual que lo que se venía realizando en las Salas restantes de este Departamento. Este tipo de material empleado para el recubrimiento del suelo, se consideraba como un material que no favorecía la transmisión de enfermedades y que permitía, con una mayor facilidad, su limpieza. La obra fue encargada al contratista Sinesio González por un total de 3.674,40 pesetas[994]. Ante la situación económica que en ese momento se vive en la Isla, la Corporación Insular decide realizar tan solo actuaciones en la crujía sur y el cuerpo alto sobre la crujía central, presupuestando para el primero 13.544,26 pesetas, y para el segundo un total de 32.384,80 pesetas; la licitación pública fue ganada por el destajista Manuel Padrón Sosa[995]. En diciembre del año siguiente se decidió ampliar estas intervenciones a la Enfermería de Hermanas y al comedor de asilados en la Casa de Huérfanos, presupuestándose un total de 10.379,99 pesetas cuyo destajo los ejecutó también Manuel Padrón.[996]

A estas obras se unió la terminación de las que, en noviembre de este mismo año, se estaban realizando en la cocina del centro. El «departamento culinario» fue siempre considerado, desde el Medievo, de considerable importancia por las propiedades de los alimentos, que aunque se desconocían los mecanismos, empíricamente se había comprobado que favorecían la recuperación de los enfermos asilados. Las obras procuraban modernizar medianamente la cocina con la incorporación de elementos que

[993] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 120; p. 7.
[994] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6962; expediente nº 107.
El desglose del presupuesto emitido en mayo de 1927 era: *Sala de San Idelfonso*, 1.246 pesetas; *Sala de San Eduardo*, 542 pesetas; *Sala de San Vicente*, 698,80 pesetas; *Sala de San Juan*, 630 pesetas; y *Sala de Jesús*, 558 pesetas)
[995] *Ibidem,* p. 10-39.
[996] *Ibidem,* p. 41-58.

ayudaran a la preparación de las dietas de los pacientes ingresados. Para realizar el encargo, se depositó la confianza en el contratista Manuel Padrón Sosa por un montante de 5.877,36 pesetas[997], concluyéndose en diciembre con la instalación de una cocina de hierro por el contratista Alejandro Chinea[998]. Iniciándose la década de los cuarenta se proyectó la adquisición e instalación de una cámara frigorífica para la conservación tanto de alimentos como de fármacos. Con esta incorporación al mobiliario de la cocina, se garantizaba no solo el suministro de alimentos en grandes cantidades, sino que se garantizaba la conservación de éstos. La instalación de dicha cámara frigorífica, corrió por cuenta del suministrador, Diego Vega Sarmiento, por la que cobró unas 4.925 pesetas. Su instalación requería de una adaptación del espacio que implicaba trabajos de carpintería y albañilería. Este encargo fue realizado por José Padrón Afonso, al que se le abonó la cantidad de 8.096 pesetas y 50 céntimos. El frigorífico fue ubicado en *una habitación contigua a la actual despensa de este Centro, situada en el patio existente entre el 2º y 3º pabellón,* estando concluida la obra en junio de 1943.[999]

El edificio era un inmueble heredado del siglo XIX al que tanto el paso del tiempo como el uso que se le daba hacían «mella en su estructura» y los materiales que lo componían. Esta situación obligaba a efectuar pequeñas obras de mantenimiento, unidas a las que se realizaban para la ampliación del edificio, que buscaban no solo una imagen aceptable de la Institución, sino su perdurabilidad para proseguir con la actividad asistencial que se prestaba. Ejemplo de ello son las obras de reforma que se encargan para el departamento de hombres y el departamento de niñas. En 1927, en las dependencias destinadas a los hombres, se llevaron a cabo, por el contratista Manuel Padrón Sosa, la reforma de los baños, ya que, según se recoge en el expediente, *uno es insuficiente y el otro se halla en tan mal estado que los enfermos se retraen y no practican el baño prescripto por el facultativo de sus Salas*. El presupuesto[1000], fechado el

[997] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6962; expediente nº 232.
[998] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6962; expediente nº 29.
El importe ascendía a 950 pesetas, del que 200 pesetas eran para 1 *pieza fundida* y 750 correspondían al montaje y transporte de la cocina.
[999] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7065; expediente nº 363. La cámara frigorífica presentaba las siguientes medidas: 2,20 metros de largo, 1,95 metros de ancho, 2,50 metros de alto y una capacidad de 10,73 metros cúbicos; la antecámara: 2,40 metros de largo, 0,50 metros de ancho, 2,50 metros de alto y una capacidad de 4,80 metros cúbicos.
[1000] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6962; expediente nº 248.

4 de septiembre de 1930, incluyendo éste, el pavimentado con mosaicos del suelo, el alicatado con zócalos de azulejos con molduras y medias cañas en los ángulos, el baño completo y el tabicado para condenar la puerta que comunicaba con el depósito de cadáveres[1001]. Al año siguiente, en marzo de 1928, se proyectaron diferentes reparaciones que se confiaron al contratista Sinesio González. Las obras estaban destinadas al departamento de niñas e incluían: *poner el cielo-raso de la galería que da al norte, reparar la azotea de la dicha galería, remendar el techo de la habitación de la esquina del mismo lado, y reparar el tejado de la misma.*[1002]

Durante la sesión del 1 de julio de 1931, se le encarga al arquitecto Antonio Pintor la redacción del proyecto y presupuesto para la reparación de dos de los pabellones del edificio del Hospital, así como el proyecto para la instalación de servicios destinados a las niñas asiladas que ascendía a 17.789,89 pesetas[1003]. Seguidamente, el 8 de julio de este mismo año, se acordó diseñar un proyecto destinado a la adaptación de las huertas anejas al edificio hospitalario para la *instrucción y recreo de los asilados*, valiendo este recinto como *escuela al aire libre para el Establecimiento de Beneficencia de esta Capital*, y creando a su vez, una escuela graduada con carácter provisional[1004], a la que se dotó con los recursos materiales necesarios para su funcionamiento[1005]. La Segunda República Española, había concedido una extremada importancia a la educación de la población como ya se ha comentado con anterioridad. Inmersa en un alto índice de analfabetismo que suponía una tasa de un 32 %, obligó a que la enseñanza se convirtiera en el «caballo de batalla» durante este periodo, lo que se materializó en acciones tales como la de destinar cuatro locales para la instalación de una escuela en el Departamento de Niños de la Casa de Huérfanos y Desamparados en septiembre de

---

El montante de la obra ascendía a un total de 1.083,50 pesetas.

[1001] *Ibidem*.

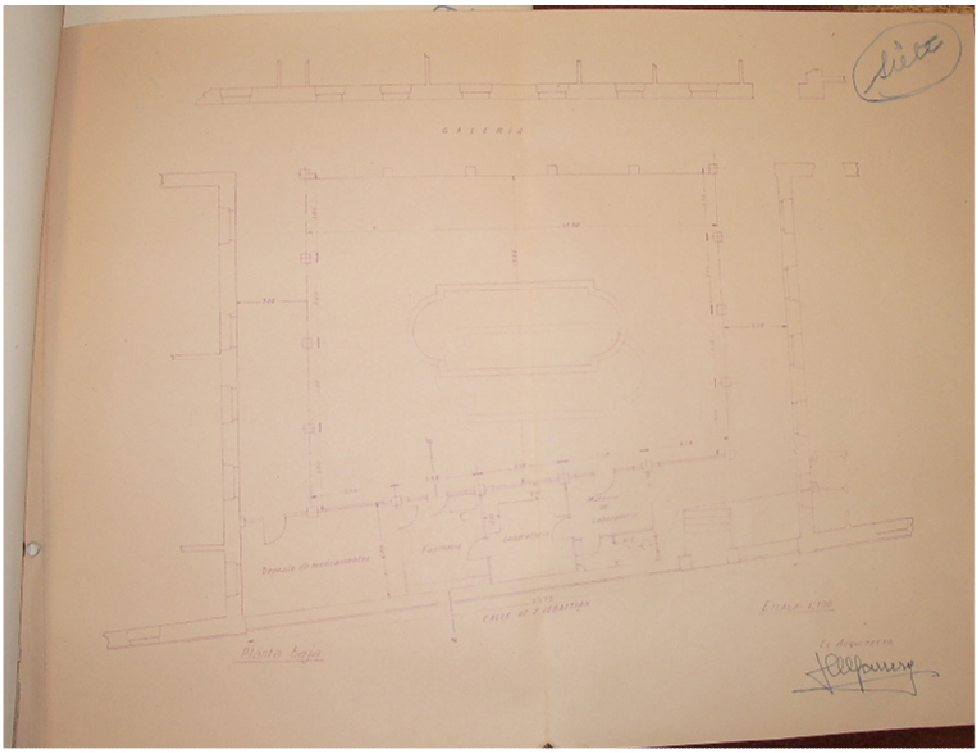
[1002] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6962; expediente nº 95.
Para la realización de las obras se habilitó una partida presupuestaria de 885,65 pesetas.

[1003] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.* p. 301.

[1004] *Ibidem*, p. 315, 321, 372 y 373.

[1005] *Ibidem*, p. 391.
Para cada sección, Alegoría de la República, dos mesas bipersonales, un encerado grande, un semicírculo para la pizarra, libros de lectura, plumas, material fungible durante el un trimestre. Material común a las tres secciones: Esfera armilar, Mapa de Canarias, colección de láminas Historia Natural, colección de láminas física, vitrina métrico-decimal.

1931. De los locales, proyecto del ingeniero Miguel Pintor, uno se destinaba a Sala de Profesores y los otros tres a grados diferentes de enseñanza. Al departamento se le asignó personal cualificado, un maestro interino, junto a recursos materiales pedagógicos, que se unieron a los ya existentes donados por la Casa Sanz.[1006]



155. Proyecto de una galería Sur, Naciente y Poniente, Servicio de Farmacia, Depósito de Medicamentos, Laboratorio, Material de Laboratorios y Servicios, entre el primer y segundo pabellón (ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 179).

Con igual pretensión, se procedió a habilitar los patios interiores, convocando un «concursillo», el 23 de septiembre, para el arreglo de los existentes entre dos pabellones del Hospital, ascendiendo el presupuesto a un total de 3.651,30 pesetas, que asumió el contratista Manuel Padrón Sosa[1007]. Básicamente tres eran los encargos en lo

[1006] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº7084; expediente nº 246.
[1007] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.* p. 5.
Junto a ello, se le encarga también, la sustitución de los pisos y vigas de madera existentes por otros incombustibles, *así como las escaleras y levantar el último piso del edificio antiguo a la altura de los nuevos pabellones de cuenta de un escrito del Negociado fecha dieciocho del corriente mes, informando sobre el acuerdo de esta Comisión Gestora de primero de Julio último,*

referente al patio que se le describen al contratista: *1º la pavimentación del patio con losetas de hormigón de cemento de 0,50 x 0.50 x 0,05 metros sobre un cimiento de 0,10 metros de espesor, formado por mampostería ordinaria con mortero de cal y arena; 2º terminación del muro de cerca a la calle de San Sebastián; 3º tubería de tres purgadas de diámetro, que según el «Proyecto de reformas y servicios de incendio en los asilos benéficos» aprobado por la Corporación, deberá quedar bajo el pavimento del patio de que tratamos y que consideramos conveniente colocar desde ahora para evitar que el día que se ejecute el mencionado proyecto, tenga que levantarse nuevamente el pavimento objeto de este presupuesto*[1008].

156. Anónimo: Vista de patio interior. (ACIT- Negociado de Beneficencia-caja nº 6968).

Dichas obras, que se encargaron al mismo contratista[1009], tardaron en acometerse debido a la escasez de recursos materiales en el Organismo Público, como queda presente en la solicitud que efectúa el arquitecto Antonio Pintor para la continuación de éstas[1010], llegando el contratista a interponer una solicitud ante el aumento considerable de los gastos del presupuesto, reclamación que fue aceptada sin objeción alguna,

que resolvió realizar por administración de las obras comprendidas en el proyecto de baños y lavabos para el servicio de los asilados.

[1008] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7001-7002; expediente nº329.

[1009] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.* p. 5.
La obras de reforma y servicio de incendios se pasaron a informe del Arquitecto, el 5 de octubre de 1931. El importe de la obra ascendió a 3651,30 pesetas.

[1010] *Ibidem*, p. 44.

procediendo a la derrama pertinente[1011]. El 7 de noviembre de 1932, es aprobado el proyecto reformado para el patio existente entre los dos pabellones, presentado a la Corporación insular por un total de 3.985,49 pesetas, adjudicándosele definitivamente a Francisco García Martín[1012]. El 9 de octubre de 1933, se propone el *pavimentado del patio al Norte del Hospital Civil* y la *construcción de seis bancos de azulejos para el descanso de los enfermos cuya obra asciende a la cantidad de trece mil trescientas noventa y cuatro pesetas y ocho céntimos*.[1013]

El 5 de octubre de 1931, la Corporación insular procede a la recepción del tercer pabellón del Hospital tras haber sido estudiado el oficio presentado por el arquitecto Antonio Pintor y Ocete, de fecha de 17 de septiembre del año en curso[1014]. El 16 de noviembre se eleva al Cuerpo de Presupuestos la solicitud de 13.993,80 pesetas para el pago de las obras a llevar a cabo en la *Sala de Desamparados*, solicitándose que en el pliego de condiciones el tiempo de realización se estipulara en tres meses[1015], concluyéndose el 10 de octubre de 1932 a Francisco García Martín[1016]. Las intervenciones en la fachada del edificio para realizar un adecuado mantenimiento, habían sido prácticamente nulas, ya que toda la atención se había centrado en la ampliación de éste. En mayo de 1932 la Administración creyó necesario que la fachada principal y en especial la que mira a la calle San Carlos, presentaban un marcado deterioro y suciedad, por los que se procedió al enjalbegado de las paredes y pintado de los huecos que están en ellas, entregándose el destajo de la obra a J. Sánchez Díaz por un importe de 3.036 pesetas. Incluía el presupuesto la pintura y calcáreo de: *272 huecos exteriores con dos manos de pintura, 32 rejas de hierro de ventana exterior con dos manos de pintura, 2 escaleras con dos manos de pintura, 11 bajantes de hierro con dos manos de pintura, 1 baranda de hierro del pasillo con dos manos de pintura y el calcáreo de las fachada alrededor del edificio con una mano espesa.* Posteriormente se realiza

[1011] *Ibidem*, p. 45.
[1012] *Ibidem*, p. 390.
[1013] *Ibidem*, p. 333.
[1014] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 11.
[1015] *Ibidem*, p. 44-277.
[1016] *Ibidem*, p. 366-367.
La cantidad total presupuestada era de 12.168,52 pesetas.

una segunda mano de calcáreo, aplicados por el mismo contratista. El 17 de marzo de 1933 se daban por concluidas las obras efectuadas en la fachada.[1017]

Los Establecimientos Benéficos continuaban aumentando en superficie, atendiendo a los proyectos de ampliación existentes y aprobados. El 5 de diciembre de 1932, se decidió incoar para llevar a cabo obras para la construcción de un tercer y cuarto pabellón, designando al consejero Pedro García Cabrera como miembro de la Mesa encargada de la apertura del pliego en la subasta de las citadas obras[1018]. Al año siguiente, el 27 de noviembre, se plantea la reforma de la crujía del suroeste del edificio con el objeto de adaptar el edificio ya existente al tercer pabellón[1019], acometida por la «Compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles»[1020]. Esta misma empresa recibió, al comienzo del año siguiente, el encargo de construir un cuarto de aseo y otros servicios en los nuevos lavaderos por un importe de 2.099,07 pesetas, diseño del arquitecto Antonio Pintor, para el que fue preciso aplicar modificaciones en la distribución de los locales del piso principal y segundo del pabellón tercero[1021]. Nuevamente, se procede al «adecentamiento de los exteriores del inmueble», encargándose, el 6 de marzo de 1933, la obra de pintura y calcáreo de la fachada a J. Sánchez Díaz[1022]. Además, se le encargó el pintado y esmaltado de varias salas[1023]. El tipo de pintura empleado «al aceite», fue un material que se empleó numerosas veces, en este momento, por sus características

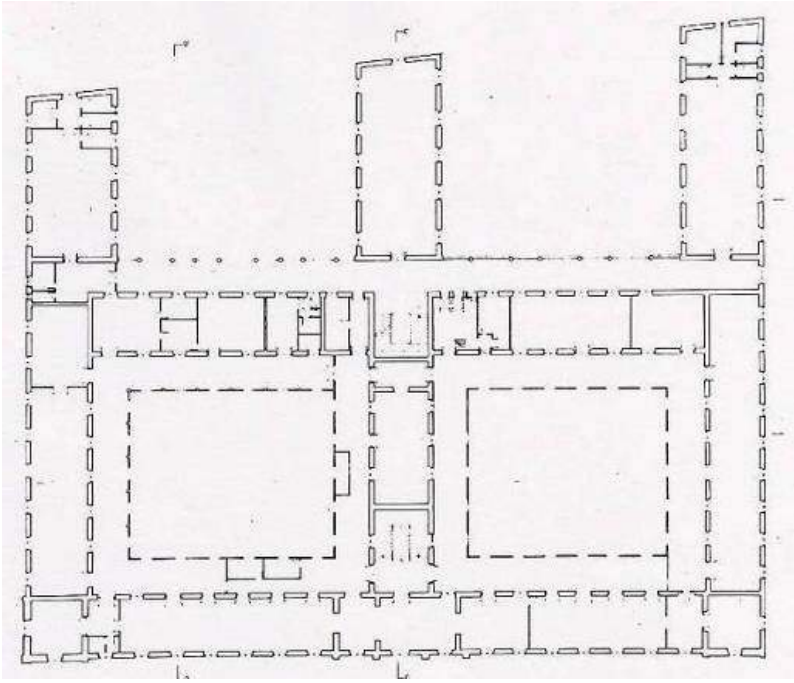
[1017] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7001-7002; expediente nº 277.
Se estipuló un importe de 1.315,60 pesetas.
[1018] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 13; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.* p. 37.
En Acta de la Sesión ordinaria de 14 de Agosto de 1933 figura expedición de certificación por cuatro mil cuatrocientas noventa y dos pesetas y veinte céntimos de las obras del tercer pabellón, galerías y lavaderos de los Establecimientos de Beneficencia de esta capital por el contratista «Compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A.».
[1019] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 13; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 375.
Ascendía a un importe de 38.201,71 pesetas (el material 17.768,24 pesetas; el de contrata a 20.433,47 pesetas).
[1020] *Ibidem*, p. 27.
[1021] *Ibidem*, p. 36-37.
[1022] *Ibidem*, p. 123-124.
Se realizó la obra por la cantidad de 3.036 pesetas, atendiendo al presupuesto presentado el 24 de enero del año en curso.
[1023] *Ibidem*, p. 215-365-369.
trabajo por el que se pagó la cantidad de 769,50 pesetas junto a la pintura y esmaltado de la Sala del auto-clave y operaciones, por la cantidad de 983,10 pesetas y para las Salas de Desamparados (antigua) por un importe de 769,50 pesetas.

hidrófugas conformaba una película impermeabilizadora que impedía que ciertas sustancias o microorganismos pudieran penetrar en las paredes. [1024]

Las obras progresivamente continuaban. En febrero de 1935, el arquitecto Marrero Regalado confeccionó un presupuesto para *la construcción de la Galería del Sur, Naciente, Servicios de la Cocina y pavimentación del patio entre el segundo y tercer Pabellón.* En total de la obra ascendía a 42.009,13 pesetas, encargada a la Compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A., pretendía realizar las siguientes intervenciones: *la prolongación de la actual galería adosada a la fachada del Tercer Pabellón por los costados Sur y Naciente del Patio a enlazar con la General de las Salas; su estructura de columnas y forjadas de hormigón es un todo igual a las ya construidas; se pavimentarán con losetas de granito artificial en sus dos plantas y la del Sur se apergola levantando el muro del la Calle de San Sebastián hasta una altura de 2,40 metros cuya fachada se decora convenientemente. Aprovechando el local que hoy es utilizado como despensa y los que quedan en la parte baja de la galería del costado Sur se proyectan todos los servicios de Cocina del Hospital: fregaderos, despensas, cuartos para papas, carbón, leña y despojos de comidas, aparte estos se proyectan también dos W.C. con duchas para empleados y empleadas. Con entrada por la Calle de San Sebastián se construirá una escalera de hormigón armado y peldaños de granito artificial, para el servicio de suministro a los almacenes del Hospital; tanto el carbón como la leña tendrán entrada a sus depósitos por medio de unas tolvas directamente desde la calle. El patio entre el segundo y tercer Pabellón se pavimentará y ornamentará de igual modo que el existente entre el primero y segundo pabellones*. Las obras no se acometieron siguiendo las cláusulas establecidas por el pliego de condiciones, situación que llevó a que la Corporación insular, en Sesión Ordinaria de 8 de febrero de 1938, adjudicara el destajo de éstas al contratista José Padrón Afonso*, quien se compromete a ejecutarlas por la suma de 38.850 pesetas siendo la proposición más ventajosa de las presentadas*. Las

[1024] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6981; Negociado: Beneficencia; Escritos y oficios que no figuran en expedientes, *opus cit*.
El desglose, según presupuesto presentado por el contratista José Sánchez Díaz para las salas de Desamparados se dividía en: Salas nº 4 y 5 (67 pesetas), Sala nº 6 (12 pesetas), Sala de San Pedro (12 pesetas), Sala de retretes (34 pesetas), Sala de consultorio (22 pesetas), Sala «Lorenzo García Cifalo» (84 pesetas), Sala «Desamparados (551 pesetas) y Sala retretes y Baño Desamparados» (26,50 pesetas).

obras fueron recibidas por el arquitecto Marrero Regalado a comienzo de diciembre del año siguiente[1025], momento en el que darán inicio las obras de ampliación de las huertas próximas a la calle San Sebastián, que daban a la calle Huerta y Quinta, y que habían quedado inconclusas, estando pendiente el encalado y enjalbegado del muro de cierre, obra que se ejecutó por la cantidad de 200 pesetas.[1026]



157. Alberto Darias Príncipe: Planta del Hospital de los Desamparados de Santa Cruz de Tenerife tras el incendio acaecido en 1888 (1995).

El Hospital crecía al ritmo que aumentaba la población de la isla, que había pasado de los 52.698 habitantes de 1910 a los 69.350 de 1930, lo que obligaba a que se habilitara una mayor superficie que albergara departamentos necesarios para su funcionamiento. En julio de 1938, el arquitecto Marrero Regalado elabora un proyecto para la *construcción de la Galería Sur, Naciente y Poniente, Servicio de Farmacia, Depósito de Medicamentos, Laboratorio, material del Laboratorio y W.C.* entre el Primero y Segundo Pabellón. Con esta intervención se pretendía la prolongación de la galería por el costado Sur, Naciente y Poniente del patio a enlazar con la general de las

[1025] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7044; expediente nº 242.
[1026] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7013; expediente nº 198.

Salas. Se propuso, para su edificación, una estructura de columnas y forjado de hormigón con pavimentación de granito artificial en sus dos plantas y la del Sur se cubre levantando el muro de la calle de San Sebastián hasta una altura de 2,40 metros decorándose la fachada *convenientemente*. Para la planta baja de la Galería Sur se proyectan los servicios anteriormente citados. Para esta obra se presupuestó la cantidad de 41.794,77 pesetas, siendo ejecutada por el destajista José Padrón Afonso, no siendo concluida hasta abril del año siguiente.[1027]

En septiembre de este mismo año, y ya próximos a la finalización de la Guerra Civil, se solicita por parte del Gobierno Militar de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife, la habilitación de una sala con ocho camas, a la que se ubicó en el patio número 4, para presos militares no tuberculosos con presencia de la guardia militar, situación que facilitaba *la debida vigilancia para conservar el carácter carcelario (…)* procurando restringir el acceso al reo desde el exterior y viceversa. En un primer momento, esta medida iba dirigida a presos militares, pero se hizo extensa, con posterioridad, a los gubernativos. A finales de año, se requirió la habilitación igualmente, de una sala destinada a mujeres con capacidad para seis enfermas[1028]. Una vez finalizada la contienda bélica, en un país en plena posguerra, pese a carecer de recursos, en octubre de 1940 se procedió a acometer reformas en el edificio para mejorar carencias que presentaba y adaptarlo a las nuevas necesidades. Se encargaron al contratista José Padrón Afonso, bajo la supervisión del arquitecto Tomás Machado Méndez: *Sustitución del piso de la enfermería de las hermanas y galería anexa, que era de madera, por hormigón armado; reforma y sustitución de la escalera de servicios en la nave sur del patio anterior izquierdo; Sustitución del techo en galerías del pabellón Este del patio izquierdo; reforma de la Crujía del Comedor de niños(disponible) y sustitución del techo; Proyecto de ampliación de los reformados de Crujía Comedor de niños en la Sala de Distinguidos; Distribución de Dependencias en tres pisos de la Crujía Sur del patio anterior izquierdo.* Aunque el hormigón armado se comenzó a emplear por el constructor William Wilkinson, quien solicitó la patente en 1854, este material se fue incorporando gradualmente en la ampliación del centro para ir sustituyendo elementos

[1027] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 179.
[1028] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 245.

previos que se habían realizado mediante mortero y sistemas de tapial[1029]. Sorprende considerablemente el montante que se liberó para la obra que duró un año, fue de unos 107.694,60 pesetas, lo que hace pensar que las necesidades estructurales y arquitectónicas urgían de manera considerable[1030]. Varios años se mantuvo el edificio sin apenas actividad remodeladora, hasta mayo de 1948, el arquitecto Machado Méndez remitió a la Corporación insular el proyecto de reforma para los locales destinados al alojamiento de los *enfermos distinguidos o de pago*, que no iban más allá de retoques para el mantenimiento de las salas. Las obras, que duraron unos tres meses, se le encargaron al contratista Edmundo Esplugas Torne.[1031]

El proyecto de un nuevo hospital.

La red asistencial formada por los diferentes establecimientos benéficos diseminados por la isla ocasionaba que los recursos materiales y humanos se tuvieran que multiplicar en cada una de las localidades con una considerable población. Existían en ese momento otros dos hospitales de considerable magnitud, los ubicados en La Laguna y en La Orotava, que no tenían mucho que envidiar, en cuanto a recursos, al existente en la capital. Con la intención de aglutinarlos en un solo lugar, el 14 de diciembre de 1929, la Junta Provincial de Sanidad de Santa Cruz de Tenerife y el alcalde de la Capital, informaron a la Corporación insular de lo conveniente que sería efectuar un estudio para la creación de un hospital único insular, dotado con todos aquellos avances tecnológicos destinado a la *ciencia de curar*, *especialidades y adelantos sanitarios, podría atender y resolver todos los problemas y casos que de este orden se presenten, procurando enlazarlo convenientemente con los pequeños Hospitales de urgencias y Casas de Socorro que se estableciesen en los pueblos importantes de la Isla, a cuyo efecto se organizaría un servicio de coches ambulancias sanitarias que podrían recoger los enfermos y heridos aún en las más apartadas regiones de la Isla, lo cual es ya factible en estos tiempos por el desarrollo de las vías de comunicación. Las principales*

[1029] DARIAS PRINCIPE, A. (1985). *Opus cit*, p. 115.
En Canarias, como ya se ha comentado, fue el arquitecto José Rodrigo Vallabriga quien lo introduce, incorporándolo a diferentes elementos estructurales, pero no en los muros.
[1030] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7048; expediente nº 20.
[1031] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7186; expediente nº 156.
El importe de la obra ascendió a 17.299,70 pesetas.

razones que apoyan la idea del Hospital único son unas técnicas y otras económicas ya que solamente en Centros hospitalarios con gran movimiento de enfermos se puede poseer todo el material preciso y la debida especialización de los edificios y la especialización y educación del personal técnico y auxiliar, así como solo en grandes Centros de esa clase se pueden conseguir que los gastos se reduzcan en gran proporción con los que ocasionan los mismo servicios fraccionados en diversos y pequeños Hospitales. La importancia que se presta a la formación del personal, las características de la arquitectura del inmueble y la optimización de recursos, fueron temas a los que se les atribuyó considerable importancia desde los órganos de gobierno republicanos, lo que da testimonio de un cambio de mentalidad, más progresista, que más próxima a la que en aquel momento imperaba en numerosos puntos de Europa. Durante la Sesión Extraordinaria de la Comisión Permanente, fechada el 31 de diciembre de este mismo año, se acordó pasar a debatir como Ponencia de Beneficencia, buscando un estudio e informe sobre la situación y viabilidad del proyecto. El 26 de septiembre de 1932, se trata nuevamente el tema en cuestión, asignando como responsable del estudio del proyecto al consejero Pedro García Cabrera. Éste confecciona un documento donde articula su propuesta a partir de dos puntos básicos: *Primero.- Determinar si se sigue el criterio de un Hospital Central en esta Capital, y Hospitales de urgencias ó Casas de Socorro en el Interior. Segundo.- Tomar acuerdo sobre si permanece el Asilo y la Casa Cuna en el Hospital ó en edificio aparte.* Con esta proposición, no solo se centralizaba la asistencia en la ciudad de Santa Cruz de Tenerife, estableciendo pequeños centros para asistir aquellos casos urgentes, sino que se plantea la posibilidad de crear establecimientos independientes que asumieran determinados departamentos o especialidades.

A comienzos del mes siguiente, la Comisión Gestora en Sesión Ordinaria, resolvió por unanimidad: *Que el Cabildo estime procedente la creación de un Hospital Central en esta Capital, y Hospitales de urgencias o Casas de Socorro en el interior de la Isla, respetando los actuales establecidos, e instalar la Casa Cuna en un edificio aparte del Hospital Central*[1032]. En la Sesión Ordinaria celebrada el 3 de octubre de 1932, nuevamente el Consejero-Inspector del Hospital de los Dolores, Pedro García Cabrera,

[1032] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6983; expediente nº 50.

apoya los planteamientos que hasta ahora se habían establecido, pero incorpora un nuevo matiz, *respetando los actualmente establecidos*[1033]. Todo esto nos deja bien claro que desde comienzos del siglo, rondaba la idea de que la asistencia insular precisaba de una nueva reorganización que centralizara los recursos sanitarios.

En septiembre de 1938 se retoma nuevamente esta idea, encargando al arquitecto Marrero Regalado el presupuesto y proyecto, así como al Teniente Coronel Médico Inspector de los Servicios de Sanidad Militar del Ejercito del Sur, Luis Gabarda Sitjar el anteproyecto de reglamento y organización científica de los distintos servicios del «futuro Hospital General»[1034]. Pese a que el trabajo fue ejecutado con la mayor premura no fue hasta 1942 cuando se retoma la reorganización de los Servicios de Beneficencia existentes en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife. Se establece el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados como un *Hospital Central, con ramificaciones locales aprovechando los existentes en La Laguna y La Orotava, y creando uno en el Sur de la Isla, que bien pudiera ser situado en Granadilla por ser cabeza de Partido judicial y situación geográfica. En este Hospital Central se organizarán los servicios que en lugar oportuno se determinarán, con el número de camas y personal preciso para atenderlos. Entre dichos servicios se organizará, uno de enfermos incurables, con la denominación de crónicos, (…) También se creará el equipo o equipos quirúrgicos móviles destinados a atender el servicio de Cirugía urgente intransportable de los Establecimientos locales respectivos*[1035]. La situación económica, tanto nacional como internacional, unida a las discrepancias internas que hacían perder protagonismo a otros centros sanitarios no permitió que esta plan se ejecutara.

4.2.2.2. REAL HOSPICIO DE SAN CARLOS (SANTA CRUZ DE TENERIFE).

Una vez ya en funcionamiento otros dispositivos sanitarios, como el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, fundado en 1745, y su ampliación promovida por el prelado de la Diócesis de Canarias, Juan Francisco Guillén Isso, entre los años 1747 y 1749, y habiéndose creado el Hospital Militar por el marqués de Tabaloso en 1776, faltaba una casa de Misericordia destinada a la atención de los pobres y desvalidos. El

[1033] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 358.
[1034] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 256.
[1035] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7084; expediente nº 54.

Hospicio de San Carlos fue instituido el 20 de enero de 1785, por Miguel de la Grúa Branciforte, Marqués de Branciforte de los Príncipes de Carini y Comandante General de las Islas Canarias[1036], uniéndose al Patronato de esta obra benéfica, tanto seglares como clérigos[1037], admitiendo la presencia de estos últimos por pura «necesidad formularia»; junto a la existencia de la figura del obispo, se encontraba la de dos clérigos que suministraban ayuda espiritual a los enfermos ingresados en el Hospicio, Pedro Ortiz y Pedro de Murga. Su finalidad se articulaba a partir de dos premisas, la atención a militares ancianos y acoger a todos aquellos pobres seniles de los dos sexos, objetivos que después no se llevaron a la práctica.[1038]

158. Anónimo: Miguel de la Grúa Talamanca de Carini y Branciforte, Primer Marqués de Branciforte. Óleo sobre lienzo (segunda mitad del siglo XVIII).

Para su fundación se estipularon una serie de ordenanzas inspiradas en las fundaciones de las Sociedades Económicas, así como todas aquellas disposiciones reales establecidas para la gestión de los establecimientos de beneficencia[1039]. Los primeros miembros que conformaban el grupo de gobierno del Hospicio eran *por con[tador] de la Junta que se ha de establecer, al pral. de la Rl. Hacienda en estas Yslas Dn. Pedro Cathalan, y por tesorero el*

[1036] ALAMO, N. *El marqués de Branciforte*. Las Palmas de Gran Canaria: Ed. Néstor Álamo, 1945, p. 5.
[1037] Situación que se recoge en el artículo 3º de sus Estatutos: *Siendo esta institucion meramente laycal, bajo la direccion del Comandante General, y protaccion del Ylmo. Obispo, el primero hara los nombramientos de Socios, en aquellos caritativos patriotas, que hayan contribuido y contribuyan para tan piadoso fin, y en los demas que sollciten su ingreso de toda la Provincia; pues su autoridad es unicamente lo que puede obligar, y estimular, a que sin el menor interes, y obrando solo por celo y caridad se tomen el trabajo, que se les distribuirá para el fomento y asistencia de las casas de misericordia*.
[1038] ROSA OLIVERA, L. DE LA. Prontuario de lo que se ha de observar por ahora, en el RI. Hospital de San Carlos de las Yslas Canarias, interin se arreglan los estatutos combenientes para esta, y las demás casas de misericordia que se hayan de erigir… *El Museo Canario*, Año VIII, nº 21-22. Las Palmas de Gran Canaria: Museo Canario, enero-marzo, abril-junio 1947, p. 103-104.
[1039] *Ibidem,* p. 105.

que lo es de la misma clase, Dn. Josef de Carta. Para el Govierno interior del Rl. Hospicio, y demás que se expresará al Admon. Principal de Tabacos Dn. Luis Pellicer, Dn. Fernando Piar, Dn. Tomás Zubieta, y Dn. Tomas Cambreleng, con el carácter de tales Socios, cuya cabeza es el Comandante G[eneral]. Para la solicitud de limosna en Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna, se nombran a los socios Fernando Piar y Tomás Zubieta, mientras que para el resto de los pueblos de las Islas *se nombrarán personas de las más principales por Socios que serán en cada uno dos Regidores: dos de la Sociedad Económica, dos Eclesiásticos condecorados; dos Militares de graduación o del Ministerio político autorizado, donde los huviere: dos comerciantes, y a mas soliciten su Ingreso.*[1040]

Estaba ubicado en una casa alquilada a José de Guezala[1041], que llegó a alojar, en su primer año de fundación, un total de 99 personas de ambos sexos. Eran asistidos, como era costumbre en esta época, por dos custodio-celadores para cada sexo, Domingo Alonso y Antonia Bento. Los pacientes allí alojados, ejecutaban manufacturas textiles, así como de repostería, que eran remitidas a las Indias. Su rendimiento era tal, que como nos cuenta Poggi y Borsotto, *... ascendiendo á tanta cantidad su producto que suplía la mayor parte de la manutención, teniendo un sobrante de seis mil duros que después se pusieron a rédito en varias casa de comercio de esta Capital, recojiénolos luego para la fábrica de la Recova vieja.*[1042]

Para su arquitectura se decantaron por un modelo de casa-hospital de estructura claustral articulado en torno a un patio central, con un habitáculo destinado a la capilla para desarrollar los ritos propios de la liturgia católica. Como era costumbre, en el centro del patio se ubicaba un aljibe, lugar donde se depositaban las aguas recogidas por el cerramiento superior, de teja a dos aguas, del edificio. Discreto jardín en el que se cultivaban entre otras, plantas que se empleaban en los remedios curativos para los enfermos alojados. Su carácter amplio queda bien claro en el articulo 9º de los Estatutos del Hospicio, en el que se establece la constitución de un órgano que gestione todos aquellos asuntos concernientes a la beneficencia en las Islas. Está será la denominada Junta Provincial de Beneficencia. A principios del siglo XIX, José María de Villa era su

[1040] *Ibidem*.
[1041] Aunque poseía casa propia que había sido alquilada al cuartel.
[1042] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit,* p. 92.

administrador, siendo sustituido, en 1810, por Juan Fernández Uriarte, el cual se mantuvo en el cargo hasta 1813. Contaba con una renta de casi 9.000 reales y sus créditos ascendían a 28.710 reales, frutos de los pagos atrasados de alquiler de la casa cuartel y la huerta, lugar esta última, donde los soldados realizaban sus ejercicios.

El número de personas ingresadas no era nada elevado. Cioranescu nos cuenta que en 1811 se alojaban en el establecimiento cuatro enfermos y dos huérfanas del hospicio; mientras que dos años más tarde, en 1813, tan solo contaba con tres pacientes. Hasta 1812, el administrador dependió del Comandante General[1043], situación que se modificó, para ser responsabilidad del Ayuntamiento, según recogía la Constitución recientemente aprobada en Cádiz. Esta circunstancia duró tres años más, hasta 1815, volviendo, posteriormente, las aguas a su cauce. Hacia 1820, nos encontramos con un hospital conformado por dos secciones, un asilo para niños y el hospital, con un total de ocho camas[1044]; estas camas se distribuían en dos salas destinadas a cada sexo, que no dejaban de ser habitáculos cuyas condiciones y características estaban más cercanas a la tipología doméstica que a la hospitalaria. En 1826, se enajenó la finca, que el arquitecto Manuel de Oraá valoró en 122.604 reales, ante el poco interés del Ayuntamiento santacrucero por su correcta administración[1045]. Hasta el decreto de 1853, la institución se mantuvo independiente, sin anexarse al Hospital Provincial.

4.2.2.3. LAZARETO DE OBSERVACIÓN DE CABO LLANO (SANTA CRUZ DE TENERIFE).

Las formas de aislamiento más antiguas conocidas son las que aparecen mencionadas en la Biblia, en el libro del Pentateuco, que recoge algunas recomendaciones para evitar el contagio de lepra. A partir del siglo XIII, con las grandes epidemias de peste que asolaron Europa, toma su máximo auge. El nombre de «cuarentena» se tomó del tiempo que se estimó necesario para aislar a los apestados

[1043] Conforme al reglamento instaurado por el marqués de Branciforte.
[1044] El promedio de ingresos anuales era de 150 cuyo precio era de 8 reales al día.
[1045] El 7 de noviembre de 1826, una tempestad dañó seriamente la casa que servía de cuartel. La falta de interés y fondos por parte de Ayuntamiento de Santa Cruz para su arreglo, llevó a que el Capitán General se decidiera por su enajenación.

del Medievo, cuarenta días, atendiendo al periodo de tiempo que Jesús pasó en el desierto. Médicamente se establecieron dos tipos, uno de cuarenta y otro de ochenta días, que venían mediatizados por la gravedad de la enfermedad y por el país en el que ocurría la enfermedad. Históricamente algunas ciudades costeras con puerto habían venido habilitando establecimientos para poder aplicar tanto la cuarentena como la observación a embarcaciones y personas procedentes de otros «países contaminados o sospechosos de contagio». El habitáculo habitualmente se cercaba, ubicándolo en zonas aisladas de los núcleos poblacionales, próximos al mar y bien ventilados, con cercanía a un hospital. El edificio, de sencilla tipología pero espacioso, estaba destinado al alojamiento tanto de los enfermos como a albergar las mercancías procedentes de los «barcos sospechosos», ventilando y purificando lanas, algodones, y tejidos de toda especie. Para su comunicación con el exterior, se estipulaba una conveniente separación que evitara el contagio, colocando rejas dobles o dispositivos semejantes, que permitía un «contacto en la distancia». A todo ello, se unían espacios amplios con jardines y zonas boscosas, que favorecían la presencia de aire limpio y la eliminación de los miasmas.

El Lazareto de Santa Cruz de Tenerife comienza su andadura, a partir de la compra de dos terrenos en la zona donde llaman «El Calvario», lugar donde Matías Delgado de Fuentes con poder de Rodrigo de la Cruz Pérez vendió a Bartolomé Antonio Montañés[1046] a mediados de julio de 1772. La condición de puerto de mar que portaba Santa Cruz de Tenerife, obligó a dotarla de un lugar habilitado para la cuarentena y la observación de las personas transportadas en los barcos que pudieran padecer algún tipo de enfermedad contagiosa, evitando así la propagación de epidemias por el territorio insular. La ubicación de los terrenos la describe claramente Poggi y Borsotto:

> *... un cercado de pan sembrar y arrifes situados donde llaman El Calvario, en esta jurisdicción, lindando por el Norte, con el camino y muralla que conduce al Barranco hondo; por Poniente, con tierras que fueron de José Camacho; y por ambos lados, las que pertenecen a Francisco Pérez...* [1047]

[1046] La compra efectuada en 17 de julio de 1772, se realizó ante el escribano Bernardo José Uque, y la realizada al día siguiente ante José Francisco Pérez Riverol.
[1047] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit,* p. 102.

En dichos solares, tanto el comprador, Bartolomé Antonio Montañés, como Matías Rodríguez Carta, ordenaron construir unas casas altas y almacenes, cuyo fin era el de dedicarlo al secadero de pescado, labor nunca ejecutada ante la remuneración desventajosa de esta actividad, con el consiguiente abandono de las edificaciones. Las numerosas epidemias de peste que asolaron el territorio nacional durante el siglo XVIII, conllevaron a que la Corona española promulgó la Real Cédula de 15 de Octubre de 1740, donde se encargaba a la Justicia de La Laguna, la vigilancia y visita de las naves que arribaban la costa nivariense, además de estipular un reglamento ante cualquier acto de desobediencia. La residencia del Diputado en La Laguna, a diez kilómetros del puerto de Santa Cruz, así como lo costoso de las visitas, obligó a efectuarse rara vez.

159. Anónimo: Fachada del Lazareto de Santa Cruz de Tenerife (ca. 1880).

El Cabildo Insular, junto al Marqués de Branciforte[1048], conformaron los diecisiete artículos de las ordenanzas de sanidad el 13 de julio de 1784. Con ellas, se procuraba dar una orientación ante situaciones de epidemia de peste, además de nombrar al alcalde y un vecino, como encargados de proveer de todo aquello que se precisara para «la buena sanidad del emplazamiento». El 25 de septiembre de 1787, la Suprema Junta de Sanidad del Reino, tras una visita por cuestiones de salubridad efectuada por el Comandante

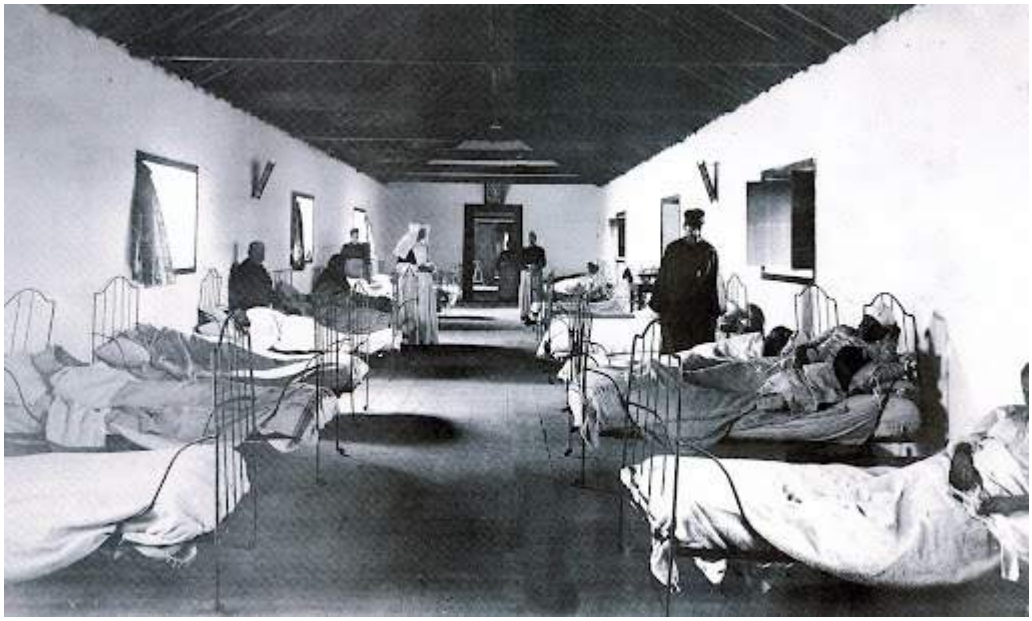
[1048] Además era Comandante General de las Islas Canarias y presidente de la Junta de Sanidad.

General el 4 de junio de ese mismo año, y ante la pésima praxis llevada a cabo en este recinto sanitario, toma la decisión siguiente: *que componga la Diputación de sanidad de Santa Cruz de Regidores de la Ciudad de la Laguna que residan en este Puerto; que se den las boletas de salud con conocimientos de S. E. para evitar los perjuicios que experimentan las embarcaciones en las demoras de subir á la Laguna á solicitar dichas boletas; y que los cuatro ducados antiguos que se exigen por los derechos de visita de sanidad se destribuyan en la forma siguiente: veinte reales á la Diputación, diez al Escribano que la autorice, igual cantidad al Médico, que precisamente debe concurrir, y los veintiseis restantes los manda conservar para ciertos gastos*[1049]. Para dotar de un edificio de degredo, se escogió el que Bartolomé Antonio Montañés y Matías Rodríguez Carta, que mandaron a construir años atrás, arrendándolo por 360 reales de vellón anuales[1050]. Este *Lazareto de Observación*, fue comprado el 7 de noviembre de 1842, ante el escribano Rafael Martín Fernández, por la cantidad de 22.000 reales de vellón[1051], para realizar al año siguiente las consiguientes reparaciones que costaron 952 pesos, 1 real de plata, y dos y medio cuartos.[1052]

Tanto las *Nouvelles Infirmeries* de Marsella, como el *Lazareto de Mahón*, fueron, como para tantas otras construcciones de degredo, la fuente de inspiración para la adaptación de una solución arquitectónica que se adaptara a las condiciones y necesidades que presentaba el puerto de Tenerife. Pese a ello, las intervenciones efectuadas para adaptar el primigenio edificio fueron «leves» no llegándose a modificaciones de carácter estructural y obviando la tipología en pabellones, que años antes se había ido incorporando poco a poco en este tipo de edificaciones. La distribución y formato de la construcción, como ya hemos comentado con anterioridad, no fue alterada de manera considerable. Se hallaba en un llano espacioso de cara al mar, lo que favorecía considerablemente la circulación del aire. El frente de los antiguos almacenes y casas se destinó a *patios de expansión y ventileo*[1053]. El esquema

[1049] *Ibidem*.
[1050] Existe constancia de que el alquiler ascendía a 1.500 reales de vellón en 1842.
[1051] ENCINOSO HERNÁNDEZ, A. *Guía del forastero*. Santa Cruz de Tenerife: Tipografía de Juan Sanz Cartanya, 1930, p. 14.
[1052] Las reformas y reparaciones se sucedieron casi de manera constante: 1847, 1851 y 1861 (costó 143946 reales de vellón y 48 céntimos).
[1053] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit,* p. 104.

constructivo se articulaba a partir de una estructura en departamentos, que según las imágenes que nos han llegado se distribuían en dos secciones: una de un solo nivel con vanos de pequeñas dimensiones repartidos por la fachada, y otra de dos niveles, en cuyo centro se ubicaba un torreón, con un cuerpo más, a modo de «zona de vigilancia» de las entradas y salidas de buques al puerto. Su fachada de esta sección estaba dotada de 17 ventanas distribuidas de manera regular por sus paramentos y dos puertas de acceso a las dependencias; la zona del torreón contaba con puerta propia y dos ventanas de mayor tamaño para cada uno de sus pisos. Esta construcción albergaba el «departamento de sospechosos», zona destinada al alojamiento de las personas, separada por un muro de los almacenes para las mercancías. En el interior de este espacio se encontraban las enfermerías para las enfermedades comunes, y muy próximo al edificio, un huerto para la horticultura y las plantas medicinales.



160. Anónimo: Interior del Lazareto de Santa Cruz de Tenerife (1880-90).

La estructura arquitectónica de dos alturas, estaba distribuida en departamentos. El «departamento sucio o tocado», acogía a los viajeros llegados de puertos en los cuales, en el momento de la salida de la nave que los había transportado, existía una epidemia de peste declarada o que viajaban en buques en los que durante el trayecto alguno de los pasajeros había caído enfermo de peste o de una enfermedad sospechosa de ser epidémica. Igualmente, se contaba con un «departamento para apestado», destinado exclusivamente a recibir personas afectadas por enfermedades. Por último, la

denominada «zona o departamento limpio», donde se acogían a los empleados del lazareto, procurando evitar el contacto con los confinados, así como con los viajeros y tripulantes, que llegaban de países no sospechosos sanitariamente. Las normativas estipulaban para estos últimos, que tan solo tenía que pasar la llamada *cuarentena de observación* que conllevaba la estancia de tres a cuatro días aislado, situación que en la práctica se cumplía en contadas ocasiones. Probablemente, esta zona poseyera una salida independiente al exterior, lo que permitía que los empleados pudieran acceder al recinto, así como salir de este evitando todo contacto con los asilados. El establecimiento, cuyo fin era la mera observación[1054], en ocasiones se le llegó a dar uso de «hospital», coincidiendo con la escasez de camas en las instituciones ya existentes[1055]. Incluso, como nos cuenta el *Diario de Tenerife*, en 1890 se le llegó a dotar de una estufa de desinfección[1056]. Años más tarde, en 1901, también se procuró incorporar a las estructuras de lazareto de un muelle propio e independiente del ya existente, para lo que se presupuestó un total de 28.040 pesetas; el proyecto, pese a las «buenas intenciones», nunca se ejecutó por la carencia de fondos suficientes[1057]. El 23 de abril de 1911, el edificio, junto con los terrenos colindantes, fueron cedidos al Ayuntamiento de la capital, modificando el uso sanitario que hasta la fecha se le había otorgado.[1058]

[1054] Se le asigna la finalidad de «observación» en 1860, por una Real Orden de 11 de septiembre.
[1055] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*, 1979; p. 159.
[1056] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 16 de septiembre (nº3776) de 1890.
[1057] *El Independiente* (Santa Cruz de Tenerife), 28 de mayo de 1901.
[1058] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*, 1979; p. 158-159.
Pasó a dársele utilidad ajena a la que durante años se le había otorgado: depósito del consistorio capitalino.

4.2.3. LOS AVANCES DE LA CIENCIA Y LAS CORRIENTES HIGIENISTAS: HOSPITALES, HOSPICIOS Y CASAS DE ACOGIDA FUNDADOS EN EL SIGLO XIX.

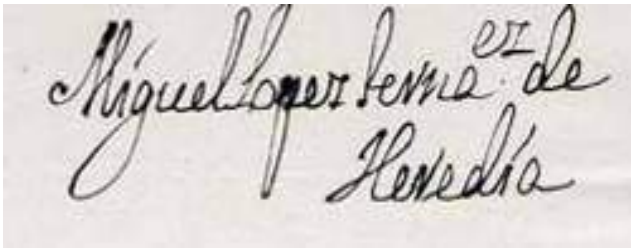
4.2.3.1. HOSPITAL MILITAR (SANTA CRUZ DE TENERIFE).

En 1771 fue fundado el Hospital Militar por el Comandante General Miguel López Fernández de Heredia en dos casas alquiladas, ubicada en la esquina de la calle San Francisco con la calle que bajaba hacia la muralla[1059]. Unos años más tarde, se planteó la construcción de un recinto para albergar esta institución, para lo que se adquirieron terrenos *por el Estado el 26 de diciembre de 1776 en virtud de escritura otorgada por el Presbítero Antonio Rodríguez Padilla, como albacea testamentario de José de la Mota, ante Vicente Espou de la Paz, Escribano público y Oficial mayor de Indias por la cantidad de 2.825 reales vellón 17 maravedís*[1060]. Su construcción, iniciada en el mismo año de la adquisición de los terrenos y concluida en dos años después, era de pequeñas dimensiones y precaria, con una marcada desatención a la higiene y las condiciones precisas para la «correcta» recuperación de los enfermos. Tanto las obras del edificio, como del pequeño cementerio contiguo, fueron ejecutadas por el Capitán de Infantería Juan Güinther y revisadas por el Teniente Coronel Andrés Amat de Tortosa, atendiendo a las órdenes del Gobernador y Comandante General de las Islas Canarias, Eugenio Martínez Alvarado, Marqués de Tabaloso. Su construcción fue sufragada con el desembolsó que realizó este personaje, contando en sus orígenes con una capacidad de 92 camas y un movimiento de ingresos poco importante.[1061]

Poggi y Borsotto lo describe manifestando claramente su escaso interés desde el punto de vista arquitectónico, presentando marcadas deficiencias que lo convertía en un edificio poco preparado para las situaciones de epidemia, careciendo de una ventilación e iluminación adecuadas: *nada de notable encierra este edificio en sus formas*

[1059] Una de las casas pertenecía a los Herederos del Teniente Coronel Manuel de Cámara y Brito y la otra a los herederos de Matías Boza de Lima.
[1060] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit,* p. 84.
[1061] Entre los años de 1858 y 1862 ingresaron un total de 538 pacientes, presentando una mortalidad de 5.6 %.

arquitectónicas. El frente o fachada principal es de vulgarísimo gusto y las enfermerías y demás departamentos son demasiado aplastados, careciendo de buena luz y ventilación, pues están al ras del camino. Únicamente la entrada presenta bonito aspecto debido á un pequeño jardín que ocupa el centro del primer cuerpo del edificio. Lo que resalta desde luego á la vista es un órden admirable y una extremada limpieza. Recientemente se le ha donado una buena cocina de hierro. Tiene cinco salas denominadas de San Pedro, Cármen, San Fernando, San Cárlos y la que se destina para Oficiales; cuartos de baño, espaciosas galerías donde puede circular los enfermos en convalecencia. Etc. Así mismo tiene este establecimiento una farmacia.[1062]



161. Rúbrica del Comandante General Miguel López Fernández de Heredia (Fuente: Archivo Histórico de Adeje, 1769).

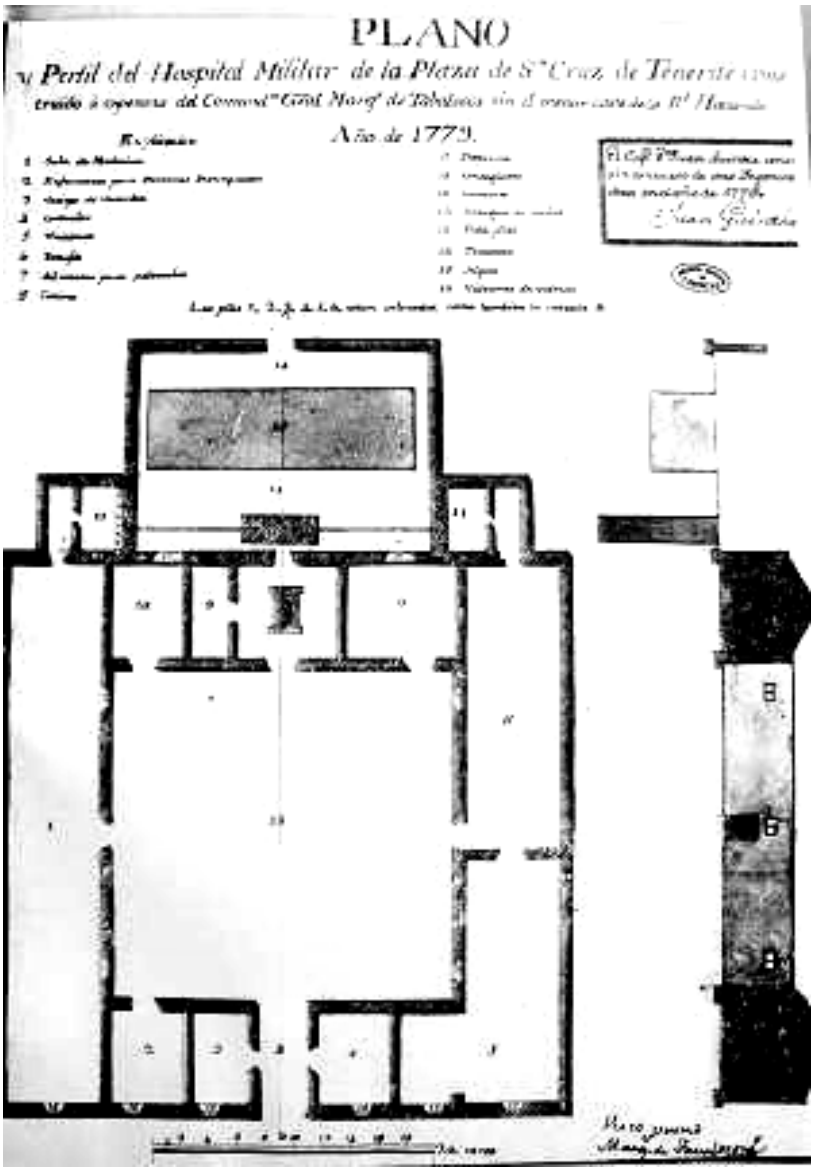
El primigenio hospital, de tipología claustral, se articulaba a partir de un patio central que poseía un jardín de pequeño tamaño, en torno al que se disponían cuatro crujías que cerraban el espacio abierto, contando con tan solo una planta. El establecimiento tenía una superficie total de 3.020 metros cuadrados distribuidos en cuatro salas con 92 camas: *Sala de San Pedro, Sala de Nuestra Señora del Carmen,* Sala de San Fernando, y *Sala de San Carlos*[1063]. A estas dependencias, se le unía una capilla y

[1062] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit,* p. 84-85.
[1063] *Ibidem*.
La distribución del Establecimiento era la siguiente: *Sala de San Pedro* con 907 metros cuadrados, 24 camas y medidas de 33,3 metros de largo por 5,8 metros de ancho y 4,7 metros de alto; *Sala de Nuestra Señora del Carmen* con 425 metros cuadrados, 14 camas y medidas de 14,7 metros de largo por 5,9 metros de ancho y 4,9 metros de alto; *Sala de San Fernando* con 567 metros cuadrados, 17 camas y medidas de 19,4 metros de largo por 6,1 metros de ancho y 4,8 metros de alto; y la *Sala de San Carlos* con 820 metros cuadrados, 31 camas y medidas de 33,9 metros de largo por 5,9 metros de ancho y 4,1 metros de alto; y la sala destinada a Oficiales con 301 metros cuadrados, 6 camas y medidas de 15,6 metros de largo por 4,5 metros de ancho y 4,3 metros de alto.

un cementerio de pequeñas dimensiones que no se le dio uso hasta 1803, momento en el que se igualó el terraplén para dar sepultura a los cadáveres.

En la fachada principal se encontraba el lugar que daba acceso al edificio, también llamado «calle principal», que llevaba al patio, cuya función era la de distribuidor permitiendo el acceso al resto de las dependencias. Las cinco salas, localizadas al mismo nivel del camino, conformaban el área asistencial del edificio, bien diferenciadas por graduación militar, y que careciendo de «calles de tratamiento» y «calle de suministros», función ejercida por el citado patio. El paramento de la fachada principal, tan solo presentaba cuatro vanos: en el centro la puerta de acceso coronada por una ventana de reducido tamaño, junto a dos ventanas de iguales características, equidistantes, a ambos lados. El resto del perímetro del edificio no presentaba vano alguno, a excepción de una puerta ubicada en el lado opuesto a la principal; la luz y el aire que penetraba en cada sala-enfermería provenía de ventanas de pequeñas dimensiones que daban al patio central. Las salas, divididas por patologías (infecciosos-no infecciosos o medicina-cirugía), eran atendidas por personal cualificado, contando con un médico mayor, un ayudante, un farmacéutico, practicantes de cirugía y farmacia, enfermeros y demás personal necesario. Posteriormente, en 1924, las Hijas de la Caridad asumirán la asistencia a los enfermos[1064]. Poseía una capilla que tenía la función de administrar el *auxilio espiritual de los militares que recibían asistencia en aquel Hospital*[1065]. De pequeñas dimensiones, presentaba una riquísima ornamentación que celosamente cuidaba su capellán, José Manuel Hernández. Entre su posesiones, como nos narra Poggi y Borsotto, *destacaba su rico terno, su monumento para Semana Santa pintado por Gumersindo Robayna y la imagen del Cristo de los Dolores y de la Agonía, cuya festividad se celebraba el 14 de septiembre.*[1066]

[1064] RIERA, J.: *Planos de Hospitales Españoles del siglo XVIII; Actas Histórico-médica Vallisoletana;* Ediciones del Seminario de Historia de La Medicina; Valladolid; 1975. Plano y alzado del Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife, por Juan Guinther, año 1779. Escala de 100 mm. las 20 varas, realizado en tinta y colores al aguado. Presenta explicación de este. Tamaño de 355x484 mm. y recuadro de 315x443 mm. Documento del Archivo General de Simancas, Sección Guerra Moderna, legajo 2441. Plano en Archivo General de Simancas, Sección M.P. y D. XIII-63.
[1065] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit,* p. 81.
[1066] *Ibidem*, p. 81.



162. J. Riera: Planta del primer proyecto de Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife (1975).

Una ampliación importante del edificio acaecida en 1859, precisó de la compra al Licenciado Fernando López de Lara de un terreno lindante en su lado oeste. Esta fue la última modificación destacada ocurrida en el edificio, ya que entre 1878 y 1891 se ejecutaron las obras del «nuevo hospital» en la calle Galcerán[1067]. El edificio del viejo hospital, se derribó el 9 de febrero de 1879, resultando un solar que dio lugar al

[1067] Duraron hasta 1891, fecha en la que se concluyó tras instalar la gran escalinata y la verja de la entrada.

emplazamiento del «nuevo palacio» de la Capitanía General de Canarias siguiendo las órdenes y deseos del Capital General de Canarias, Valeriano Weyler[1068]. Tras tener claras las intenciones establecidas por Valeriano Weyler, se planteó un proyecto nuevo rápidamente, que establecía dos posibilidades con respecto a la ubicación: la primera proponía construir la Capitanía sobre la actual plaza que la precede, no cambiando la dirección del edificio hospitalario; y una segunda que exiliaba de su primigenio entorno al Hospital, colocándolo en un solar próximo con «mejores condiciones de salubridad». Fue esta última por la que se decantaron las autoridades competentes, entre ellas el Capitán General, la Dirección General de Ingenieros y el Ayuntamiento. Esta opción proporcionaba a la ciudad una plaza de considerable tamaño que favorecía el Ensanche que se estaba gestando en esta urbe.[1069]

La Real Orden de 30 de diciembre de 1878 aprobaba el proyecto de construcción del nuevo edificio, diseñado por Tomás Clavijo y Castillo Olivares, Comandante del Cuerpo de Ingenieros del Ejército, a la que se unió la Real Orden de 15 de noviembre de 1881 donde definitivamente se establecía su construcción[1070], obra que se prolongó hasta bien entrada la década de los noventa, siendo la fachada principal la primera parte conclusa del edificio desde 1883[1071]. En referencia a la autoría, todas las publicaciones realizadas hasta hoy en día, se la asignan al Maestro Mayor de obras de Fortificación y Edificios Militares Domingo Sicilia y González, artífice de numerosas obras militares entre 1850 y 1900. Producto del análisis de documentación existente tanto en la Comandancia de Obras de Santa Cruz de Tenerife como en el Archivo General Militar de

[1068] BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003). *Opus cit*, p. 171.
A excepción de la sala de San Pedro que se destinó a cocheras del nuevo edificio de Capitanía.

[1069] Será otorgado gracias a la Real Orden de 3 de agosto de 1875. En 1881, el Ayuntamiento solicita la permuta de los terrenos de la plaza mediante la Real Orden de 18 de junio, otorgándole por unos terrenos situados en el testero posterior del nuevo edificio de la Capitanía General no pudiéndosele dar otro fin más que el de espacio público destinado al ocio de los santacruceros. Así mismo, cedió a la Capitanía los solares precisos para la construcción del nuevo edificio hospitalario militar, costeando el alojamiento de los militares enfermos hasta la conclusión de las obras de edificación; a estas concesiones se le agregó el suministro de materiales para la construcción del nuevo palacio militar.

[1070] R.O. manuscrita de aprobación del proyecto definitivo para el Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife fechado el 15 de noviembre de 1881. A.G.M. Segovia, Sección 3ª, División 3ª, Legº 695. Extraído de: BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003): *Opus cit.* Anexo documental.

[1071] El edificio antiguo se desaloja completamente a comienzos de febrero de 1879, efectuándose un acto solemne al que asistió la población y autoridades eclesiásticas, civiles y militares.

Segovia, apuntan hacia otro personaje diferente como deja claro en su tesina Ana Mª Benedicto Justo[1072].

La traza primigenia del edificio del Hospital Militar se articulaba a partir de cinco crujías: una central inserta en una planta rectangular, resultado de las cuatro restantes. De esta manera, se constituían dos grandes patios en los que se ubicaba un pabellón por cada uno de ellos, perpendiculares a la crujía transversal, muy en la órbita de la tipología claustral, ya exiliada de la arquitectura hospitalaria, salvo casos excepcionales[1073]. Tras un examen exhaustivo del anteproyecto, fue la Junta Superior Facultativa del Cuerpo de Ingenieros la que consideró que la distribución carecía tanto de las mínimas condiciones higiénicas (ventilación y luz) como de capacidad (número de enfermos)[1074]. Una R.O. del 14 de abril de 1880 modificó el anteproyecto eliminando las crujías perpendiculares a la fachada principal que cerraban el rectángulo, comunicando la crujía del fondo (lugar donde se destinado al alojamiento de los sanitarios, la cocina y la botica) y la fachada principal, y suprimiendo los cuerpos de edificios que por los lados mayores del patio, lo que le daba a la planta una «forma de espina de pescado». Además ubica la sala de reconocimientos en un lugar del edificio diferente *con el indicado objeto de no impedir la comunicación del aire* y se aumenta la altura de la edificación *que se deja entre los pisos de la parte cubierta y la descubierta o patios, excepto en la parte estrecha de la crujía del fondo*[1075]. El 1 de junio de ese año, se dio comienzo a las obras de edificio, de la mano del ingeniero Salvador Bethencourt. El proyecto en cuestión no fue fiel a las pautas marcadas en la R.O. del 14 de abril de 1880, aunque si suprimió las crujías

[1072] *Opus cit*, p. 172.
Tanto de los planos como del primigenio establecimiento, además de la dirección de la ejecución del edificio.
[1073] El 29 de marzo de 1880 fue enviado a Madrid por el Director General de Ingenieros el anteproyecto del inmueble.
[1074] Memoria descriptiva del proyecto del Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife, firmado por Salvador Bethencourt y examinado por Tomás Clavijo. Proyecto remitido aprobado por R.O. fechado el 15 de noviembre de 1881. A.G.M. Segovia, Sección 3ª, División 3ª, Legº 695. Extraído de: BENEDICTO, A. M. (2003). *Opus cit*. Anexo documental.
Los cuatro pabellones, presentes en el anteproyecto, no presentaban la independencia y aislamiento necesarios (enlazaban con las galerías de las crujías y con las salas de presos).
[1075] *Memoria del Proyecto para la Construcción del Hospital Militar* (proyecto primitivo). Consultar R.O. fechado el 14 de abril de 1880, con las bases de las modificaciones a incluir en el anteproyecto del hospital, dirigido al Director General de Ingenieros. A.G.M. Segovia, Sección 3ª, División 3ª, Legº 695. Extraído de: BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003). *Opus cit.* Anexo documental.

perpendiculares a la fachada principal y los cuerpos de edificio que unían las cuatro salas entre sí y a la crujía del fondo, eliminando la forma rectangular de la planta[1076], aumentando el tamaño de éstas, situación que favoreció considerablemente el aumento del número de alojamientos y la conservación de la orientación del primer diseño que atendía al «aire circulante» del nordeste, considerado de especial interés para la recuperación rápida de la salud de los individuos enfermos.

Todas estas modificaciones efectuadas llevaron a una nueva distribución del Hospital, dividiéndose cada pabellón en dos salas con una capacidad que oscilaba entre las 10 a 12 camas para cada una de las ocho enfermerías resultantes, lo que hacía que el número de camas oscilara entre 102 a las 108, cifra lejana de las 120 proyectadas originariamente; cada enfermería estaba dotada con una letrina propia, así como comunicaciones independientes. Sus especialidades comprendían medicina interna, infecciosos, cirugía y observación, ubicando oftalmología en el pabellón del fondo; reos y dementes en un edificio para tal fin que se dispuso construir a la izquierda del pabellón D[1077]. Para la intercomunicación de este entramado de pabellones se articularon galerías ubicadas en los laterales de los pabellones de la fachada y del fondo, además de los laterales del patio central[1078], trasladándose el local destinado a los sirvientes al piso bajo de la crujía principal, lo que facilitaba considerablemente el movimiento internamente por las «calles asistenciales», tan necesario, tanto para el personal como para los pacientes, por el inmueble. Como distinción, sobre el *piano nobile* de la fachada, en la segunda planta, se ubicó el alojamiento de los oficiales. La cocina, la despensa y las habitaciones de los trabajadores de éstos, como se estipuló en R.O., se trasladó del

[1076] Memoria descriptiva de la reforma del anteproyecto del Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife, sin que la reforma se haya ceñido estrictamente a las bases ya citadas. Plano adjunto: planta alta y perfiles, planta baja, presupuestos de la reforma de 249400 pesetas fechado el 10 de octubre de 1880. A.G.M. Segovia, Sección 3ª, División 3ª, Legº 695. Extraído de: BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003). *Opus cit.* Anexo documental.
El 10 de octubre de 1880 bajo la supervisión de Tomás Clavijo el proyecto es firmado por Salvador Bethencourt, con un presupuesto estimado de 249.400 pesetas.

[1077] Esta nueva construcción estaba compuesta de una doble crujía y dividido por tabiques de hasta 40 centímetros de espesor, que favorecía el aislamiento y reclusión de los individuos que se alojaban en ella.

[1078] En el primer proyecto se establecen un número superior de galerías que desaparecen para procurar un aumento del tamaño de la superficie de los patios, mejorando considerablemente la ventilación del recinto. Además se atiende al ancho de las que se proyectan, estableciendo un tamaño no superior a los 2 metros. Las entradas a estos corredores estaban cubiertas.

testero posterior. Junto a estas dependencias, se instaló la botica, situación que conllevó un aumento del tamaño de la crujía que no se contemplaba en el proyecto original[1079]. Todas estas alteraciones llevaban a que el pabellón C quedaba desprovisto del almacén, las salas de operaciones y balneario, dependencias presentes en el proyecto primero. Para dar existencia a estos departamentos, se procuró una crujía doble.

163. Anónimo: Valeriano Weyler (1898).

La distribución de cada uno de los pabellones se establecía en dos grandes salas que compartían vestíbulo, dotadas con dos letrinas y un cuarto de limpieza; además, existía dos cuartos: uno destinado al cabo de sala y otro para un enfermo aislado. La sala de convalecientes, provista de numerosas ventanas y comedor para los pacientes alojados en ella. Próximos a los pabellones, se instalaron el terrado, el cuarto de desahogo y una enfermería con comedor destinada a los oficiales. Para albergar a los «desahuciados» de la sociedad (presos y locos), se habilitaron una crujía doble, de menor altura que los edificios que albergaban las enfermerías, dotadas de máxima autonomía, y que no eran más que una prolongación de los pabellones C y D. Queda claramente definida la división que se hizo entre los enfermos infecciosos y no infecciosos, así como entre enfermos de medicina o de cirugía. El lateral nordeste se cerraba con un trabajo de cerrajería que facilitaba considerablemente la circulación del aire y la ventilación natural, a la que en todo momento se le dio una notable importancia tras los estudios efectuados por el ingeniero Casimir Tollet.

[1079] La remodelación del proyecto atendía a un aumento del número de vanos, hasta trece, y la habilitación de una pequeña salida a la capilla, lo que daba una capacidad más regulara ésta.

164. Anónimo: Hospital Militar (1890-95).

Todas estas modificaciones establecidas para esta construcción fueron defendidas notablemente por el Ingeniero Comandante Vidal Abarca en un informe que remitió el 18 de octubre de 1880 al Director General de Ingenieros[1080]. La Junta Superior Facultativa de Cuerpo de Ingenieros, acordó en la sesión del 18 de enero de 1881, no

[1080] Escrito de Vidal Abarca al Director General de Ingenieros defendiendo el anteproyecto de Salvador Bethencourt y cuestionando las soluciones dadas en las bases prescritas por la R.O. fechada el 18 de octubre de 1880. A.G.M. Segovia, Sección 3ª, División 3ª, Legº 695. Extraído de: BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003). *Opus cit.* Anexo documental.
... Y aún cuando las citadas bases para la reforma del anteproyecto fueron prescriptivas, y por lo tanto indiscutibles, cúmpleme sin embargo, manifestar que la solución presentada para satisfacerlas tiene en mi concepto los inconvenientes de disminuir la capacidad para la enfermería, de hacer que el servicio de la misma se haga en parte al descubierto y de aumentar el presupuesto ; y que la supresión de las crujías perpendiculares a la fachada, si bien permite mayor circulación del aire, priva al interior del edificio de la defensa contra los vientos menos favorables para la salud y más intensos en esta localidad. Además la crujía de fachada, que consta de dos pisos, queda sin enlace en el superior, lo cual constituye un defecto de buena construcción. Respecto a la separación de los pabellones enfermerías sabido es que está indicada la de una vez y media su altura, pero este límite no es tan absoluto que impida disminuirlo en beneficio de otras conveniencias cuando se tienen en cuenta la situación despejada y dominante del edificio, su orientación y las circunstancias del clima para que la ventilación sea proporcionada al número reducido de enfermos (17 cada pabellón) y no ... ni obtenida por medio de corrientes perjudiciales siempre a la salud.

introducir ninguna de los cambios planteados viéndose obligados a la introducción de otro pabellón para locos y presos, al no incorporar el alojamiento de sanitarios en la crujía del testero posterior del fondo. Muy criticada fue la superficie asignada a la botica del Centro y a la capilla[1081], así como a la desorbitada altura otorgada a las galerías que hacían de nexo entre las crujías, en detrimento de la del resto de los pisos del inmueble. Todas estas modificaciones del anteproyecto se devolvieron para el estudio del proyecto definitivo, estableciendo unas pautas bien definidas: eliminar el pabellón destinado a alojamiento de los sanitarios y situar en el solar de aquel el de presos y locos con la misma longitud que tenía; uniformidad entre las alturas de las galerías comunicantes con los pabellones de enfermos; y, una reestructuración de la superficie de la capilla, que como se ha expuesto con anterioridad.

El 17 de junio de 1881 se remite a la Dirección General de Ingenieros el documento definitivo[1082], proyecto efectuado por Salvador Bethencourt bajo la supervisión de Tomás Clavijo. La Junta Superior Facultativa concede la aprobación definitiva en sesión del 27 de octubre, dando su ratificación mediante la R.O. de 15 de noviembre del mismo año, momento en el que ya se habían acometido trabajos de explanación del solar y cimentación[1083]. Este hospital, proyectado por Bethencourt, respondía a una tipología concebida por módulos de pabellones de especialidades que presentaban la característica de estar bien orientados y aislados, con una planta elevada del suelo que empleaba soluciones abovedadas, sistema que propiciaba la ventilación del recinto, lo que lograba una salubridad que ayudaba a la rápida recuperación de los enfermos internados en él. A su vez, se incorporaba un modelo de pabellones ligados con

[1081] Este aumento del tamaño de la superficie de la Capilla del recinto hospitalario, que pretendía aumentar el aforo, conllevaba usar parte de la galería que le corresponde a su frente, situación que dificultaba considerablemente el paso por la zona cubierta.
[1082] *Opus cit*, p.176.
[1083] Documento de la Subinspección de Sanidad Militar que informa sobre las condiciones del solar cedido por el Ayuntamiento para la construcción del hospital. Plano adjunto fechado el 20 de marzo de 1879.
Documento de la Subinspección de Ingenieros informando sobre superficie del solar: forma de trapecio «cuyas bases paralelas son de 97 m. y 61,2 m. y de altura 66,5 m., componiendo una superficie de 5263,48 m.» fechado el 14 de abril de 1879.
Documento del alcalde notificando la rasante de la prolongación de la calle de Iriarte: 1,12 % de desnivel hasta término de la prolongación, fechado el 23 de agosto de 1879.
Todos ellos en A.G.M. Segovia, Sección 3ª, División 3ª, Legº 695. Extraído de: BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003). *Opus cit.* Anexo documental.

circulación cubierta, impulsado por la Escuela Inglesa, donde el primer hospital que asume esta tipología fue el de Blackburn en Manchester en 1870, y, poco después, el John Hopkins de Baltimore en 1880.

Si atendemos a los planos del edificio orientado entre dos planos de situación, el primero (perímetro trapezoidal P,R,G,M) se encuentra elevado 4 metros sobre el segundo, es decir R,S,T,G. Sobre el lado M,J del primer trapecio en una longitud de 66,60 metros se establecía una crujía de 5,40 metros de ancho por 5 metros de altura interior, con cerramiento en cubierta en forma de azotea, lugar destinado a las dependencias accesorias del hospital, tales como cocina, despensa, baños, botica, alojamiento de sanitarios, sala de operaciones, e incluso la propia capilla. Tanto las letrinas como las caballerizas, se ubicaron en la prolongación N,P, junto al depósito de cadáveres y sala de autopsias, con una anchura de 3,4 metros y 4 metros de altura interior, intentado así, aglutinar todas aquellas dependencias sépticas en un punto del establecimiento. Superpuesta a esta planta, se disponían cuatro pabellones iguales de considerables dimensiones: 27,6 metros de longitud por 7,80 metros de anchura y 5 metros de altura hasta la solera con un cerramiento en cubierta de teja a dos aguas; cada uno de los pabellones se distribuía en dos salas de enfermería. Todos y cada uno de estos pabellones, separados por sus cabeceras, formaban un paso central de 10,50 metros de anchura, la de sus costados una calle de 6 metros, y la de los que unían a la crujía del fondo con ésta, un patio de 9 metros de latitud. La prolongación del pabellón C se destinaba a presos y locos; sobre el plano inferior, se elevaba la crujía principal de dos pisos, con una anchura de 4,80 metros y alturas interiores de 4 metros en el piso bajo y de 5 metros en el principal, con cubierta de azotea. Este cuerpo de edificio estaba destinado principalmente a almacenes y oficinas y constituía la «calle de suministros». Tanto los lavaderos y portería como los jardines y el cuerpo de guardia estaban ubicados en el resto del solar, con un cerramiento por el lado sur con un muro de cerca, y con verjas por la fachada principal y el costado norte.

Los pabellones aislados presentaban cada uno de ellos dos salas separadas por un vestíbulo, contemplando la existencia de una habitación para enfermo que pudieran precisar aislamiento, además de otra para el cabo de sala, dos letrinas y un cuarto destinado a las herramientas de limpieza. Cada sala poseía entrada independiente y era autónoma, de igual manera que el resto del servicio, realizándose por los pasillos laterales. Con respecto al aire, las ventanas dispuestas en el paramento de los muros de

los pabellones o la disposición de ventiladores ordinarios al pie de los muros, era la manera de elevar el aire hasta el cielo raso expeliéndose por las rosetas caladas instaladas en él, siendo éste arrastrado por la corriente que se establecía con los dos ojos abiertos en los piñones[1084]. Para el cerramiento en cubierta, se dispuso una armadura para la cubierta constituida por siete cerchas, compuesta cada una de ellas de un puente, un tirante de hierro con pendón, dos pares y dos péndolas de lo mismo.

Para evitar un contacto directo con los patios que podía favorecer la posibilidad de entrada en el recinto sanitario de los miasmas, los pisos de los pabellones se dispuso elevar a una altura de 0,85 metros sobre éstos, salvándose el desnivel con tres escalones, a lo que se unía la pendiente de la acera de las galerías y el resalto del sardinel sobre el patio. Con respecto a las comunicaciones, éstas tienen lugar por las debatidas galerías de 2 metros de anchura y 4 metros de altura, que constituían las «calles asistenciales», sustentadas por columnas de hierro; la ubicada en el segundo piso de la crujía principal presentaba un cerramiento acristalado en todo su desarrollo. La escalera principal comunicada con la entrada principal que constituía la «calle principal». Era de pendiente cómoda, se construyó en sillería con cuatro ramales, peldaños de piedra basáltica y hierro forjado en barandilla-pasamanos; en contraposición, para las de servicio se empleó madera, uniendo la galería del piso bajo en la crujía de fachada. Por último, destacar el empleo de una solución de caracol para la escalera que daba acceso a la azotea, cubierta con un torreón ochavado.[1085]

Los materiales empleados para la construcción del establecimiento castrense eran de uso corriente, uniéndose a estos los procedentes del antiguo edificio ubicado en la Plaza de Weyler[1086]. Constructivamente, se emplearon muros de mampostería ordinaria enlucidos y blanqueados, con tabiques de ladrillo y pisos de losa, pretil basáltico en las aceras y adoquín en los patios interiores y de lavaderos; en los cerramiento de cubiertas se usó envigados de tea con soleras y correas, azotea de hormigón y cielos rasos de caña y yeso. En cuanto a puertas y ventanas, de pino blanco con bastidor de pino riga, y rejas de hierro. La crujía principal fue una de las partes del edificio que se acometieron

[1084] *Ibidem*, p. 176.
[1085] *Ibidem*, p. 177.
[1086] R.O. del 30 de diciembre de 1878.

inicialmente, ya que se precisaba de su conclusión para dar comienzo a la construcción de los pabellones aislados junto a la crujía del testero posterior. Era en este último lugar donde se había proyectado la ubicación de la cocina, recinto fundamental para la puesta en marcha del recinto sanitario. A tenor de la documentación estudiada, posiblemente el edificio vio una posible «puesta en marcha» en aproximadamente dos años[1087]. La Comandancia de Ingenieros de Santa Cruz de Tenerife elaboró y diseñó una serie de reformas, recogidas en la R.O. de 9 de noviembre de 1891, que afectaban a las pautas establecidas en el primigenio proyecto, realizando cambio de los pisos en los pabellones enfermerías. Así, se colocaba un material impermeable en los pisos de las salas C y D en proyecto, desechando la madera existente en las salas A y B, salas que ya estaban terminadas[1088]. Al observar la R.O. del 15 de noviembre de 1881, inicialmente se partió con un presupuesto de 345.000 pesetas, dinero que no se aportó atendiendo a la marcha de las obras, lo que conllevó esta irregularidad al retraso e incluso paro de los trabajos de construcción.[1089]

De igual manera que en el Hospital Civil, las reformas y modificaciones fueron la nota predominante en la historia del Centro. Estos cambios buscaban básicamente adaptarse a las nuevas necesidades que se habían generado: el aumento de la población militar presente en la Isla que procuraba salvaguardar «un territorio estratégico» y numerosas innovaciones de la medicina que ofertaban nuevos tratamientos y terapias. A diferencia de su «homólogo civil», desde el poder militar no existió intención de dotarlo de nuevos edificios que aumentaran la superficie asistencial, sino que se apostó por una remodelación de los ya existentes, aprovechando el inmueble de la calle

[1087] Claro ejemplo de esta discontinuidad en los trabajos realizados en el Hospital, son los comentarios recogidos en la memoria de la Comandancia de Ingenieros sobre obras y servicios (año 1883-84) donde se reconoce la paralización de las obras entre octubre de 1883 y mayo de 1884, atendiendo a la falta de una inversión de 25.402 ptas.

[1088] Memoria descriptiva de la reforma al proyecto de Hospital Militar fechada el 18 de septiembre de 1891 y firmada por Salvador Bethencourt. A.G.M. Segovia, Sección 3ª, División 3ª, Legº 695. Extraído de: BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003). *Opus cit.* Anexo documental.
Según se expone en la Memoria de la reforma al proyecto fechada el 18 de septiembre de 1891 y rubricada por Salvador Bethencourt, el entarimado de pino fue sustituido por mosaicos y el envigado de pino-tea por relleno de piedras basálticas.

[1089] El Capitán General Weyler fue uno de los grandes promotores de la recaudación de fondos para la ejecución de la obra, situación que fue perenne durante toda su estancia en las Islas.

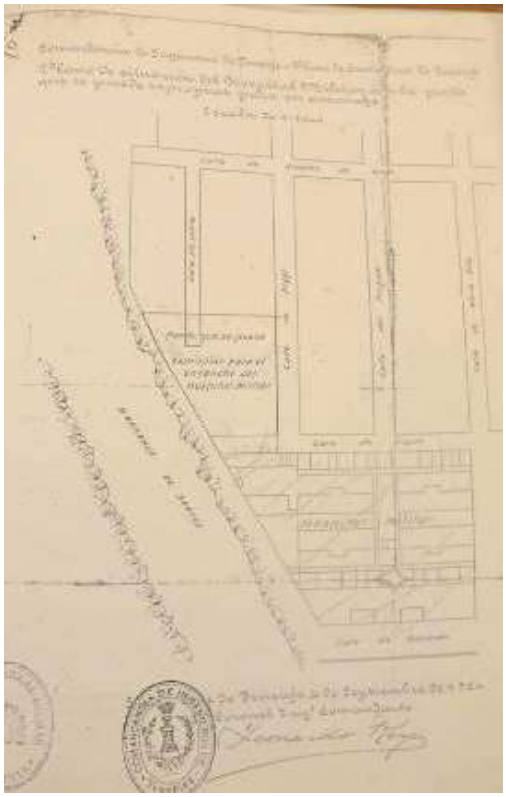
Galcerán[1090]. Esta política de reciclaje ocasionó que poco a poco el hospital adquiriera una «morfología laberíntica» que traicionaba el sentido de unidad proyectado originalmente por el ingeniero Salvador Bethencourt Clavijo.[1091]

165. José V. González Bethencourt: Fachada del Hospital Militar a la calle Galcerán a finales del siglo XIX(2009).

Tras la finalización de las obras de construcción del hospital, a los pocos años, en 1900, se iniciaron obras para la reforma en la crujía posterior ubicando en ella el Servicio de Farmacia junto a las dependencias accesorias. Esta iniciativa se llevó a cabo ante lo inadecuado del lugar en el que se encontraba en ese momento, no favoreciendo las actividades propias de la botica, como eran las de elaboración, dispensación y

[1090] Véase Anexos Documentales. Sección HOSPITAL MILITAR (listado de proyectos acometidos por la Comandancia de Obras de Santa Cruz de Tenerife, entre 1900-50).
[1091] R.O. de 12 de abril de 1899.
Entre abril de 1899 y mayo de 1902, la Comandancia Principal de Canarias estuvo a su cargo tras adquirir la condición de coronel, a lo que se unió el cargo en la Sección de Reserva del Estado Mayor General del Ejército. Cesa en el cargo para ingresar en la Sección del Estado Mayor General del Ejército como General de Brigada, concediéndosele la Gran Cruz del Mérito Militar con distintivo blanco mediante el Real Decreto del 4 de marzo de 1903, estando a cargo de la Sección de Reserva del Estado Mayor General del Ejército hasta el 24 de abril de 1914, año en el que murió.

almacenaje de los fármacos[1092]. El proyecto, que ya había sido elaborado desde el 20 de enero, fue rubricado por el arquitecto Domingo Pisaca, bajo la supervisión de Luis Durango, para ser aprobado por la R.O. del 30 de abril de 1900.[1093]



166. Planta de la ampliación del Hospital Militar (AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695).

Recientemente se había adquirido un carruaje-ambulancia para poder transportar a los enfermos impedidos que se estacionaba en las proximidades del hospital, sin tener una ubicación definida. Para concretar una zona de estacionamiento, el maestro de obras Domingo Pisaca elaboró un proyecto que firmó el 28 de febrero de 1901, en el que se recogían las instrucciones pertinentes para la construcción de un local que albergara el vehículo, junto a las cuatro mulas que permitían que se pudiera movilizar, aunque el edificio anexo procuró dar cabida a cinco[1094]. El proyecto se ejecutó en un solar de 104 metros cuadrados contiguo de la parte sur, perteneciente a José Díaz Llanos, quien lo cedió para tal fin[1095]. Las obras, que habían sido aprobadas mediante la R.O. del 16 de abril de 1901,

[1092] La galería general de la crujía posterior servía de paso para acceder al almacén, la botica o el laboratorio, situación que no favorecía a las actividades propias de la Farmacia.
[1093] La R.O. de 10 de abril de 1900 permitió la colocación de un asta de bandera en la fachada principal del hospital. El proyecto fue firmado por el Maestro de Obras Manuel Arroyo, examinado por Juan Fernández Shaw y Bethencourt el 27 de septiembre de 1900, aprobado en R.O. 30 octubre del mismo año.
[1094] R.O. 7 de febrero de 1900 y plano del solar donde se ubicó. Apéndice documental, nº 27.
[1095] El primer escarpe del Barranco de Santos, adosado al pabellón de locos y presos, en el costado sur del edificio del Hospital, fue donde se construyó el local destinado a cocheras, levantándola sobre el terraplén unos tres metros, para alcanzar la altura del edificio hospitalario uniéndolo con éste por medio de una rampa. El acceso se le dio por la calle Iriarte, con un vano de dimensiones considerables que facilitara un fácil acceso.

fueron supervisadas tanto por el Ingeniero Comandante Juan Fernández Shaw como por el Coronel Comandante Principal Salvador Bethencourt.

Con el paso de los años el poder militar en la Islas procuró conservar en todo momento la idea con la que se había gestado el edificio hospitalario. Se consideraba de suma importancia crear y mantener una estructura arquitectónica que favoreciera al mínimo la posible proliferación de microbios. Para lograrlo, se efectuaron pequeñas intervenciones en las letrinas, salas para oficiales presos y dementes, una habitación para el Oficial de Guardia y la construcción de una sala de operaciones. El encargo se le hizo al maestro de obras Manuel Arroyo, el 17 de agosto de 1900, con un presupuesto a cargo del material de ingenieros de 28.370 pesetas, siendo firmado por José Espejo Fernández el 19 de abril de 1901[1096]. En el proyecto se manifiesta la preocupación por aunar los avances de la ciencia en el campo médico con los conocimientos de la arquitectura e ingeniería:

> *…entre todas las armas de combate esgrimidas contra el terrible y común enemigo de todo operado, la medicina había de llamar a las puertas de todas las ciencias humanas, y pedir a la del Ingeniero recursos suficientes, con que agregar al arsenal ya existente nuevos elementos para garantizar el éxito y obtener la victoria. De ahí el apoyo que todo constructor, todo Ingeniero debe dar a la medicina, haciendo un estudio detenido y concienzudo de las soluciones que debe adoptar... y si esto que decimos es común y aceptable a cuantos dedicados a la arquitectura o Ingeniería proyectan edificios nosocomiales, aún más particularmente incumbe en su estudio al Ingeniero Militar….*[1097]

Para las salas destinadas a oficiales presos y dementes, se dispuso una solución, situada en el patio central del edificio, que comprendía dos celdas de 9 metros cuadrado cada una, ampliándose el departamento de locos de tropa, en el patio comprendido entre aquel y una de las salas de enfermos. Para el Cuerpo de Guardia de Oficial, se aumentaron los dos pabellones de la entrada por el lado contrario a la entrada principal, demoliendo el muro del fondo y respetando en la nueva construcción todos los detalles arquitectónicos y constructivos ya existentes.

Por estas fechas, y a tenor de los numerosos descubrimientos efectuados en el campo de la microbiología, que incluían los métodos antisépticos y de asepsia, se instaló

[1096] Proyecto recogido en la R.O. 15 de abril de 1902.
[1097] Véase Anexos Documentales. Sección Hospital Militar (listado de proyectos acometidos por la Comandancia de Obras de Santa Cruz de Tenerife, entre 1900-50).

una estufa de desinfección modelo *Gererte et Herchez* ubicándose en el recientemente creado Servicio de Desinfección[1098]. Este servicio se le dotó, el 30 de diciembre de 1902, con una nueva planta en forma de trapecio irregular cuya superficie era de unos 180,41 metros cuadrados, lindando por el norte con el testero sur de la sala de enfermería número 2, por el sur con el Barranco de Santos, al este con los lavaderos del edificio y al oeste con los locales destinados a presos y locos, y con el patio alto destinado al servicio de cocinas, cuadras y caballeriza. Con su emplazamiento, se conseguía un polígono destinado a secadero y otros procedimientos precisos para el uso de la estufa, procurando no interrumpir la entrada al patio alto, ni la salida de personas y objetos ya limpios, prolongándose la cubierta de la nave derecha de la crujía, consiguiendo con esta disposición los espacios destinados a escalera de subida al referido patio y al almacén general de efectos[1099]. En 1904, mediante la R.O. 13 diciembre, se proyecta un consultorio y clínica de operados, firmado por el Capitán Agustín Gutiérrez de Tobar y visto bueno del Coronel Comandante Ángel Rosell, con presupuesto de 3.270 pesetas, destinado a las familias de Generales, Jefes y Oficiales, en el pabellón que ocupaban las Hermanas de la Caridad, las cuales habían quedado en suspenso por la R.O. que desautorizaba sus servicios en los Hospitales Militares.

Como ocurrió en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, había existido una marcada inquietud para proporcionar agua al Establecimiento en condiciones óptimas. Desde 1858, el agua que llegaba a Santa Cruz procedía de once fuentes diferentes, que Antonio Pintor, en 1897, había intentado conducir mediante un canal al que se le unió la construcción de un depósito regulador en 1911, momento en el que se incorpora a la red el sistema de agua a presión. El agua que abastecía al Hospital carecía de la calidad adecuada, llegando en numerosas ocasiones con considerables cantidades de partículas en suspensión que la hacían inutilizable. En 1905, se procedió a instalar unos filtros *Mallié* de porcelana de amianto, sustituyendo a los ya existentes,

[1098] El R.D. 18 diciembre de 1901 establece la creación de este servicio de desinfección militar y la compra de dichas estufas, siendo aprobado, mediante la R.O. 7 mayo de 1902 el programa de necesidades.

[1099] Este proyecto aparece firmado por el Comandante Antonio Gómez de Tejada con el visto bueno del Coronel Comandante Ángel Rosell el 31 de diciembre de 1903, fue aprobado por R.O. del 22 de marzo de 1904. Véase Anexos Documentales. Sección HOSPITAL MILITAR (listado de proyectos acometidos por la Comandancia de Obras de Santa Cruz de Tenerife, entre 1900-50).

tres filtros Chamberland sistema Pasteur de tres bujías, que no eliminaban los gérmenes que portaba el agua de abastecimiento[1100]. Costó un total de 895,70 pesetas, sufragadas por el fondo de entretenimiento de la Comandancia; el proyecto fue firmado por Sixto Laguna el 20 de julio de 1906, siendo ratificado por Ángel Rosell.[1101]

Nuevamente se plantea la intención de realizar intervenciones en el edificio en abril de 1915. El Jefe de Sanidad Militar, mediante un escrito describía las nefastas condiciones de la sala de operaciones, de la sala de radiología y del laboratorio clínico. Esta denuncia provocó el nombramiento de una comisión asesora que marcara las directrices que se deberían establecer para efectuar una ampliación del edificio, encabezada por José Secchi, Médico Mayor, y José Galván Balaguer, Comandante de Ingenieros. Fruto de diferentes reuniones fue el informe que emitieron el 31 de mayo de 1915, en el que se rechazaba agregar un piso al edificio de la fachada por dificultades técnicas, así como la eliminación de gran parte de la luz natural que accedía a la sala de los enfermos[1102]. La solución que plantearon fue la elevación de un piso en la crujía posterior de dimensiones considerables, 65 metros de largo por 8 metros de ancho aproximadamente[1103]. A estas intervenciones se le unieron las realizadas sobre el pabellón de presos y dementes, al que se le agregó otra planta en la que se ubicaron tres salas, de anestesia, de operaciones y de esterilización aislada, junto a un cuarto-almacén para material quirúrgico y una sala de espera[1104]. Esta solución permitía unificar todos los recursos quirúrgicos en un solo punto del Centro, lo que favorecía la administración del tratamiento y menguaba considerablemente la aparición de enfermedades nosocomiales. La práctica de aglutinar estos servicios en un «área

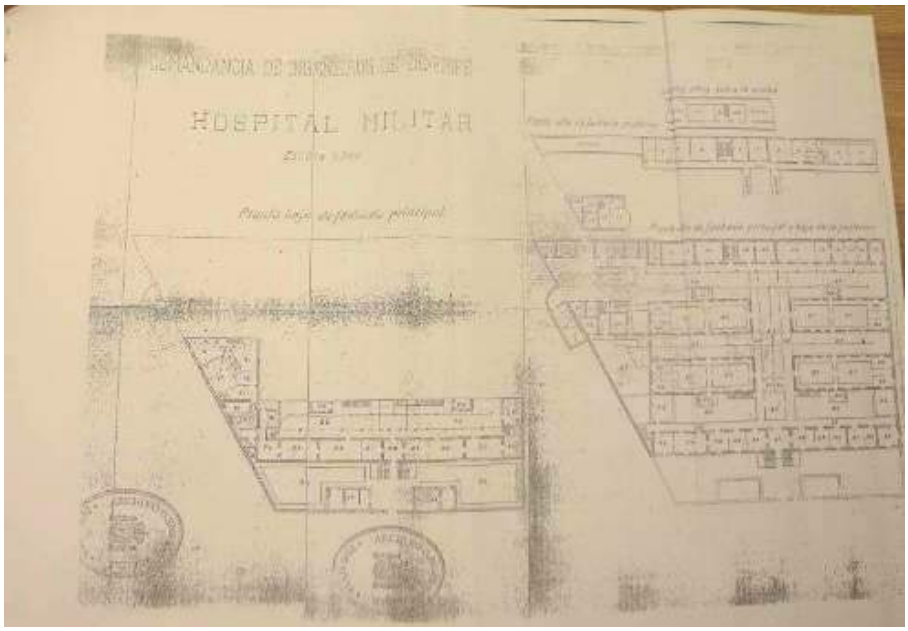
[1100] *Opus cit.,* p. 183.
Este tipo de filtro fue inventado en 1893 por Mirán y Parnós, obteniendo el Premio Montyon de la Academia de Ciencias de París. El cambio de sistema se recoge en la R.O. de 29 de mayo de 1905.
[1101] R.O. de 31 de agosto de 1906.
[1102] En este momento, la luz era considerada fundamental para la recuperación de los enfermos, situación ya descubierta desde el siglo XVIII por los médicos franceses quienes empleaban esta terapia para las infecciones de piel.
[1103] Véase anexos documentales, sección Hospital Militar. Véase Anexos Documentales. Sección HOSPITAL MILITAR (listado de proyectos acometidos por la Comandancia de Obras de Santa Cruz de Tenerife, entre 1900-50).
[1104] Podemos encontrar las características de esta intervención en la R.O. 25 de septiembre de 1915, donde se nos dimensiona: 4 metros que favorecía la instalación de las diferentes dependencias necesarias.

quirúrgica» comenzó tímidamente desde inicios del siglo XIX, en 1822, cuando se decide crear un quirófano unido a la sala de recuperación, en el *Hospital Santo Tomás* en Southwark (Londres). Posteriormente, Florence Nightingale generalizará esta práctica, agregándose a este departamento los sistemas de esterilización tras los descubrimientos de Joseph Lister en 1865, y la sugerencia a los médicos de los hospitales militares de hervir el instrumental y los vendajes, formulada por Louis Pasteur en 1871. En la crujía norte se decidió la instalación de los laboratorios de análisis clínico, y para la sur, la sala de rayos X, atendiendo a las directrices establecidas en el proyecto emitido por el capitán Manuel de León.[1105]

Posteriormente, fueron varias las reformas y reestructuraciones, como apunta Ana Benedicto en su trabajo de investigación sobre este hospital, cuando se refiere a ellas: *la escalera de acceso a los dos primeros grupos se hizo en el cuarto del capellán, inmediato al de sacristía; tenía cuatro tramos y comunicaba hasta la azotea, donde se situaron los locales destinados a animales inoculados y de experimentación. En relación con la planta baja, una galería general del largo de la crujía, daba comunicación a todos los locales, además de la de éstos entre sí, por medio de puertas interiores. Los detalles de distribución, así como el destino de cada local quedan expresados claramente en el plano, habiéndose tenido cuidado de hacer la fachada del cuerpo alto en armonía estricta con la ya existente del bajo*[1106]. Además agrega en lo referente al diseño que se empleó para la construcción del área quirúrgica del hospital: *en el pabellón de operaciones, la comunicación cerrada entre los locales aislados de las salas de enfermería, inmediata a la sala de operaciones, se hizo por el patio intermedio; de esta manera, al estar los pisos de las salas a 68 cms. sobre el nivel del patio, se evitaba la construcción de nuevas escalinatas de acceso a ellas, así como la transformación de ventanas en puertas para la galería. La comunicación con la sala de operaciones se estableció, como solución más económica y sencilla, por medio de una galería en*

[1105] Véase Anexos Documentales. Sección HOSPITAL MILITAR (listado de proyectos acometidos por la Comandancia de Obras de Santa Cruz de Tenerife, entre 1900-50).
[1106] BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003). *Opus cit*, p. 189.

pendiente de 31º con escalera que arrancaba de una de las ventanas de los locales aislados y terminaba en el local destinado a vestíbulo….[1107]



167. Plantas de semisótano, baja y primera del Hospital Militar en 1925 (AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695).

Para la ejecución de las obras, las de mayor envergadura desde la finalización de las que se efectuaron para la construcción del edificio, se precisó un presupuesto de 100.530 pesetas, que fueron abonadas por el Servicio de Ingenieros[1108]. Dos años más tarde, se había finalizado las obras de la sala de operaciones y locales anexos; aún quedaban por concluir todas las dependencias proyectadas para la planta superior de la crujía posterior, que habían sido modificadas para adaptarse mejor a las necesidades asistenciales del Centro[1109], presupuestándose para la conclusión de las obras, la cantidad de 98.170 pesetas pagadas por los servicios de ingenieros, cuya subasta pública recogía en su pliego de condiciones, una duración de las obras de 10 meses[1110]. La subasta de ambas obras se declaró desierta ante la carencia de materiales para su realización, muchos de ellos empleados para la construcción-ampliación del Hospital

[1107] *Opus cit.,* p. 184.
[1108] Recibe su aprobación mediante la R.O. de 22 de octubre de 1915.
[1109] R.O. de 9 marzo de 1918.
[1110] R.O.C. de 23 de abril de 1902.

Civil y las obras de prolongación del muelle sur que dieron comienzo a partir de 1911, entre otras, así como el escaso número de empresas que pudieran asumir la obra, lo que llevó a que se efectuaran por gestión directa con iguales condiciones modificándose tan solo su precio.[1111]

168. José V. González Bethencourt: Fachada del Hospital Militar antes de cerrarse en 1995 (2009).

El 11 de febrero de 1922 se redactó el programa de necesidades para una ampliación del Hospital, sugiriendo un aumento de 25 camas en dos pabellones, un pabellón de 85 metros cuadrados para el Oficial Administrador y la disposición de un garaje para albergar los vehículos pertenecientes al Centro: los seis coches Lohner adscritos al Establecimiento y dos furgones de la Estación Sanitaria[1112], que habían venido a sustituir el carruaje tirado por mulas que años atrás había valido para el transporte de los pacientes. Estas nuevas necesidades habían surgido como producto de las ampliaciones efectuadas previamente en el recinto. El proyecto recogía una ampliación hacia un solar de 1.569 metros cuadrados ubicado en la manzana formada por las calles Iriarte, Duggi y Álvarez de Lugo. Esta nueva superficie que se agregaba a la ya existente, incorporaba una oficina para el Jefe y Oficial de Farmacia, almacén para la farmacia, despacho para los jefes de servicios y clínicas, sala de reconocimientos, dos salas para albergar a jefes y oficiales enfermos; ampliación del dormitorio de sanitarios,

[1111] La R.O. de 9 de diciembre de 1918 establece el sistema de gestión directa, dentro de los precios unitarios y condiciones que sirvieron de tipo para la subasta, aprobándose el presupuesto por gestión directa de 89.150 pesetas que asumen los Servicios de Ingenieros.
[1112] Recientemente se había producido un aumento de plantilla en la guarnición.

el comedor, el almacén de ropas o ropería y oficina para la Sección Sanitaria; dos cuartos para el servicio de sanitarios, una sala para material quirúrgico, un archivo para las oficinas de sanidad, dos pabellones para 25 camas y un pabellón para el administrador. Queda de manifiesto que del hospital se procuraron alejar aquellas dependencias que pudieran ocasionar infecciones o contagios como la cuadra, el depósito de cadáveres o el estercolero, para los que se habilitaron dependencias para tal fin.

Con la aprobación del Plan de Hospitalización de las Islas el 13 de junio de 1924, estableció el número de camas y servicios que debería prestar la Institución. Se plantearon dos situaciones: la posibilidad de una ampliación del edificio del Asilo o la construcción en nueva ubicación de uno de nueva planta, solicitándole al Coronel Ingeniero Comandante Leonardo Royo, y al Jefe de Sanidad Militar José Agustín informes[1113]. Tanto el primero como el segundo, se decantaron por la ampliación del edificio, proponiendo el empleo de parte de la manzana limitada por el barranco y la calle de Duggi, expropiando la superficie necesaria para trasladar a ella los servicios molestos o perjudiciales y dejando espacio para los servicios necesarios.

En febrero del año siguiente, la Junta Superior Facultativa modifica el proyecto, reduciendo el número de camas a 170, ante la disminución de los hombres que formaban la guarnición[1114]. Mediante la Real Orden de 8 de junio de 1925 nuevamente se solicitaron informes que ayudaran a la redacción de un nuevo proyecto, en los que debían especificarse: características del o los solares, superficie por cama de hospitalización y plano de distribución del edificio. Los informes que se emitieron meses después, no coincidían en sus recomendaciones mostrando dos posturas enfrentadas, por una parte, se muestra favorable a la ampliación del hospital existente tomando una parte de la manzana Duggi por expropiación de la superficie necesaria, así como también debía ampliarse el pabellón para el administrador y construir los del Director Farmacéutico y Capellán, levantando un nuevo piso en el frente principal o en la parte norte, entonces ocupada por jardín, el destinado al director, y en la parte sur del mismo

[1113] En R.O. del 9 de agosto de 1924. Los informes fueron emitidos el 3 y 17 de septiembre de este mismo año.
[1114] A partir de diciembre de 1924, la guarnición disminuye quedándose en 736 hombres, situación que justifica la modificación del proyecto de ampliación que se materializa en la R.O. de 6 de mayo de 1925.

frente, el del Farmacéutico, y sobre éste el del Capellán; o por la otra, se manifestaba partidario de la construcción de un hospital de nueva planta, ya que, aunque se efectuaran mejoras, no se podrían cumplir las condiciones que un nosocomio moderno exigía, ni las señaladas por las instrucciones para redactar proyectos de hospitales aprobadas por R.O.C. del 22 de noviembre de 1924, proponiéndose su ubicación entre la línea que unía las golas de las baterías de San Carlos y María Cristina y la carretera de la costa, lugar bien orientado y aireado por los vientos del nordeste[1115]. Leopoldo de Mena, Capitán General de Canarias en ese momento, se decanta por la primera propuesta según consta en un informe que remite al Ministerio de la Guerra el 20 de agosto de 1925.[1116]

El otro gran momento, durante el periodo que se está abordando, ocurrió con la ampliación del edificio que se produce en la década de los 40 del siglo XX, y que venía motivada por las características geoestratégicas de las Islas Canarias y el conflicto bélico que en ese momento se desarrollaba internacionalmente. La creciente población militar presente en la guarnición, precipitó la obra de ampliación, buscando un aumento del número de camas que en ese momento estaban en 130. Para las intervenciones que se pretendían efectuar en el edificio se formularon dos proyectos. El primero se centraba en la elevación de un piso en el cuerpo principal, dos de las salas de enfermos y la correspondiente galería de comunicación. El segundo, planteaba la construcción de una nueva planta en los dos restantes pabellones de enfermos y en su galería que servía para su comunicación[1117]. Pese a que con anterioridad este proyecto fue desechado, no viendo la posibilidad de ubicar una planta sobre la crujía de la fachada hacia Galcerán y

[1115] El primer informe fue emitido desde la Jefatura de Sanidad Militar por Enrique Pedraza el 11 de julio de 1925; el segundo informe será realizado desde la Comandancia de Ingenieros por el Coronel Ingeniero Comandante Leonardo Royo el 8 de agosto de 1925 (los terrenos que propone para el nuevo hospital estaban destinados a cultivo de regadío, situación que solucionaba el abastecimiento de agua y con facilidad para el abastecimiento de electricidad).

[1116] La R.O. de 9 de marzo de 1925 declaraba inadecuados los terrenos y solares propuestos para la construcción de un hospital de nueva planta, estableciendo la necesidad de llevar a cabo las gestiones y trámites oportunos para la adquisición de los edificios convenientes y la cesión por parte del Ayuntamiento de las calles o parte de las mismas que fuesen necesarias para su ampliación.

[1117] El primer proyecto, diseño de Manuel Martín de la Escalera, sería sufragado por un donativo efectuado por el Gobernador Civil de la Provincia que ascendía a 600.000 pesetas, mientras que el segundo correría a cargo de los fondos de la Guerra. El proyecto definitivo empleó la gestión directa.

sobre los cuatro pabellones, finalmente se retomó. El diseño, obra de Manuel Martín de la Escalera, fue firmado por el Coronel Ingeniero Comandante Enrique Rolandi el 25 de junio de 1940[1118]. Con estas obras se procuró un aumento considerable de las camas, 350, que podían hacerse extensibles hasta las 480, siempre en caso de extrema necesidad[1119]. El proyecto, firmado el 15 de julio de 1940 presentaba un presupuesto de 270.000 pesetas y una duración de 10 meses.

169. Imagen actual de la planta del edificio tras la reforma y su transformación en centro sociosanitario (Fuente: Google Maps, 2012).

Ante la marcada duda de resistencia de las estructuras del hospital, se efectuaron pruebas, que hicieron que los expertos encontraran una solución en la intercalación de una columna-refuerzo de hormigón armado entre las ya existentes en el edificio y el empleo de bloque-hueco de igual material que proporcionaban ligereza a los muros y menor carga sobre la cimentación de éste. Este empleo de columnas de hormigón armado, que se había generalizado considerablemente como elemento constructivo, había sido utilizado por Le Corbusier, en su diseño de *Casa Domino*, de 1914, donde la estructura estaba conformada con pilares y forjados de hormigón armado, que le posibilitaron fachadas diáfanas, así como una distribución libre del espacio interior. Como solución a suelos y techos de la nueva nave se emplearon viguetas de hierro laminado de perfil de doble «T» y redondo en los forjados de pisos,

[1118] Los cuatro pabellones estaban dotados de muros anchos (60 centímetros de espesor) que permitían una sólida cimentación. En lo referente a la crujía de la fachada principal, sus muros eran 10 centímetros menos gruesos, que soportaban una nave de 5 por 2 metros, apoyada exteriormente sobre carreras de madera soportadas por columnas de fundición a 4,60 m de distancia; sobre aquellas y cerrando lateralmente la galería, se levantaban entramados de madera rellenos con ladrillo ordinario, formando un tabique de 0,15 por lo cual, y debiéndose utilizar como luz total de la nueva sala los 7,50 m, fue preciso realizar pruebas previas de resistencia ante el desconocimiento de la capacidad de resistencia de la estructura.

[1119] Se aumentaba la capacidad del hospital en 34 camas por cada una de las ampliaciones realizadas en cada uno de los pabellones y en 84 con la intervención en el cuerpo principal.

escalera y cubiertas de azotea; para evitar el sistema de encofrados, se procedió a elaborar losas individuales de 50 centímetros de grosor y una longitud equivalente a dos entrevigas[1120]. Este sistema garantizaba una rapidez importante, así como un ahorro en el presupuesto establecido.

En septiembre de este mismo año, la sala de cirugía estaba concluida, encontrándose el diseñador del proyecto con una cuestión que hasta la fecha no se había percatado: el traslado sin protección de los recién intervenidos procedentes de quirófanos. Para solucionar tal cuestión se construyó un pasillo que unía directamente la sala de cirugía donde se alojaba a los pacientes con el quirófano, ubicándola sobre la primitiva galería, a modo de segunda planta. Sobre los muros de 50 centímetros de espesor de la galería baja, muros de media hasta de ladrillo de cinco metros de altura, con lo que se procuraba salvar el vano de la puerta de la sala de operaciones, cuyo piso estaba situado a 1,50 metros sobre el quirófano. Para solventar este problema, Martín de la Escalera, colocó varios peldaños de granito, un total de doce, a la que añadió un tabique de 12 centímetros y 36 de huella, salvando la diferencia con un piso de mosaico en desnivel.[1121]

Dos años más tarde, el 27 de junio de 1942, el artífice de la ampliación realizada en 1940, redactó un proyecto que perseguía tres intervenciones: la sustitución de los pisos de las habitaciones para jefes y oficiales hospitalizados, despachos, oficinas y otras dependencias situadas en el primer piso del cuerpo principal, por baldosines de cemento sobre losas de hormigón armado apoyadas sobre las viguetas del piso; la sustitución de los pavimentos de losas de piedra de los patios y de las dependencias de la planta baja y su impermeabilización, colocados directamente sobre la tierra lo que provocaba la absorción de la humedad reteniéndola de forma constante; y la mejora total del edificio, reemplazando el tabicón de entramado por fábrica de ladrillo formando arquería en el patio central del edificio[1122]. En este último, en el patio central

[1120] En este momento, el precio de la madera es muy elevado, lo que conduce a buscar una solución más económica.
[1121] El proyecto fue redactado el 4 de septiembre de 1940 y aprobado el día 7 del corriente por el Capitán General Serrador, presupuestándose 4129,42 pesetas con cargo al presupuesto inicial.
[1122] La parte antigua del hospital presentaba un tabicón de ladrillo con entramado de madera que se dañaban fácilmente con el paso de los años, situación que requería reparaciones continuas.

se instalaron bancos de mampostería revestidos de azulejos destinados al uso de los pacientes internados en el Centro, procurando la actividad física y el contacto con el exterior de éstos. El presupuesto inicial de todas estas obras fue de 150.000 pesetas, aprobándose el 17 de julio de 1942.

Todas estas obras efectuadas durante el primer lustro de la década de los cuarenta, indujeron a realizar otras muchas que buscaban una adecuación de las condiciones al número de camas que en ese momento ofertaba el centro sanitario. Así, se incrementó el número de habitaciones con destino a Jefes y Oficiales hospitalizados, y se construyó una nueva sala para suboficiales enfermos. Además, se dotó al Hospital de salas de hidroterapia, de desinsectación-desinfección y de mecanoterapia, esta última muy utilizada en ese momento, que empleaba terapéutica e higiénicamente aparatos mecánicos destinados a provocar y dirigir movimientos corporales regulados en su fuerza, trayectoria y amplitud. Se decidió situarlas en la esquina este del solar, lindando con el citado barranco, así como en la parte de calle que limita dicho patio por su costado este. Con esta dotación se procuraba que el centro contara con aquellos recursos tecnológicos que se habían convertido en necesarios para el funcionamiento de los «modernos hospitales». La planta baja se destinó a barbería, sala de autopsias y depósito de cadáveres, así como las salas anteriormente nombradas. Para dar acceso a la planta superior se construyó una escalera que comunicaba con siete habitaciones destinadas a Jefes y Oficiales, con capacidad para acoger a dos camas, y la Sala de Suboficiales hospitalizados. El servicio de desinsectación-desinfección se colocó en la zona trasera del hospital, aislándolo del edificio por medio de una calle sin salida. Próximos a éste y en el fondo de la calle, se instaló el pabellón destinado en su planta alta a Sala de Suboficiales y en la planta baja a la barbería[1123]. Hasta 1951, no se efectuaron reformas y adecuaciones relevantes, tan solo pequeñas obras en el pabellón de las Hermanas de la Caridad que habían sido nuevamente incorporadas a la actividad asistencial de la Institución. Éstas incluían la apertura de una ventana en la fachada sur del cuerpo de edificio primitivo, situación que provocó el litigio con la autoridad militar

[1123] Se dotó a este servicio de una habitación destinada a vestuario, donde se depositaba la ropa. Esta se comunicaba con la barbería, lugar desde el que nacía la galería de duchas que terminaba en el local para vestirse, comunicado con el horno de desinsectación, provisto éste un termosifón, de un termómetro y de un mezclador de aguas.

de Otilia Évora, que solicitaba el reconocimiento de su propiedad sobre los terrenos lindantes con el hospital en su parte sur.

El Hospital Militar se caracterizó por un abundante número de intervenciones en su edificio, fragmentadas, a lo que se unió una limitación espacial marcada por su proximidad a accidentes geográficos, como el Barranco de Santos, así como a su presencia en la urbe. Estas situaciones llevaron a convertirlo *en una especie de rompecabezas con planta un tanto laberíntica, en el que se mezclan partes de construcciones originales con otras posteriores, o zonas reformadas con zonas viejas y deterioradas, la mayoría de las veces sin la armonía necesaria*[1124]. Visualmente y desde el interior, el edificio se caracteriza por una *pobreza estética*, a la que se unen los más avanzados conceptos científicos de su tiempo, lo que lo convirtió en un ejemplo que dista considerablemente, del de Nuestra Señora de los Desamparados, que presentaba una solución formalista que en ocasiones era antagónica en determinados aspectos tanto estructurales como científicos.

4.2.3.2. HOSPITAL DE LA COMANDANCIA DE MARINA (SANTA CRUZ DE TENERIFE).

El Hospital de la Comandancia de Marina fue fundado en 1844, ante la necesidad de asistir a los marineros que precisaran cuidados médicos, dotando para su fundación con la cantidad de 600 reales que la Comandancia contribuía al Hospital Provincial para tal fin, y que cesó tras esta fecha. Su primera ubicación fue en la céntrica calle de la Rosa, en el número 19, constituyendo su edificación una casa con modificaciones mínimas que se adaptaban a las necesidades propias de la asistencia a pacientes. Abrió sus puertas el 1 de febrero de 1845, para un año más tarde, el 3 de febrero de 1846, modificar su enclave, pasando a ocupar otra casa, con semejantes características, en la calle de San Carlos. Posteriormente no se sabe cuando desapareció.

[1124] BENEDICTO JUSTO, A. M. (2003). O*pus cit.,* p. 190.

4.2.3.3. CASA PROVINCIAL DE MATERNIDAD Y CASA PROVINCIAL DE HUÉRFANOS Y DESAMPARADOS (SANTA CRUZ DE TENERIFE).

Las primeras noticias que se tienen sobre la Casa Provincial de Maternidad no establecen una fecha clara de fundación. Tan solo, se conoce que el 20 de marzo de 1627, Juan Manuel Suárez realizó la primera donación «con objeto de socorrer y lactar a los niños abandonados por sus padres»[1125]. Además, tenían como finalidad evitar los infanticidios y salvar el honor de las madres, pudiendo ser admitidas a partir de su séptimo mes, momento en el que comenzaba a ser evidente el «estado de preñez». En un primer momento, la Institución carecía de edificio propio, ubicándose ésta en la residencia personal de su fundador.

170. Fragmento de la fachada del Cuartel de San Carlos, solar en el que primigeniamente estaba emplazado el Hospicio. (Fuente: Periódico *El Día*, 23 de mayo de 2001).

Años más tarde, el 25 de julio de 1849, fue fundada la Casa Provincial de Huérfanos y Desamparados por Juan Sáez Arroyal[1126], procurando así socorrer y acoger a los huérfanos sin hogar que vagaban por las calles de la ciudad. Pasó a ocupar un edificio contiguo al Hospital Provincial, asumiendo el nombre de *Hospicio de San Carlos*, institución creada desde el siglo XVIII y que recientemente se había integrado en este centro, cuya intención era la de aglutinar toda la asistencia de este tipo en un misma ubicación. Los ingresos, con los que se sustentaba este establecimiento, eran el producto de *la asistencia de los niños con faroles a los entierros, el reparto de esquelas é impresos en que se ocupan y de la colocación de sillas en plazas, calles y sitios público.*[1127]. Su dotación y estado eran considerablemente aceptables, como manifiesta Poggi y Borsotto: *se halla este asilo en muy buen estado y bien provisto*

[1125] *Ibidem*, p. 90.
[1126] Poggi y Borsotto lo nombra como *«Gefe político que fue de esta Provincia»*
[1127] POGGI Y BORSOTTO, F. M. (2004). *Opus cit,* p. 91.

de todo lo necesario hasta el punto de llamar la atención de cuantas personas lo visitan. A los huérfanos de ambos sexos se le dá una regular instrucción[1128]. Esta fundación estaba constituida por dos construcciones: una casa donde se alojaba a los niños y un edificio particular próximo donde las féminas llevaban a cabo su vida cotidiana. Ambos edificio, de estructura claustral, se articulaba a partir de un patio central en el que se disponían galería de madera cuyos vanos estaban dirigidos hacia este espacio abierto y en las que se disponían las dependencias propias de la institución. Los edificios contaban con cuartos o habitaciones habilitados para purgas y unciones, así como otros destinados al proceso del parto, a modo de paritorios, donde las mujeres traían al mundo a sus vástagos, cocina y comedor; el edificio destinado a los huérfanos contaba además con dependencias para la enseñanza básica de los «infantes desamparados», impartida por religiosas que les asistían y cuidaban.

171. Anónimo: Casa de Huérfanos (ejercicios gimnásticos y clases de labores, 1929).

Tras su nombramiento como provincial mediante una Real Orden de 29 de diciembre de 1853, se declaran todos los establecimientos benéficos de las Islas como instituciones provinciales, siendo gestionada desde la Junta Provincial de Beneficencia. En él se realizaron numerosas reformas, creándose a partir del 13 de julio de 1859, una Junta, denominada *Sociedad de Caridad de Señoras*, que administraban y aportaban fondos para el cuidado de los niños expósitos[1129]. Junto a esta cuna, existían otras en los hospitales de las principales

[1128] *Ibidem*, p. 91.
[1129] La cuota mensual era de 2 a 10 reales que servían de sostén de la sección hospitalaria destinada s los niños expósitos.

ciudades de la isla como La Laguna, Garachico y La Orotava, además de un torno en el Hospital de Dolores de Santa Cruz de La Palma, aunque la ubicada en la capital tinerfeña era la que poseía un carácter provincial[1130]. Sabemos que en 1864 alojaba a 108 expósitos, de los que 28 eran internos, atendidos por 14 nodrizas, y los 90 restantes estaban colocados en diferentes casa particulares repartidas por el territorio insular.[1131]

4.2.3.4. CASA PROVINCIAL DE MISERICORDIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE).

En España, se dieron numerosos modalidades de este tipo de fundaciones, existentes desde el siglo XII, con finalidades que iban desde las devocionales, por cuestiones económicas, albergar a mujeres «pecadoras» que habían quedado embarazadas o para socorrer a la población ante determinadas enfermedades o en las peregrinaciones a santuarios destacados. La generosidad y benevolencia del «Intendente y Gefe político que fue de esta Provincia», Epifanio Mancha, fue la que hizo posible que se fundara en octubre de 1842 la Casa Provincial de Misericordia. Su objetivo era recoger a todos lo pobres mendigos que vagaban por las calles de la urbe. Primeramente corrió a cargo de la Junta Municipal de Beneficencia, para a partir de 1854, tras su nombramiento como provincial, depender de la Junta Administrativa. En 1873 daba cobijo a 60 ancianos de ambos sexos, donde los varones se alojaban en una casa propia de la Beneficencia, ubicada en la entrañable calle de la Noria; por otro lado, las mujeres en un edificio particular situado en el Barrio del Cabo, en la calle San Carlos, frente al Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados.

La fundación contaba con una construcción de estructura claustral, articulado a partir de un patio central en el que se disponían galería de madera. Al igual que en la Casa Provincial de Maternidad, la enfermería contaba con una habitación en las que se practicaban purgas y aplicaban ungüentos, así como diferentes tipos de tratamientos destinados a los ancianos, cocina y comedor. En su patio, que proporcionaba aire a todas las dependencias del establecimiento, se disponía flora propia de las Islas que independientemente de dar sensación de frescor, oxigenaban el recinto.

[1130] AA. VV. (2001). *Opus cit,* p. 126-127.
[1131] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit*, Tomo IV; p. 121-158.

4.2.4. LOS MICROBIOS Y EL CAMBIO ETIOLÓGICO: DISPOSITIVOS Y RECURSOS ASISTENCIALES DISEÑADOS EN EL SIGLO XX (PRIMERA MITAD).

4.2.4.1. HOSPITAL DE NIÑOS.

La remodelación socioeconómica, política y cultural que supuso la Revolución Francesa afectó profundamente, como hemos visto en la atención psiquiátrica, a las instituciones asistenciales cerradas, transformándose las casas de beneficencia gestionadas por las órdenes religiosas y sustentadas por la caridad pública en centros de asistencia médica con subvenciones a cargo de los presupuestos del Estado. Esta «metamorfosis» se materializó en los asilos para niños franceses, donde la *Maison de l´Enfant Jésus* creada en 1751, se transformó en el *Hôpital des Enfants Malades* en 1802, con 300 camas, considerado el primer hospital pediátrico conocido y de mayor capacidad durante años. En un primer momento, orientó su actividad asistencial a niños enfermos menores de 15 años con enfermedades agudas, modificando este criterio posteriormente para dar cabida a infantes crónicos y contagiosos. Por estas mismas fechas, pero con menor importancia se creó el parisino *Hôpital des Enfants Trouvés*, fundado en 1814 que a diferencia del anterior, presentaba una actividad mixta: asistencial y de hospicio. El ejemplo del *Hôpital des Enfants Malades* se diseminó rápidamente por toda Europa, cuyos máximos exponentes fueron la *Royal Infirmary for Sick Children* fundada en 1816 en Londres, que fue el antecedente del *Hospital for Sick Children,* y en Berlín, el *Pabellón Pediátrico de la Charité*, inaugurado en 1830, llegando a ser tal la proliferación de establecimientos destinados a tal fin, que en 1850 Europa contaba con unos 24 hospitales pediátricos. El primer hospital infantil americano fue el *Children´s Hospital de Filadelfia* fundado en 1855, al que se le unió, en 1878, el primero español, el *Hospital del Niño Jesús* en Madrid.

Tras la creación en Madrid del que será referente nacional hasta la actualidad, la proliferación de este tipo de hospitales monográficos comenzó a desarrollarse por todo el territorio peninsular. En Tenerife, el Hospital de Niños constituyó el producto final, de una idea muy diferente a lo que se proyectó originalmente. Anterior a 1895, la Sociedad

de Amigos del País y La X, habían acordado la creación de una Tienda-Asilo y Cocinas Económicas, destinada a las clases pobres y trabajadoras[1132]; anexos a éstos, se proyectó un salón-escuela «para enviar gratuitamente a sus hijos durante las horas de trabajo»[1133]. En febrero de ese mismo año, se localizó un solar, entre las actuales calles Carmen Monteverde y Miraflores[1134], habiendo que esperar hasta enero de 1898, para que el Gobierno Civil impulsara su construcción con un fuerte donativo[1135], a lo que se unió la protección ofrecida por el Inspector de los Asilos de Beneficencia, Santiago de la Rosa.[1136]

172. Anónimo: Diego Guigou y Costa (ca. 1930).

La idea de crear un establecimiento destinado al tratamiento y cuidado de los niños estaba tan presente en la mente de la sociedad isleña, que el 26 de julio de 1900, el médico Diego Guigou y Costa[1137], en un conmovedor discurso que pronuncia ante el Gabinete Instructivo, propone dotar a Santa Cruz de Tenerife con un centro pediátrico fundamentado en la gratuidad de los servicios prestados y el fomento del papel de las madres en el cuidado de los infantes, al que

[1132] Una de las intenciones y propuestas que planteó Diego Guigou fue la construcción de un barrio obrero, así como la construcción de obras públicas destinadas al esparcimiento de la población santacrucera, como fue el Parque García Sanabria, como verifica las sesiones públicas ordinarias del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife de 26 de abril y 10 de mayo de 1922.
[1133] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 19 de junio (nº 2577) de 1895.
[1134] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 13 de febrero (nº 2476) de 1895.
[1135] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 07 de enero (nº 3339) de 1898.
[1136] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 05 de enero (nº 3338) de 1898.
[1137] Diego Guigou y Costa (1861-1936) obtiene la nota de sobresaliente durante sus estudios de bachillerato, nota que estuvo presente en todas las asignaturas que cursó durante la carrera de médico, licenciándose en 1887 y doctorándose en 1917 (cursa las asignaturas de doctorado entre 1890-1891). Obtiene el título de Alumno Interno Pensionado en el Hospital Clínico de Cádiz, así como en Premio Extraordinario en el título de Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico de Sanidad Militar entre 1890 y 1896 y condecorado con la Cruz Blanca en 1893 por su labor en la epidemia de cólera que sufrió Santa Cruz de Tenerife en 1893. Igualmente se le concederá la Gran Cruz de Beneficencia en 1918 por sus servicios púbicos entre los que destaca la fundación del Hospital de Niños.

denominará *Hospital de Niños*[1138]. Para la obtención de los recursos materiales de sustento estableció la posibilidad de nutrirse de los donativos aportados por otros niños pertenecientes a clases acomodadas mediante una cuota fija, que venía a ser la *cantidad equivalente al sueldo de un empleado de inferior categoría*. A estas entradas se unían las suministradas por «señoras de talante desinteresado», que a su vez, gestionarían desde la junta de administración la recién creada institución. Los cuidados y la asistencia no solo eran realizados por las madres de los asilados, sino que para la inauguración se habían previsto dotar con un total de unas 2 a 3 Hermanas de la Caridad o Siervas de María para que cubrieran aquellas técnicas ajenas a los conocimientos maternos[1139]. Para la conclusión de su discurso, Guigou justificó la obra filantrópica, que la calificó de un claro ejemplo del concepto de caridad: *…no estriba en arrojar el miserable ochavo al pobre… sino trabajar y afanarnos por mejorar las condiciones de vida de aquellos que han tenido la desgracia de nacer en la indigencia…*

En el momento de su apertura, se colocó al frente del Hospital de Niños como director médico. La Junta Directiva, destinada a la gestión del establecimiento, adquirió el nombre de *Asociación Caritativa de la Infancia*[1140], formando parte de ella personalidades de considerable relevancia en la sociedad insular[1141]. Los miembros que la componían, desempeñaban un papel crucial en la obtención de fondos, tanto

[1138] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 31 de julio (nº 4096) de 1900.

[1139] *Hespérides* (Santa Cruz de Tenerife), Año II, nº 70, mayo de 1927. Esta preocupación por los niños de la Isla fue una constante en su discurso, como se verifica en un artículo titulado *Explotación de la infancia»*, en el que nos dice*: «…ejercer la acción social que es producto de la ciudadanía, que todos estamos en el deber de ejercitar, y que tratándose de la protección de niño, nos obliga a constituirnos en verdaderos policias, agentes de la autoridad a la que auxiliamos en el cumplimiento de su misión protectora, y en su caso correctiva. Lo demás ya se sabe: asistencia obligatoria a la escuela, lo mismo que instrucción que de Artes y Oficios; Inspección de talleres, de industrias y de Centros Comerciales y habilitación de sitios apropiados para la distracción y recreo, que es de lo que precisamente carecemos, - y no sé hasta cuando- lo mismo lo grandes que los chicos… ¡qué pena!...*

[1140] Aunque recibía el calificativo de Asociación, legalmente nunca se constituyó hasta 1969, no acogiéndose a la Ley de Asociaciones existente desde 1887. Debe reseñarse, que aunque no estaba registrada su existencia, si poseía un «reglamento» que marcaba las directrices de ésta.

[1141] Hospital de Niños, Santa Cruz de Tenerife. *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941*. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta A. Romero, 1941, p. 49.
Entre ellas encontramos a Carmen Monteverde Cambreleng y Rafaela Costa Izquierdo que actuaban como presidenta y vicepresidenta respectivamente, Manuela Gurrea de Guimerá como tesorera, Micaela Rodríguez Palazón como contadora y Jacinta Guimerá Fragoso asumió la secretaria; tanto Patricio Estévanez Murphy como Ángel Crosa Costa, que se habían unido a la «cruzada» tras el discurso de Diego Guigou, tomaron la responsabilidad de vocales.

individuales como por medio de la Asociación, en concepto de fundador, colaborador o protector, al que se unían entidades tanto de carácter público como privado.Si nos centramos en la edificación del Hospital de Niños en sus primeros cincuenta años de existencia, 1900-1950, comprobamos que están presenta cuatro momentos o etapas claramente definidas que marcaron el ritmo constructivo del establecimiento: una primera etapa, que comprende la fundación y construcción del primigenio edificio infantil; una segunda etapa, entre 1902-1908, en la que se define e incorpora el área quirúrgica (quirófano y zona de esterilización); una tercera etapa, entre 1909 y 1913, con la ampliación del inmueble al que se le dota de una planta superior; y la cuarta etapa, entre 1937-1941, en la que se duplica la superficie, aumentando el número de camas e incorporando los avances de la época. La primera etapa dio comienzo con la selección del solar para la construcción del edificio. Estaba ubicado en la calle Santa Isabel y fue donado por la Sociedad Económica de Amigos del País de Tenerife. En él se planteó edificar un inmueble con una capacidad de 15 a 20 camas[1142], subvencionado gracias a las cuotas aportadas por los niños de las familias ricas locales[1143], donde mensualmente se *abonarían la cantidad de 2 a 3 pesetas, albergando la intención de conseguir 300 almas que sufragaran tal empresa*. Además se establecieron dos modalidades de ayudas: la figura de socio fundador y la de socio protector, que contribuía a la caritativa obra con una cuota mensual o anual. El mantenimiento del edificio, era realizado por los padres de todos los niños del lugar, además del Ayuntamiento, que aportaba la cantidad de 250 pesetas mensuales entre otras ayudas.[1144]

[1142] *Ibidem,* p. 14.
«…un pequeño local, que más tenía de Enfermería que de Hospital, el entusiasmo de sus dirigentes y la asistencia económica del pueblo de Tenerife lo fueron acrecentando de tamaño y de función, aunque, como toda obra que se hace a trozos y con escasos recursos, carecía, ya en el año 1936, de algunas de las condiciones que debe reunir un establecimiento hospitalario…».

[1143] En su discurso fomenta el papel de los cuidados maternos con estas palabras: «…separados del amparo de su madre, los niños, como las flores, se marchitan…».

[1144] PÉREZ QUINTANA, F. *Evolución organizacional de un hospital*. Tesis doctoral dirigida por Florencio Jiménez Burillo. La Laguna: Universidad de La Laguna, 1987, p. 154.
Define este primer edificio como «un viejo caserón» con escasa funcionalidad, pero que fomenta la familiaridad a todos aquellos que hacen uso de él. Incluso, se llegaron a distribuir por los cafés, hoteles y comercios, huchas que llevaban insertas el lema: *El hospital de niños cuesta 5 céntimos por minuto, sosténgalo usted un minuto*; o la subvención de camas por particulares, a la que, gentilmente se identificaba con una placa donde se reflejaba el nombre de su benefactor. A estas

Para el logro de este empeño, Diego Guigou y Costa recibió la ayuda de Carmen Monteverde y Cambreleng de Hamilton, presidenta de la Junta de Señoras del Hospital de Niños, quien sometió el proyecto al juicio y criterio del Ayuntamiento capitalino. Destacó la importante contribución que tuvo la Sociedad Económica de Amigos del País de Santa Cruz de Tenerife, presidida por Manuel de Cámara, que cedió, gratuitamente y sin límite de tiempo, el edificio «Tienda-Asilo» que estaba construyendo para destinarlo a cocinas económicas. Este edificio contaba con tres salas, donde la central estaba carente de cerramiento en su parte superior, situación que se subsanó gracias al donativo de Enrique Pérez Soto[1145]. Seguidamente, y hasta su inauguración, se efectuaron numerosas actividades para la recaudación de los suficientes fondos con el fin de la ejecución del edificio[1146]. Al año siguiente, el 26 de mayo de 1901, se inauguró el «nuevo hospital», retrasada ésta ante ciertas dificultades con la dotación de mobiliario[1147]. A tal evento, acudieron autoridades y miembros de todos los ámbitos sociales y eclesiásticos[1148]. El edificio era de sencilla planta en U con un solo nivel, con fachada austera en decoración distribuido en tres salas: *San Diego*, para medicina general con un total de 12 camas, *San José*, para los enfermos quirúrgico con 4 camas más, y *San Roque*, destinada a los enfermos «contagiosos», con la misma capacidad que la anterior[1149]. Además, y destinada a las Siervas de María, se habilitó alojamiento para

---

aportaciones se unieron la colaboración de diferentes instituciones locales, como el Ayuntamiento, el Casino, la Sociedad la X, un periódico local llamado *Gente Nueva*, el Obispado y numerosos particulares. Estas ingeniosas modalidades de obtener fondos para sufragar gastos, vieron su final con la concertación que se realizó en 1958 con la Seguridad Social, quien abonaba 100 pesetas por día y cama.

[1145] Hospital de Niños, Santa Cruz de Tenerife. *Opus cit,* 1941, p. 50.

[1145] *Ibidem,* p. 14.

[1146] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 30 de mayo (nº 4343) de 1901.

[1147] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 30 de abril (nº 4319) de 1901.
Contribuyeron un variado número de personajes de la sociedad de Tenerife: Obispo de la Diócesis de San Cristóbal de La Laguna, Nicolás Rey Redondo, el Ayuntamiento y el Casino de la Capital, Sociedad «La X», periódico «Gente Nueva», los miembros de la Junta Administrativa, Carlos Hamilton, Hugo Hamilton, Juan Hamilton, Aurelio Padilla, Juan Febles Campos, Ángel de Villa, Trinidad Cambreleng, Amelia Cifra, Delisa Cifra, María de la Cruz, viuda de Amador, Luisa Le-Brun, Carmen González, A. Frasser Grandt, Enrique Sanchiz, las niñas María Alfonso e Hilda Ascanio, señor Kava, Diego Crosa, coronel P. O. Wethered y *otras muchas personas que quisieron ocultar su nombre, todas las cuales rivalizaron en caridad y entusiasmo, aportando cada uno, según sus fuerza, los granos de arena que cimentaron el Hospital de Niños.*

[1148] El prelado de la Diócesis de San Cristóbal de La Laguna, Nicolás Rey Redondo, procedió a la bendición del Hospital.

[1149] CIORANESCU, A. (1979). *Opus cit.,* Tomo IV, p.168.

dos monja y una sirvienta, que tenía la labor de atender la limpieza y cocina del centro, y un habitáculo con triple función, la de despacho médico, sala de juntas y quirófano, adaptándose a todas aquellas necesidades que pudieran ir surgiendo. Dos fueron las premisas que marcaron los inicios de esta fundación: la posibilidad de la estancia de las progenitoras con sus hijos en todo momento, como ya se ha comentado, y la formación escolar de los pacientes internados, lo que se materializó en el reconocimiento del establecimiento como Escuela Nacional Mixta en 1952 por el Ministerio de Educación.[1150]

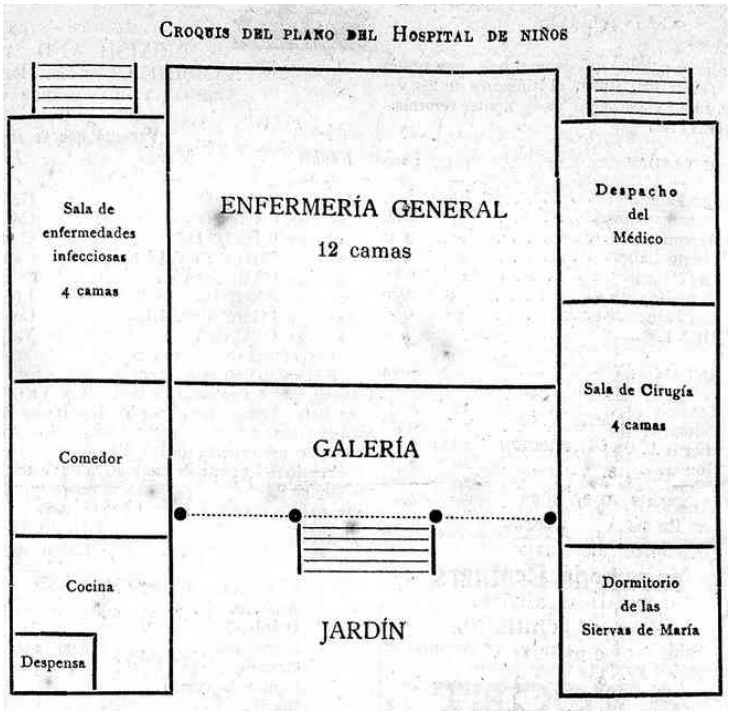
173 Anónimo: Carmen Monteverde y Cambreleng de Hamilton (1900-05).

En los primeros momentos, el Hospital se dotó de personal sanitario, dos médico y un practicante, independientemente de las religiosas que en el prestaban sus servicios. Junto a Diego Guigou, prestó sus servicios el médico auxiliar Francisco Hernández Rodríguez, que fue sustituido por José Naviera Zamorano tras su muerte; como practicante José Bermudo García. Hasta 1912 los recursos humanos no sufrieron modificación alguna, comenzando posteriormente a prestar sus «filantrópicos servicios» Domingo Arozarena y Álvaro de Rio como médicos, entrando un año después el practicante Ricardo Martín para sustituir al fallecido predecesor.

La segunda etapa viene definida por la necesidad de una inminente ampliación de la edificación debida a un considerable crecimiento de la demanda de la población. El 1 de marzo de 1902, se proyectó un nuevo pabellón de planta circular en dos niveles, ubicado en un solar aportado por el Ayuntamiento[1151], donde el piso superior, a igual nivel que las salas de enfermos, se destinó a quirófano, mientras el inferior se empleó

[1150] HERRERA HERNÁNDEZ, M.; LÓPEZ SAMBLÁS, J. P. *Pediatría canaria. Progresos y perspectivas*. Granada: Editorial Comares, 1997, p. 300.
[1151] Esta ampliación del hospital se pudo efectuar gracias al solar donado por la Corporación municipal, fruto de una expropiación para el ensanche de la calle Santa Isabel.

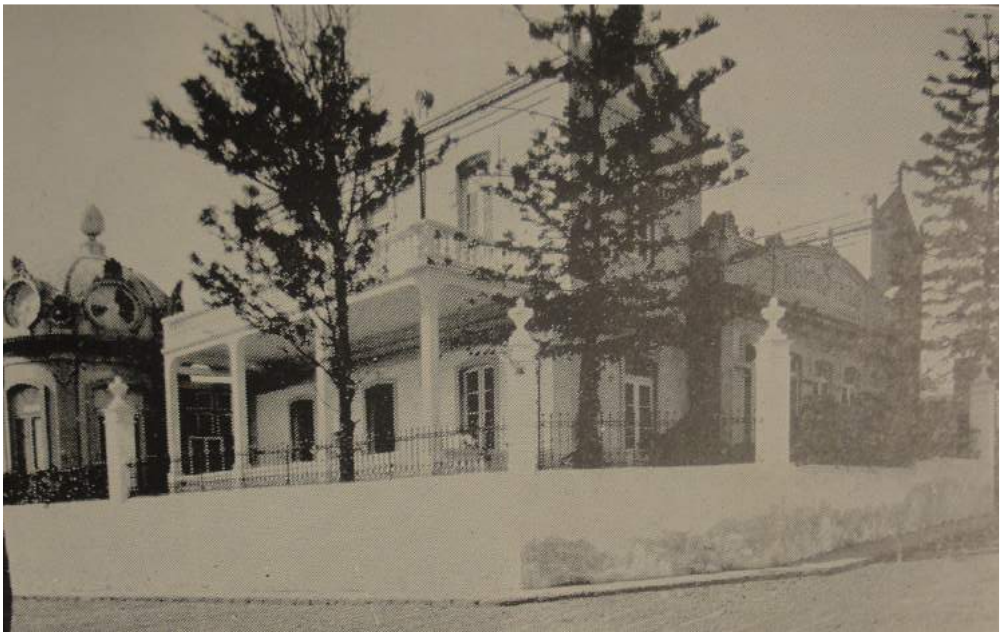
como sala de cadáveres. El paramento del nuevo departamento presentaba 6 vanos, de los que 5 eran ventanas, siendo el restante el destinado a puerta, que actuaba como nexo de unión con el edificio. Para su cerramiento superior se opta por un sistema cupuliforme, que favorecía la eliminación de los miasmas y la renovación de aire, recordando en determinados aspectos al sistema de ventilación propuesto por Antoine Petit para el *Hôtel-Dieu de Paris* en 1774, con 6 óculos que ayudaban a la iluminación del campo quirúrgico y coronado por un motivo vegetal en forma de piña. El valor total de la intervención en el edificio ascendió a la cantidad de 7.500 pesetas, que se pudieron sufragar en parte, con un donativo realizado por María de la Cruz, que entregó a la fundación 2.000 pesetas y 2 sortijas, estas últimas vendidas en Londres.[1152]



174. Planta del Hospital (Fuente: Periódico *Diario de Tenerife*, 27 de mayo de 1901).

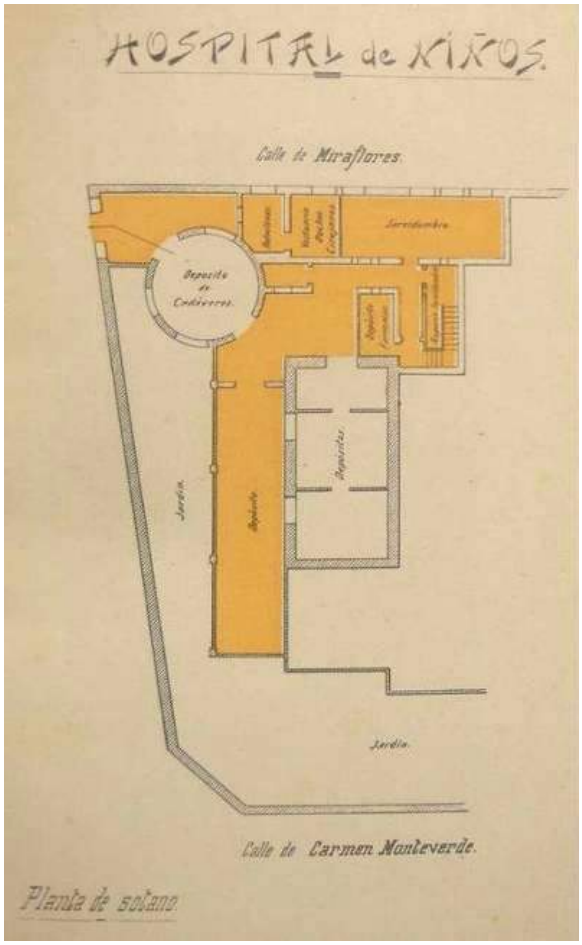
[1152] AA. VV. *Cien años de Pediatría en Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Fundación Canaria de Salud y Sanidad, 2001, p. 55.
Este aporte económico se realizó en 1903, situación que nos hace intuir que la sala destinada a quirófanos tardó cierto tiempo en realizarse.

Una constante en el desarrollo histórico de la institución fueron las búsqueda de mecanismos que permitieran hacer frente a los gastos que se generaban de su actividad asistencial. Ejemplo de ello fue el dispositivo de madera, que en 1904 se construyó, anexa al establecimiento, con un único objetivo, recaudar dinero por medio de un bazar-tómbola durante las fiestas de navidad, carnaval y durante las cruces de mayo[1153]. Los ingresos obtenidos durante este año, con la caseta colocada en la Plaza de la Constitución, pagaron las obras realizadas para la reforma de los sótanos del hospital, que perseguían la instalación de una despensa y un comedor para la madre de los enfermos, así como la construcción de habitaciones destinadas a la comunidad religiosa.[1154]



175. Anónimo: Hospital (1936).

[1153] En el bazar-tómbola se rifaban objetos donados a la Institución, siendo atendida por los miembros de la Junta, familiares y amigos.
[1154] A esta ingeniosa manera de recaudar dinero, se le unieron otras, como fueron las numerosas publicaciones que se realizaron: en 1907, Guigou publicó *Los niños canarios*, libro que costaba 3 pesetas, en el que se relataba los conocimientos que el galeno tenía sobre su profesión en el campo de la pediatría y la puericultura; *Mientras la nieve cae* y *Cuentos de Hadas*, narraciones que fueron escritos por Gertrudis Segovia, que igualmente donó lo recaudado a la obra benéfica; y *Un verano en Tenerife*, de Dulce María Loinaz, en igual condición.



176. Planta del Hospital. La superficie señalada en amarillo corresponde a la ampliación proyectada en 1937 (Fuente: *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941).*

Carmen Hamilton Monteverde, sucedió en el cargo de presidenta de la Junta, a su madre, tras su fallecimiento en 1906. Ante la labor de la fundadora, la Corporación municipal procedió a otorgar su nombre a la calle que daba paso por su fachada principal[1155]. Al año siguiente, la superficie de Centro experimentó un aumento, secundario a la adquisición en subasta al Ayuntamiento de un callejón próximo que había quedado inservible con las obras de prolongación de la calle Santa Isabel. Nuevamente se realizará una remodelación del edificio, para lo que se optó por un estilo clasicista[1156], promovido desde la Asociación Caritativa de la Infancia, cuyas obras fueron realizadas por el maestro de obras a José Ruiz, bajo la dirección de Antonio Cámara y Cruz[1157], concluyéndose en 1908. Durante los años siguientes, el espacio en el nuevo establecimiento fue disminuyendo progresivamente, lo que generó la necesidad de ejecutar reformas en la que se levantara un segundo cuerpo sobre las crujías laterales, para favorecer además, las condiciones higiénicas, de las salas de cirugía y habitáculos para las religiosas, reconvirtiendo sus anteriores habitaciones en zona destinada a los enfermos de pago o distinguidos[1158]. Este mismo año, se agregó a los

[1155] Esta calle anteriormente recibía el nombre de Santa Isabel. Debe remarcarse el apoyo que prestó, en un segundo plano, su marido, Carlos Hamilton Monteverde.
[1156] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 13 de junio (nª4950) de 1903.
[1157] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 3 de enero (nª6355) de 1908.
[1158] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 23 de julio (nª6811) de 1909.

servicios prestados por la institución, un consultorio gratuito y muy frecuentado, que prestaba sus servicios dos veces a la semana, jueves y domingos.[1159]

El referente en la Isla en que se había convertido el Hospital, llevó a que la demanda asistencial, en constante aumento, motivó una nueva ampliación, para la que el arquitecto Antonio Cámara proyectó, el 3 de julio de 1909, un edificio ecléctico que sufragaron sus patrones y que constituyó la tercera etapa constructiva. Se trataba de *una composición sencilla, con 1 ventana en frente y 3 en los flancos, todas de arcos deprimidos que cubrían un montante con una moldura, apoyada a su vez, en dos canecillo de igual anchura; probablemente, el antepecho de la azotea estaba presente en el cuerpo central*[1160]. La obra fue contratada a la Sociedad de Edificaciones y Reformas Urbanas (S.E.R.U.), con la que se pactó la entrega de *6.000 u 8.000 pesetas, y el resto, hasta llegar a 16.000 en 6 años, ofreciendo los rectores de la Junta un aval personal*[1161]. El 25 de agosto de 1909, la estructura de la construcción estaba terminada, estando concluida la obra de mampostería a finales del mes siguiente. Más tarde, se dio comienzo a las actividades de carpintería y decoración, augurándose la inauguración en 3 semanas. Con la ejecución de estas nuevas obras ampliaron la cocina, las habitaciones para el practicante, la Comunidad Religiosa y las sirvientas, sala de espera y consultorio para las consultas externas, un vestíbulo, además de incorporar nuevos avances tecnológicos como la sala de radiología y la cámara de electricidad. Queda claro que aunque a que el Hospital de Niños tuvo un origen «humilde» en sus inicios, siempre se procuró dotar al establecimiento con «recursos materiales y humanos punteros», cuyo ejemplo más sobresaliente de estas intenciones fue la intervención quirúrgica que realizaron padre e hijo en 1927 a un niño con estenosis hipertrófica de píloro, práctica

[1159] En 1914 la media de consultas efectuadas por este dispositivo fue de 800 niños.
[1160] DARIAS PRÍNCIPE, A. *Arquitectura y arquitectos de las Canarias Occidentales: 1874-1931*. Santa Cruz de Tenerife: Caja General de Ahorros de Canarias, 1985. Premio de Investigación «Agustín de Bethencourt», p. 162.
[1161] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 23 de julio (nª6811) de 1909.

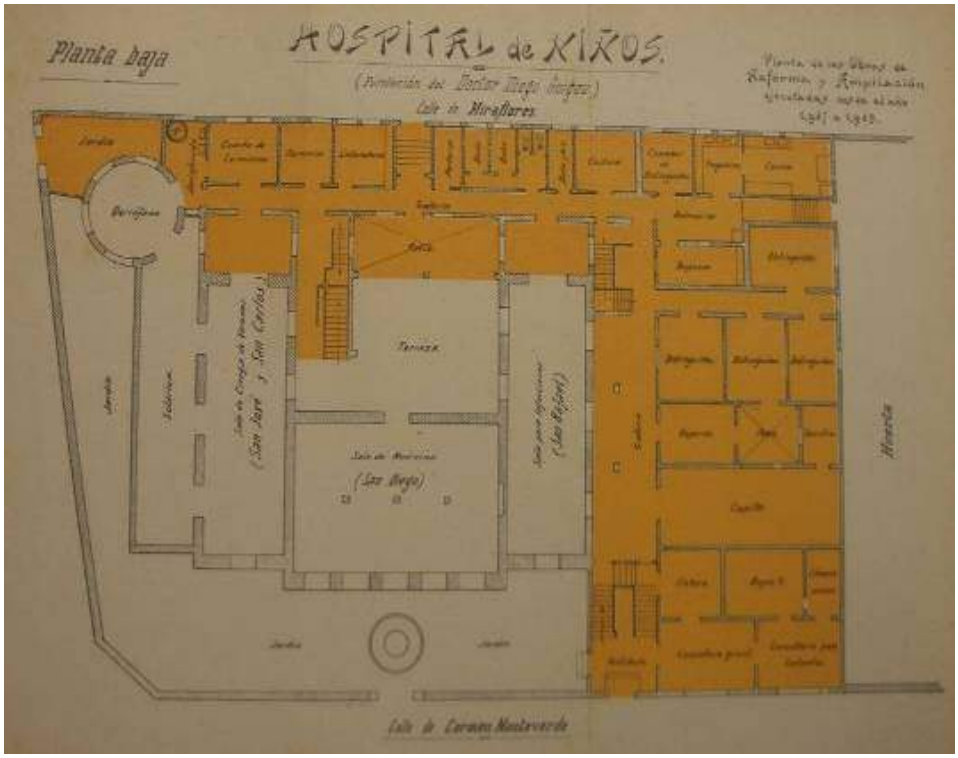
médica no realizada hasta la fecha en la isla[1162]. Un año después, en 1910, la Infanta Isabel de Borbón y Borbón visita las obras realizadas en el establecimiento benéfico.[1163]

Pese a que en sus orígenes se estableció con una tímida construcción con la que se inició la primera actividad asistencial, las necesidades de creer persistieron, por lo que 1913 vino marcado por la ampliación del solar, como resultado de la compra de un terrero colindante, propiedad de Sebastián Orihuela. Al año siguiente, las dos Siervas de María abandonan las dependencias hospitalarias, siendo sustituidas por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, que asumieron las competencias asignadas de sus pías predecesoras, aumentando además, el cuadro de trabajadores considerablemente en comparación con el momento de sus «primeros pasos»[1164]. A ellas, se le unía un cuadro médico en el que se incluían a los más prestigiosos galenos locales del momento. Con la muerte de Diego Guigou ocurrida el 15 de julio de 1936, se abre la puerta hacia la dirección de su hijo, Diego Matías Guigou Costa y la de Miguel Estarriol Hamilton como segundo de abordo y Jefe de Pediatría. En este momento el establecimiento contaba con un total de 52 camas y quirófano, lo que lo convertía en un centro con una considerable capacidad asistencial.[1165]

El prestigio del hospital ayudó a que la demanda asistencial creciera, llegando en algunas ocasiones a duplicarse. A pesar de ello, la Asociación no logró conseguir los recursos necesarios para emprender una nueva ampliación hasta enero de 1937, lo que constituyó la cuarta etapa constructiva. En este momento, se inició el derribo de las dependencias hospitalarias que daban a la calle Miraflores por el contratista Jerónimo Delgado, asesorado por el arquitecto José Blasco Robles, siendo paradas en noviembre de este mismo año, ante la inexistencia de fondos económicos. Esta situación puso en

[1162] Fue presentada el 13 de noviembre de 1928 en la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife.
[1163] Anteriormente, en 1906, ya había sido visitado por unos de los miembros de la Familia Real española, la Infanta Dña. Teresa de Borbón Baviera.
[1164] Se eleva a 12 trabajadores de los que 9 eran monjas
[1165] GUIGOU COSTA, D. M. *Ponencia sobre el origen, evolución, estado actual y posibilidades futuras del «Hospital de Niños (Fundación Dr. Guigou)» de Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: [s.e.], 10 de septiembre de 1962, p. 2.
Junto a ellos, el cuadro médico estaba compuesto por Pablo Maffiote La Roche y José de la Rosa Acosta como médicos auxiliares, Juan Vidal Torres como otorrinolaringólogo, Manuel Santa Cruz Llamas como dentista, José Pérez y Pérez como neurólogo y Miguel Alfonso González como oculista.

acción a todos aquellos simpatizantes de Hospital de Niños, como la Junta Provincial de Paro Obrero, presidida por José Molowny Real, quien para favorecer la continuación de las obras estipuló un crédito mensual al que se le unió las aportaciones de la Junta Administrativa del Centro. A ellas se agregó la intervención efectuada por el Gobernador Civil de la Provincia, Javier Saldaña y Sanmartín, y la del Capitán General de Canarias y Presidente del Mando Económico, en ese momento, Francisco García-Escámez e Iniesta, entre otras autoridades[1166], que aportaron los recursos necesarios para su terminación el 15 de abril de 1941.



177. Planta del Hospital. La superficie señalada en amarillo corresponde a la ampliación proyectada en 1937 (Fuente: *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941).*

Los fondos recaudados, gracias a la intervención estatal, permitieron aplicar enlucido de las fachadas, sobrias y carentes de decoración, así como la colocación en salas y galerías de zócalos de azulejos. Además se suprimió la cúpula del quirófano, instalándose en su lugar terraza que permitía la ampliación del *solarium* de la Sala de Cirugía de Niñas, la terminación del solarium para helioterapia y la Sala Celular («BOX»)

[1166] *Ibidem,* p. 2.

para lactantes, así como otras muchas «pequeñas obras» que estaban pendientes y que facilitaban la posibilidad de albergar hasta un total de 100 camas hospitalarias, situación impensable si se observaba el presupuesto con el que se contaba para el sustento de la Institución. A ello se unieron una serie de modificaciones efectuadas en el sótano del edificio que permitieron disponer de diferentes depósitos, entre ellos uno destinado para la farmacia, así como un habitáculo para el autoclave y un vestuario destinado a los cirujanos[1167]. Los proyectos e intenciones de los dirigentes del Hospital eran muchos, y en algunas ocasiones, ambiciosos. En 1941, durante la celebración del «Cuarenta Aniversario de la Fundación del Hospital», su director los hace públicos ante la Academia de Medicina de Tenerife, reseñando su trayectoria desde sus orígenes y la importancia de esta obra: *…son muy pocas las provincias españolas que cuentan con un Hospital dedicado, exclusivamente, a los niños…*[1168]. En ese momento, el Hospital contaba con 60 camas, de las que 31 estaban destinadas a medicina e infecciosos, y 29 a cirugía, distribuidas en seis salas: *Sala de San Diego, Sala de San José, Sala de San Carlos, Sala del Carmen, Sala de San Rafael* y por último, la *Sala de San Roque*.[1169]

La experiencia quirúrgica que se había adquirido a lo largo de los años, unido a una considerable demanda asistencial, planteó una ampliación con dependencias modernas y bien dotadas, como las consignadas para la zona quirúrgica. A todo ello, se unían camas en las 4 habitaciones destinadas a «pago», independientes del resto del Hospital y una sala celular («BOX») para 15 niños lactantes con un solarium para los convalecientes[1170]. La sala «BOX» estaba articulada a partir de 15 departamentos

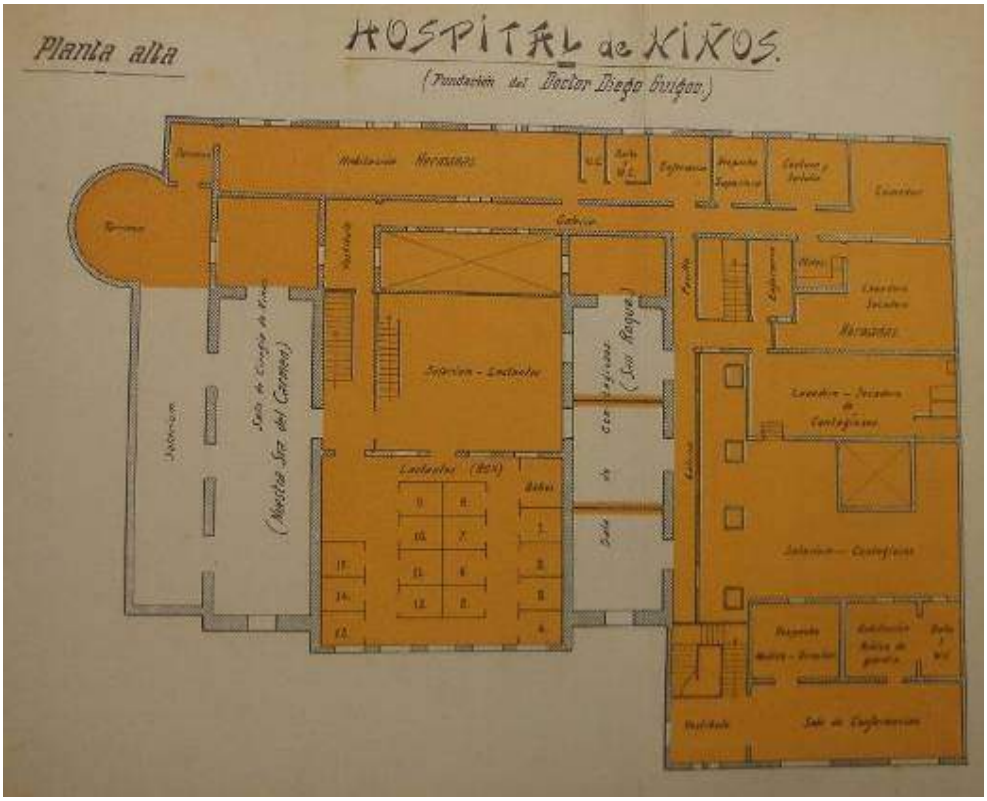
[1167] Hospital de Niños, Santa Cruz de Tenerife. *Opus cit,* 1941; p. 14 y 65.
Esta intervención estatal permitió: enlucido de las fachadas, colocación en Salas y galerías de zócalos de azulejos, supresión de la cúpula del quirófano, instalándose en su lugar terraza que permitía la ampliación del *solarium* de la Sala de Cirugía de Niñas, la terminación de la Sala Celular («Box») para lactantes y otras muchas obras que estaban pendientes.
[1168] *Ibidem,* p. 15.
[1169] *Ibidem,* p. 18, 19, 20, 21, 22 y 23.
Las salas se distribuían de las siguiente forma: *Sala de San Diego* con 14 camas de capacidad destinada a Medicina; *Sala de San José* y *San Carlos* con 15 camas de capacidad destinada a Cirugía a niños; *Sala del Carmen* con 14 camas de capacidad destinada a Cirugía a niñas; *Sala de San Rafael* con 7 camas de capacidad destinada a enfermos infecciosos; y por último, la *Sala de San Roque* con 10 camas de capacidad destinada a enfermos contagiosos.
[1170] *Ibidem*, p. 16, 17 y 23.
Durante su discurso, Diego Matías Guigou muestra su preocupación por la conclusión de las obras pendientes en el Hospital: Sala Celular, aumento de camas en la zona de Infecciosos y

celulares individuales denominados BOX en los que existía una sola cuna con una superficie de 3,88 metros cuadrados, espacio conseguido a partir de mamparas de mampostería y cristal con una altura de 1,80 metros; a ello se le unían: un local destinado para fichaje y pesaje de los niños, una habitación de baño y un solarium para los convalecientes. Las dos plantas en las que se articulaba el nuevo edificio, permitieron instalar en la baja, el Servicio de Lactancia y Primera Infancia, incluyendo un departamento para Prematuros con 8 incubadoras y 14 cunas; además, se habilitó una zona con piscina destinada a los niños inválidos para la recuperación física de las secuelas de la poliomielitis, estando anexa a ella una cámara frigorífica para la conservación de alimentos y medicamentos[1171]. Para poder atender a los niños alojados en el Establecimiento fue necesario aumentar nuevamente el personal pasando a tener una total de 8 médicos, 7 Hermanas de la Caridad y voluntariado.[1172]

Contagiosos, quirófano con iluminación adecuada, un aparato de Rayos X más potente que el portátil actual, zócalos en las paredes de todas las dependencias y la renovación del mobiliario, que como dice bien claro, …se ha aprovechado al máximo…
Si queda claramente remarcada el aumento de las cargas de trabajo y actividad asistencial en su discurso: en 1939 se asistió a 702 niños, cifra que aumentó considerablemente un años más tarde, en 1940, donde se atendieron 829.

[1171] GUIGOU COSTA, D.M. *Opus cit,* 1962; p. 2.

[1172] *Ibidem,* p. 53, 54 y 55.
La dotación de recursos humanos había crecido en estos años de manera considerable, ajustándose a las necesidades del centro. En se momento, la Junta Administrativa, de trascendental importancia en los designios del Hospital desde su fundación estaba compuesta por personajes de considerable relevancia en la sociedad insular. Entre ellas: Carmen Hamilton de Estarriol (presidenta), Gertrudis Segovia, viuda de Guigou (vicepresidenta 1ª), Juana Arce, viuda de Domínguez (vicepresidenta 2ª), Eva Fernández de Guigou (vicepresidenta 3ª), María Rosa Guigou Costa (secretaria), María Martín de Matos (tesorera), Andrea Golding (contadora); como vocales: Carmen Calzadilla de Maldonado, María Ravina de Leal, Paula Díaz de Gabarda, Sofía Izquierdo Martín y Cecilia Calzadilla Izquierdo. Con respecto al cuadro médico, perduraban en los cargos directivos los mismos que tomaron el testigo tras la muerte de su fundador en la década de los treinta. Junto a ellos, continuaron prestando sus servicios Pablo Maffiote La-Roche y José de la Rosa Acosta, ambos como médicos auxiliares, Juan Vidal Torres como otorrinolaringólogo, Miguel Alfonso González como oftalmólogo, José Pérez y Pérez como neurólogo, y Manuel Santa Cruz Llamas como responsable de Junto a este personal, los cuidados de enfermería eran administrados por 7 Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul y voluntariado. El equipo de cuidados estaba constituido por sor Rita Fernández Fernández (superiora), sor Antonia Socorro Cárdenas, sor Cesárea González González, sor Candelaria Regalado González, sor Reyes Ortega Pulido, sor Isabel Aramberría Andónegui y sor Rosario Baena Benítez, a las que se le unían las voluntarias: Matilde Guigou Costa, Mary Golding y Ana Berg, ayudando en labores de enfermería tanto en el Consultorio como en el Área Quirúrgica.

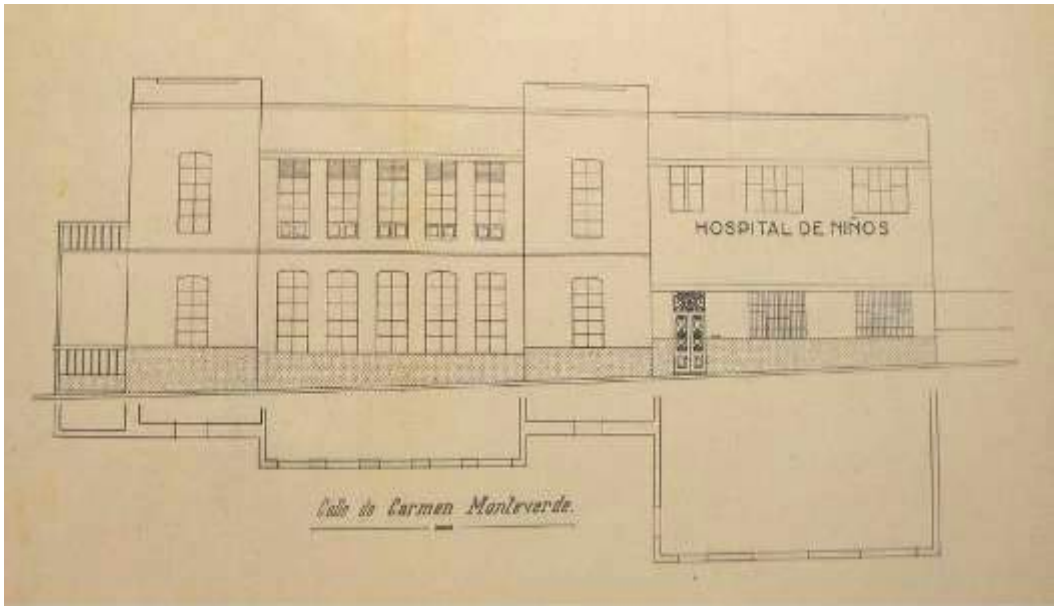


178. Planta del Hospital. La superficie señalada en amarillo corresponde a la ampliación proyectada en 1937 (Fuente: *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941).*

Económicamente, el Hospital había aumentado considerablemente sus ingresos, pasando de las 25.520,89 pesetas en el año de su fundación, a las 118.473,92 pesetas de 1940, presentando en todo momento balances positivos lo que le otorgaba un considerable poder adquisitivo[1173]. En diciembre de 1941, el Médico-Director, Diego Matías Guigou, solicitó que la construcción de la Enfermería que se había proyectado para la Casa-Cuna fuera construida en el Centro. Argumentaba que *en una Casa-Cuna solo deben habilitarse los siguientes departamentos de aislamiento: 1): Sala de Observación, en la que serán alojados los niños que ingresen, aunque el examen médico previo no hubiera hallado vestigios algunos de enfermedad (…); 2): Una Enfermería en la que se asistieran Dispepsias leves que no perturben el estado general del niño, pequeños traumatismos, etc. (…) Es más, el Hospitalito está preparado (de nueva construcción) una*

[1173] *Ibidem*, p. 56.

sala «BOX» que no se ha terminado por faltarle a la Junta Administrativa el numerario necesario para su sostenimiento. Esta petición nunca fue tomada en cuenta.



179. Fachada del Hospital (1937-41). (Fuente: *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941).*

La finalización de las obras iniciadas en 1937, se lograron concluir gracias a la partida habilitada, en mayo de 1942, desde la Corporación insular por un total de 25.000 pesetas, fraccionada en cinco mensualidades, para la finalización de las obras y su dotación con los recursos materiales necesarios para su adecuado funcionamiento[1174]. Parece que esta intervención en el edificio del Hospital, mejoró considerablemente sus instalaciones, ya que hasta 1950, no se efectuaron obras algunas de envergadura. Si se realizaron durante este año, diferentes ampliaciones de pequeña magnitud, que concluyeron con las modificaciones del edificio ya existente en 1953. Estas nuevas intervenciones se centraban en agregar una nueva planta, lo que aportaba mayor superficie al establecimiento, unos 475 metros cuadrados más. En las nuevas dependencias se ubicó la sala para lactantes, que se denominó de la *Milagrosa*, y a la planta baja, se agregaron dos nuevas salas, *Santa Ana*, para alojar a los enfermos privados ingresados en el centro, y, una sala destinada a prestar cuidados a los niños

[1174] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7028; expediente nº 50.

prematuros, técnicas y procedimientos que se incorporaban a la atención pediátrica que se estaba prestando en la isla en ese momento.[1175]

4.2.4.2. MANICOMIO DE TENERIFE.

A principios del siglo XIX, el loco ganó la consideración de enfermo donde su padecimiento tenía que estar ajustado al patrón de enfermedad establecido por la medicina. La medicina triunfa definitivamente sobre el viejo concepto de alienismo, modificándose la concepción existente en relación a la locura y a la forma de abordarlo. Tradicionalmente habían venido usándose para los trastornos mentales preparados a base de mórficos (opio o belladona), introduciéndose a mediados de la centuria, el bromuro y el cloral. Posteriormente se incorporaron para las curas de los enfermos mentales la cirugía con la técnica de la lobotomía prefrontal que, pese a ciertas mejoras en determinados casos, eran tales los cambios en las conductas y personalidad de los enfermos, que fue desestimada. Los grandes avances en la psicofarmacología, fueron muy efectivos contra los estados de ansiedad, agitación y delirio, desechando todas estas actuaciones médicas. Estos cambios en la práctica asistencial en los asilos de alienados y manicomios provocaron una sustitución por otro tipo de instituciones, los hospitales psiquiátricos, que buscaban la readaptación social y la curación de los pacientes, procurando evitar la cronificación.

El 14 de diciembre de 1892, por iniciativa del Diputado Provincial e Inspector de los Asilos de Beneficencia Juan Febles Campos y secundado por Eduardo Rodríguez Núñez, se plantea la idea de dotar a Santa Cruz de Tenerife de un Manicomio, próximo a la ciudad, en el sitio llamado Cruz de Ventoso[1176], «ante la urgencia de dar una solución al problema de la reclusión y tratamiento de los dementes» y tras valorar las condiciones penosas en que se encontraban en las dependencias del Hospital de Desamparado de la capital[1177]. Además, la fundación de este asilo, atendía a la evolución que la tipología arquitectónica hospitalaria sufre durante el siglo XIX, especializándose los hospitales para el cuidado de un único tipo de dolencia.

[1175] AA. VV. (2001). *Opus cit,* p. 56.
[1176] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 14 de diciembre (nº 1830) de 1892.
[1177] Queda fuertemente conmovido tras la visita que efectúa al departamento destinado a locos en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados.

180. Anónimo: arquitecto Antonio Pintor y Ocete (1892).

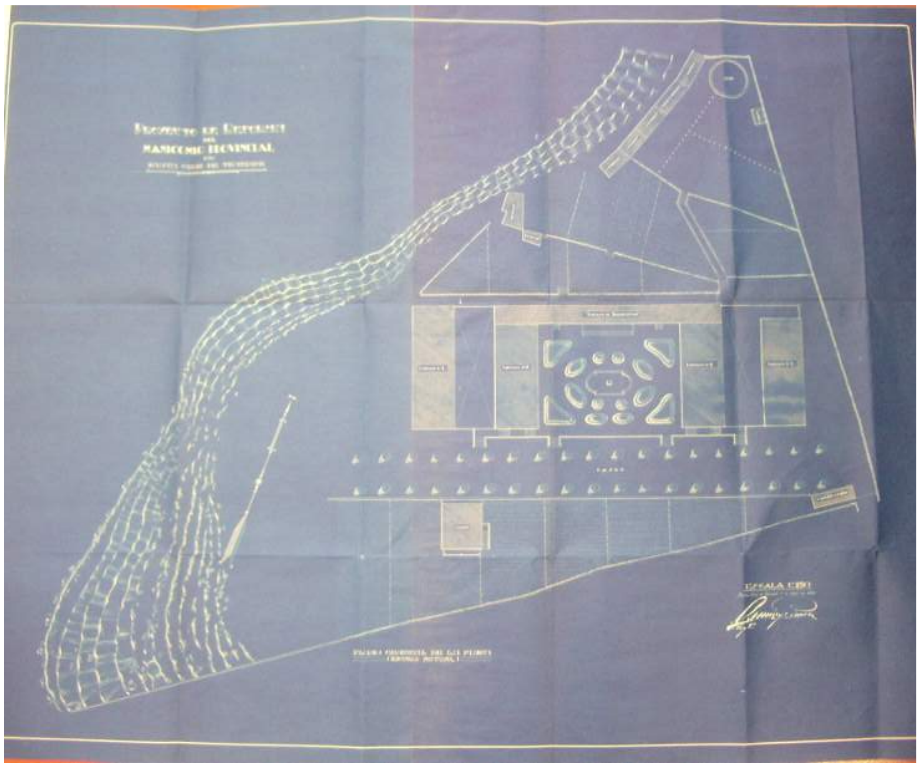
Un año más tarde, el 6 de octubre, se tenía un croquis, como se afirma en la prensa local, del proyecto del plano del establecimiento, obra de Antonio Pintor, que ideó un edificio con las condiciones necesarias para prestar los cuidados adecuado, así como de «ser elegante, de mucho gusto y de forma original». Se pretendía crear un entorno con arboladas y jardines, que buscaban el contacto con la naturaleza de los dementes, así como zonas destinadas al cultivo atendido por los internos, situación que se creía que favorecía su recuperación y la «estabilización de su enfermedad». Además, se procuró que el edificio fuera un referente capaz de distinguirse desde el mar o la ciudad, lo que en cierta medida, unido a la búsqueda de *buenos aires*, se decantaron por una instalación del centro en terrenos ubicados entre 200 a 400 metros de altitud.

Los primeros recursos económicos fueron aportados tanto por Juan Febles Campos como por la Junta de Caridad de Señoras. Inicialmente se contó, tan solo, con el dinero para comenzar las obras, confiando en la «caridad de las almas piadosas» para concluirlas[1178]. Para lograr tan loable empresa, se crea una Sociedad, que establecía los siguientes artículos:

> *Artículo 1º.- El objeto de la Asociación es construir el edificio para dementes en el sitio de esta capital que se estime más adecuado y concluido que sea entregado a la Excma. Diputación Provincial; Artículo 2º.- Los fondos con que la Sociedad cuenta para su objeto proceden de los donativos que puedan conseguir, espectáculos que organice y subvenciones que obtenga; Artículo 3º.- Dichos fondos serán depositados en la Sucursal del Banco de España en esta capital a cuyo fin se solicitará que se abra una cuenta corriente a nombre del Presidente de esta Asociación; Artículo 4º.- El número de individuos que constituyen esta Sociedad se limita a los tres que forman el presente Reglamento y son Don Juan Febles Campos, Doña Magdalena Ravina y Don Antonio Pintor; Artículo 5º.- Será Presidente de la Asociación don Juan Febles Campos y Secretario-Contador doña Magdalena Ravina; Artículo 6º.- El Secretario Contador llevará un libro de ingresos y gastos y formará la cuenta anual documentada que será examinada y aprobada por los tres.- Llevará además un libro de actas y el de correspondencia; Artículo 7º.- Todo lo concerniente al objeto de la Sociedad y por consiguiente designación de sitio para el edificio, adquisición de terrenos, etc. será acordado en Junta; constituyendo acuerdo el voto de la*

[1178] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 06 de octubre (nº 2071) de 1893.

mayoría de los asociados o sea el de dos de dichos señores; Artículo 8º.- Terminado que sea el edificio se publicará un estado expresivo de la recaudación e inversión de fondos y después de entregado aquel a la Diputación provincial, quedará disuelta la sociedad.[1179]



181. Planta de la Reforma del Manicomio Provincial, 1929. (AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 174; expediente nº 428, legajo 28).

La compra del solar, de unas 4 fanegadas (2 hectáreas, 9 áreas, 93 centiáreas y 17 decímetros), se elevó a escritura pública el 4 de julio de 1894, ubicados en la Cruz de Ventoso, próxima al puente Zurita, propiedad de Juan Torres y Rodríguez por la cantidad de 5.000 pesetas[1180]. El acondicionamiento del terreno se emprendió inmediatamente para la plantación de árboles, con la pretensión de conformar un pequeño bosque dentro del solar del establecimiento. Esta labor fue llevada a cabo por el señor Ballester,

[1179] AHPSCT- Expedientes de Beneficencia-Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 172; Legº nº 25.
[1180] *Ibidem.*
La escritura pública de propiedad fue rubricada en la Notaría de Pío Casais Canosa en Santa Cruz de Tenerife en la fecha indicada.

ingeniero jefe de Montes, y por Eduardo Rodríguez Núñez[1181]. La compra se efectuó en Sociedad entre Magdalena Ravina del Campo, Juan Febles Campos y Antonio Pintor, recogiendo en sus estatutos, el compromiso de la construcción del edificio para su posterior entrega a la Diputación Provincial[1182]. En septiembre de 1894, se publicó en la prensa local, el proyecto para el Manicomio, asentado en un solar adquirido con anterioridad, con forma de triángulo rectángulo y que «…tiene uno al lado naciente, el menor al norte y el tercero limitado por el Barranco de Santos, por cuyo sitio termina en ladera que puede ser de gran utilidad y sacarle de ella partido».[1183]

El diseño propuesto para la edificación fue el que durante prácticamente casi toda la primera mitad del siglo XX se procuró acometer, pero la carencia de recursos materiales unido a un desinterés por parte de las autoridades locales y la situación socio-económica propiciada por las dos contiendas bélicas internacionales y la nacional, no permitieron que se concluyera con la rapidez deseada. Incluía una avenida de 150 metros de larga por 20 de ancha, horizontal y ornada con cuatro hileras de árboles, situando al oeste una zona destinada a jardines y huerta, y con una deslumbrante vista de la bahía de Santa Cruz; opuesta a esta zona, se ubicó un bosque para el recreo de los pacientes. El recinto hospitalario estaba dotado de varios edificios, uno central, destinado a la Administración, servicios, hidroterapia[1184], electroterapia, cámara de oftalmoscopia, gimnasio, y botica; y dos laterales a éste, distribuido en 4 pabellones, destinados a los enfermos, separados por sexos, edad y patología, con 12 habitaciones en cada uno, cuarto destinado al vigilante o enfermero, sala para reuniones y demás servicios necesarios para un correcto funcionamiento. Incluso, se le incorpora un pabellón para el tratamiento de enfermedades comunes, la capilla y un lavadero. Las normas de salubridad, higiene y confort eran cumplidas estrictamente, ya que no hay que olvidar que los higienistas consideraban que la pureza moral estaba estrechamente relacionada con la limpieza física; es decir, la adquisición de unos hábitos de higiene

[1181] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 05 de julio (nº 2293) de 1894.
[1182] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 24 de abril (nº 8393) de 1913.
[1183] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 14 de septiembre (nº 2351) de 1894.
[1184] Relevante, es como al Manicomio se le surtió de abundante agua procedente del naciente de Aguirre, que se almacenaba en un depósito situado a mayor nivel, dentro del solar del recinto hospitalario. El papel del agua fue importante, ya que este elemento se convierte en algo imprescindible a la hora de la higiene y la hidroterapia, muy empleada ésta en el tratamiento de los dementes.

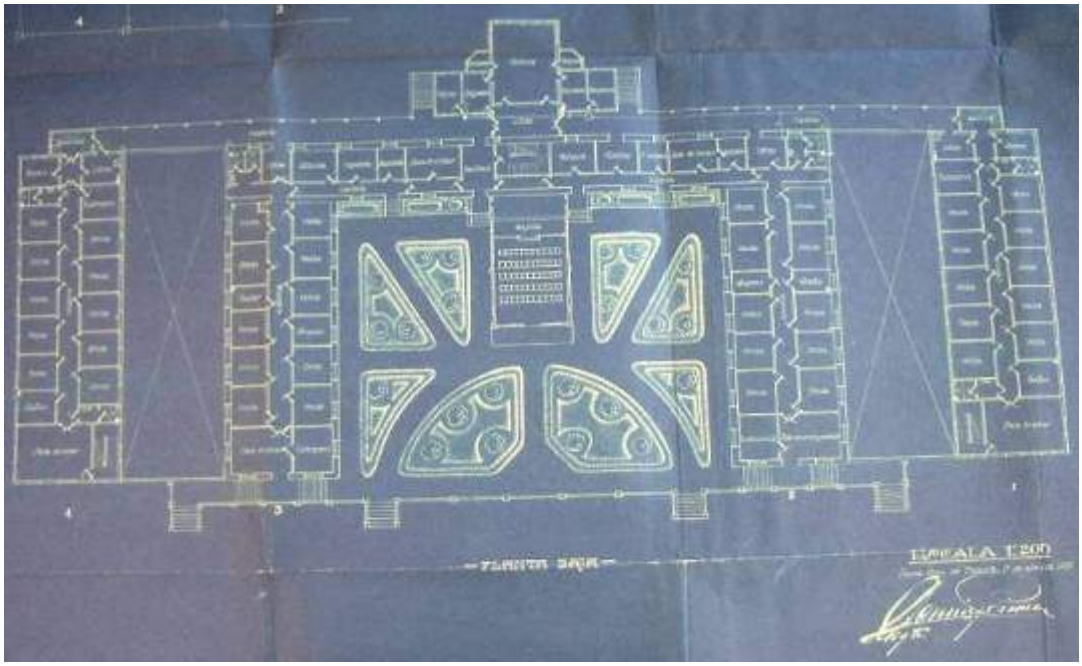
personal por parte de los asilados posibilitaría la cura y prevención tanto de enfermedades físicas como morales[1185]. En el edificio, quedaban claramente definidas las áreas de cada departamento, estableciendo tres categorías: áreas de actividad principal, lugares donde se llevan a cabo los tratamientos de los internados; áreas de apoyo, precisas para realizar los tratamientos de las áreas principales y que eran concretadas una vez identificadas las necesidades de espacio; y, las áreas administrativas, determinada por la naturaleza del personal que realiza una función fundamentalmente administrativa en cada departamento. El modelo tipológico que se empleó fue de pabellones ligados por circulación cubierta impulsado por la Escuela Inglesa, cuyos ejemplos más destacados están en el Hospital de Blackburn (Manchestrer, 1870) y en el Hospital John Hopkins (Baltimore, 1880).

El establecimiento hospitalario fue planificado atendiendo a cuestiones de diseño que abarcaban desde la ubicación y las dimensiones de los terrenos disponibles, hasta la disposición idónea de los pabellones de acuerdo con la función asistencial que iba a desempeñar[1186]. En Francia, durante el siglo XIX, la Comisión de Cirugía estableció una serie de necesidades mínimas de superficie para los hospitales en relación con su capacidad: para los hospitales de 100 camas se aconsejaba unos 2.500 metros cuadrados, que aumentaban progresivamente hasta llegar a los grandes hospitales urbanos de 800 camas para los que se preveían unos 100.000 metros cuadrados. Incluso Rochard, en 1883, estableció que la superficie mínima a asignar por cama-paciente,

[1185] Debe tenerse presente en todo momento que la actividad asistencial con el enfermos era realizada por el practicante y los vigilantes del manicomio quienes eran lo que a diario se encargaban del cuidado y control de los alineados, pese a que el último responsable era el médico-psiquiatra. El practicante, como jefe de los enfermeros y de los vigilantes, coordinaba presencialmente los cuidados como el baño general y el registro a que eran sometidos los alineados a su ingreso. Diariamente, se les pasaba revisión a los internados y a las ropas de cama y de las salas utilizadas para su estancia. A ello, se unía la actividad de acompañamiento, por los vigilantes, a todos los actos a los que acudían, con la intención de cuidar el orden y evitar situaciones de hetero-agresividad o autolesiones. Además de su medicación los ingresados recibían baños, duchas, electroterapia y otros servicios de carácter hidroterápico, es decir, eran tratados con una combinación de encierro y aislamiento, y tratamientos de choque basados en las duchas, electricidad y farmacología, con el objetivo de conseguir su curación o al menos lograr una estabilización y control de la enfermedad.

[1186] Esta situación se produjo, ya que se contó con amplios terrenos que posibilitaron la orientación geográfica limitando el crecimiento en altura y contando con la separación suficiente entre ellos que permitía un adecuado soleamiento y la circulación del aire.

debería ser de 100 metros cuadrados en hospitales de 100 camas y de 150 metros cuadrados en aquellos con una capacidad alojativa de 600.[1187]



182. Proyecto de reforma del Sanatorio Psiquiátrico Provincial, 1929. (Fuente: AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 174; expediente nº 428, legajo 28).

La subasta para la ejecución de las obras[1188], se efectuó el 22 de diciembre de 1894, a las 12 de la mañana en la oficina del Arquitecto municipal, siendo adjudicadas, de los 4 propuestas presentadas, a Rafael del Toro por la suma de 20.869,66 pesetas[1189]. Éste dará comienzo a la actividad constructiva del primer pabellón en enero de 1895, con la intención de ser concluidas a finales de ese año[1190]. La obra se ejecutó de manera rápida, encontrándose, en julio de 1895, la edificación del primer pabellón, a la altura del techo[1191]. Un mes después, se recibió la madera necesaria para el cerramiento de la techumbre[1192]. El segundo pabellón y la galería que unía con el primero[1193], fue

[1187] LÓPEZ PIÑERO, J. M. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza, 2000, p. 163-179.
[1188] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 14 de diciembre (nª2427) de 1894.
[1189] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 22 de diciembre (nª2434) de 1894.
[1190] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 11 de enero (nª2449) de 1895.
[1191] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 23 de julio (nª2605) de 1895.
[1192] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 23 de agosto (nª2630) de 1895.

financiado por los donativos aportados por el Ayuntamiento y particulares[1194], depositada en la Sucursal del Banco de España la cantidad de 20.406,55 pesetas para el pago de su construcción. A lo recaudado, se unieron 15 acciones de la Sociedad de Edificaciones y Reformas Urbanas (S.E.R.U.) de manos del Enrique Pérez Soto, sin olvidar la cesión de los honorarios y derechos de autor sobre la obra de Antonio Pintor, arquitecto de la misma[1195]. Estas aportaciones no fueron suficientes, lo que llevó a que las obras no se retomaran hasta febrero de 1899. La subasta de éstas, para el segundo pabellón, se efectuaron el 19 de marzo de este mismo año, a las 12 horas en la casa habitación del Presidente de la «Asociación constructora de una Casa de Dementes»[1196], adjudicándosele a Manuel Padrón Sosa, único que presentó oferta, por la cantidad de 26.050,92 pesetas, con el compromiso de su conclusión a finales de ese mismo año.[1197]

Las primeras noticias que aparecen en la prensa local sobre las obras del Manicomio las encontramos a finales de 1895, en la que se informa de la llegada de los materiales y el comienzo de la colocación de la armadura de la techumbre[1198]. Pese a ello, en abril de 1902 todavía el cerramiento superior estaba inconcluso[1199]. Diez años más tarde, y ante el penoso estado del edificio que amenazaba ruina, los señores Juan Febles Campos, Nicolás Martí Dehesa (Diputado Provincial e Inspector de los Establecimientos Benéficos), Manuel de Cámara (Diputado Provincial), Rafael Calzadilla (también Diputado Provincial) y Diego Guigou, junto a otras personalidades relevantes, visitaron el Manicomio y se comprometieron a aportar los recursos precisos para su próxima conclusión[1200]. En la prensa local de 1913, se hacía eco del anunció de la conclusión de dos de los pabellones, a la vez que se mostraba cierto descontento ante la falta de interés por parte de las Instituciones Públicas materializadas en las diferentes actividades a las que se destinaba el establecimiento ajenas a los objetivos para el que

---

[1193] Esta galería estaba proyectada al descubierto, aunque finalmente se procederá a su cerramiento con tabiques provisionales para la instalación de servicios y dependencias, hasta la construcción del tercer pabellón, el central.
[1194] Esto ocurre en agosto de 1896.
[1195] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 25 de enero (nª3651) de 1899.
[1196] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 27 de marzo (nª3700) de 1899.
[1197] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 14 de marzo (nª3690) de 1899.
[1198] Manifestando el propósito de conclusión de las obras en «dos o tres meses» *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 23 de noviembre (nª3897) de 1899.
[1199] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 30 de abril (nª4319) de 1902.
[1200] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), 1 de marzo (nª7599) de 1912.

quería ser destinado. El traslado de los pacientes alienados desde las casas-depósito anexas al edificio del Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados hacia el nuevo edificio se produjo el 22 de agosto de 1917[1201], pese a que la entrega formal se había realizado desde el 22 de enero de ese mismo año, en el Palacio de la Diputación Provincial al Presidente de esta Corporación.[1202]

183. Fachada principal de un pabellón, 1929. (Fuente: AHPSCT-Negociado de Acción Social - Mancomunidad: caja nº 174; expediente nº 428, legajo 28).

En 1921, según el arquitecto Domingo Pisaca y Burgada, el Manicomio Provincial[1203] estaba formado por un edificio constituido por dos pabellones, uno para cada sexo, enlazados por un cuerpo trasero, estando provisto de celdas en el sótano para «enfermos sucios y furiosos», y una sala en la planta baja para «enfermos tranquilos». El cuerpo de enlace se dividía en pequeños cuartos destinado a: cocina, la comunidad religiosa de las Hijas de San Vicente de Paúl, médicos y almacenes. Entre los pabellones

[1201] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7087; expediente nº 128.
Las casas que alojaba a los alienados fueron rápidamente reclamadas para ser reutilizadas por los Asilos de Beneficencia, no siendo efectiva esta entrega hasta agosto de 1925 por parte de la Mancomunidad Interinsular de Canarias.

[1202] AHPSCT- Expedientes de Beneficencia-Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 172; Legº nº 25, *opus cit*.
En el acto de cesión de 1917 estuvieron presentes: por parte de la Diputación Provincial, el diputado provincial Nicolás Martí Dehesa, el diputado provincial Rafael Calzadilla y Calzadilla y Manuel de Cámara y Cruz por designación de la Corporación provincial; por la parte de la Asociación, Juan Febles Campos y Antonio Pintor y Ocete. En la entrega de 1928 concurren Antonio Vivancos Santillán como representante de la Mancomunidad Interinsular de Cabildos, y por parte de la Asociación, Juan Febles Campos y Antonio Pintor, ya que por estas fechas Magdalena Ravina del Campo había fallecido. La entrega del Manicomio no fue definitiva hasta el 1 de junio de 1928, momento en que la Mancomunidad Interinsular de Cabildos lo recibe

[1203] Con la división de la provincia de Canarias en 1927, según el R.D. nº 1586 de 21 de septiembre, el hasta ese momento denominado *Manicomio Provincial* pasa a denominarse *Asilo de Dementes*. En 1937 se modifica nuevamente adquiriendo la denominación de *Instituto Psiquiátrico Provincial.*

existía una gran explanada, de unos 1.200 metros cuadrados (40 por 30 metros), lugar en donde se había proyectado otros 2 pabellones más. Este improvisado «llano» se cerró con una balaustrada rematada por bustos de mármol que perduraron en este emplazamiento hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX.[1204]

El 10 de diciembre de 1930, en Sesión extraordinaria de la Mancomunidad Interinsular de Cabildos se habilitó una partida presupuestaria de 125.000 pesetas para *la terminación de los edificios que integran el Asilo Provincial de Dementes, y para la completa dotación*[1205], atendiendo al proyecto diseñado, en 1929, por el arquitecto Pisaca[1206]. Desde sus orígenes, los manicomios habían sido instituciones que se habían diseñado para «apartar y esconder» aquellos trastornos de conducta, tanto perceptivos como del pensamiento, edificándose establecimientos sanitarios con una finalidad restrictiva y de custodia más que terapéutica, sustentados gracias a la caridad y la piedad dentro de un marco religioso en contraposición a la comprensión desde lo científico y lo social. Esta idea de «custodia-ocultación» fue trasladada a la arquitectura, mediante la cual se habilitaron mecanismos que procuraron lograr este objetivo, tales como el *panóptico*, propuesto por Jeremy Bentham en 1791 para un «centro penitenciario imaginario», que constituía una tipología arquitectónica para prisiones cuya estructura incorporaba una torre de vigilancia en el centro del edificio anular que estaba dividido en celdas. Desde un primer momento, para el Manicomio Provincial de Tenerife se había utilizado una tipología en pabellones ligados por circulación cubierta. Esta no se desecha, sino que se le procura dar finalización, habilitando un nuevo proyecto, así como su correspondiente partida presupuestaria, como se reseña en el proyecto elaborado por el arquitecto Pisaca: *…las de construcción de muros exteriores para aislar completamente el Establecimiento de la vía pública, cuya necesidad es bien notoria; construcción también, por consiguiente, de una portería y de una acera o andén*

[1204] *Diario de Tenerife* (Santa Cruz de Tenerife), nº 8393 24 de abril de 1913.
[1205] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Interinsular de Cabildos-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 150.
[1206] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Interinsular de Cabildos-Acción Social; caja nº 174.
Se propuso hacer la operación de crédito con la Caja de Prevención Social de las Islas Canarias, que había ofrecido unas condiciones ventajosas: interés al 5% pagaderas en veinte años mediante anualidades de 10.030,30 pesetas. A ello unía la Corporación interinsular los ingresos procedentes del alojo de dementes en el Asilo, superiores a 29.000 pesetas en los dos últimos años anteriores.

interior para refugio de los enfermos tranquilos; desmonte del terreno necesario para una galería trasera de unión de los cuatro pabellones y para una rampa de acceso a la parte posterior del edificio, obras de suma precisión, para las debidas atenciones, cuidados y vigilancia de los enfermos; aumento de obra, para pavimentar los patios destinados a los desmontes, con losetas, en lugar de hormigón, como estaba proyectado, puesto que la práctica ha demostrado, que el hormigón lo destroza completamente en poco tiempo, quedando entonces en peores condiciones…[1207]

Junto a estas intervenciones en el edificio, se planteó la adquisición de material médico quirúrgico, inexistente en ese momento, una cocina de hierro nueva, menaje y mobiliario para los dormitorios, cocina y comedores, moblaje para el culto en la capilla y el arreglo de jardines. Se acordó efectuar reparaciones y acondicionamiento de algunas dependencias, así como mejoras en el abastecimiento de aguas, la modernización de la instalación eléctrica, ya presente en parte del establecimiento, y algunas medidas de seguridad orientadas hacia la protección de la integridad física de los alienados: *…reparación de los pabellones y demás dependencias antiguas, incluso pavimentación de los semisótanos, algunos de los cuales no es posible utilizar ahora, por el estado ruinoso en el que se encuentran; acondicionamiento de un local con destino a la sala de autopsias y depósito de cadáveres, que hoy no existe; instalar tuberías y depósitos para servicio de agua fría y caliente, tan necesario en estos Establecimientos; colocar rejas de hierro en todos los huecos de puertas y ventanas de los pabellones, para la conveniente seguridad de los reclusos; adecentar y acondicionar debidamente los cuartos de baño y los retretes; hacer nuevas instalaciones de luz eléctrica, y otras muchas obras de menor cuantía todas de utilidad, para mejorar las condiciones de la reclusión*[1208]*.* Los trabajos que se efectuaron en los pabellones número 1, 2, 3 y 4 fueron ejecutados por la

[1207] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Interinsular de Cabildos-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 150; *opus cit*.
[1208] *Ibidem*.
Con la ejecución de las obras y una vez concluidas éstas, se dispuso del doble de celdas, situación que favoreció que alienados ingresados en diferentes puntos de la geografía peninsular, pudieran ingresar en la Isla a sus familiares.

Compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A., siendo el coste de la ejecución de las obras de 236.044,44 pesetas.[1209]

En 1937 se dio comienzo a una segunda etapa de intervenciones arquitectónicas en el Asilo, que no terminó hasta 1940. El número creciente de dementes, unido a que a partir de la década de los cuarenta del siglo XX fueron introducidas la insulina, el electroshock y las lobotomías como tratamiento para los alienados con larga hospitalización, llevó a la necesidad de proceder a la ampliación del recinto hospitalario, para lo que procedió a redactar un proyecto el arquitecto provincial, Domingo Pisaca, en febrero de 1938. Para la ejecución de la obra se dispuso de una partida presupuestaria que ascendió a la suma de 511.812 pesetas. Los objetivos fundamentales de esta propuesta eran: *ultimar el cerramiento perimetral de la finca; formación de huertas de cultivo y paseo, en sustitución de terrenos eriales y peligrosos; construcción de una galería trasera, dependencias de Hermanas, Capilla y adaptación de los locales en el cuerpo central para los servicios administrativos; cuerpo de enlace entre pabellones que aumente la capacidad de asilados y reforma de estos pabellones para su más eficiente uso; y otras obras en lavandería, vaquería, atarjeas y estanques de riego, instalaciones complementarias y ultimación de lo iniciado en la primera etapa del año 1929 al año 1931, iniciándose la ampliación con nuevos pabellones comunes, uno para hombres y otro para mujeres; el primero dentro del recinto y el segundo en terrenos anexos que el Ayuntamiento en principio estaba dispuesto a acceder a su traspaso al Manicomio.*[1210]

[1209] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Interinsular de Cabildos-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 150; Legº nº 26.
La firma del Pliego de Condiciones se efectuó ante el Notario Pío Casais Canosa el 20 de enero de 1930 habiendo abonado una fianza de 22500 pesetas, habiendo sido publicada la subasta en el Boletín Oficial de la Provincia nº 149, el 13 de diciembre de 1929. El desglose de las cantidades establecidas para la obra fueron: 79.802 pesetas con 86 céntimos, 1.262 pesetas con 36 céntimos, 3.587 pesetas con 32 céntimos, y 86.313 pesetas con 7 céntimos, respectivamente; en lo referente al patio y galería de enlace de los pabellones número 1 y número 2, 13.483 pesetas con 56 céntimos, mientras que para el patio y galería de enlace de los pabellones número 3 y número 4, 14.261 pesetas con 80 céntimos; por último la capilla y las cocinas, 14.572 pesetas con 70 céntimos, y 19.517 pesetas con 86 céntimos, respectivamente. Se procedió a la entrega de la obra conclusa, el 31 de agosto de 1932 por parte de la empresa contratista.

[1210] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Interinsular de Cabildos-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 173.

184. Anónimo: Manicomio Provincial (1905-10).

De todas estas intenciones destinadas a solventar el problema del espacio en el Asilo, tan solo se pudieron ejecutar las obras correspondientes al semisótano del pabellón de hombres y dar comienzo a la planta baja. La imposibilidad, por parte de la Corporación interinsular, para disponer de cantidad alguna de dinero, llevó a que se solicitase ayuda a la Junta Provincial del Paro Obrero. Ésta, concedió la cantidad de 289.403,40 pesetas entre los años 1937 y 1938, con el fin de introducir mejoras en el Sanatorio Psiquiátrico. Con el apoyo económico prestado, se dio inicio a la construcción del edificio para hombres, pese a haber proyectado construir dos pabellones de enfermos de ambos sexos con un aumento en 120 camas más. Tras la desaparición de la Junta Provincial del Paro Obrero en 1939, las obras se paralizaron, aunque ya estaba terminada la planta baja del Pabellón de hombres. Nuevamente desde la Administración Estatal, en este caso el Gobierno Civil provincial, se auxilió económicamente para la continuación de las obras, hasta que en octubre de 1940 sufrió una reiterada paralización[1211]. Retomadas en los últimos meses de este año, permitieron concluirse la planta baja y una celda en el piso alto del pabellón de hombres, gracias al auxilio

[1211] Así como la cantidad que había asignado para las obras, unas 511812 pesetas, habiéndose tan solo trabajado en el pabellón de hombres.

conjunto del Gobernador Civil Provincial y la Junta Interministerial del Paro Obrero, atendiendo a varias obras de sostenimiento general, con un coste de 95.344,5 pesetas. Como tónica habitual, se suspendió al año siguiente, no volviéndose a retomar hasta abril de 1945, habilitándose la cantidad de 49.000 pesetas para finalizar con las obras del Pabellón inconcluso desde la Junta Interministerial de obras para licitar el Paro Obrero.[1212]

Entre la documentación consultada existe una interesante descripción del Sanatorio Psiquiátrico Provincial efectuada en 1942, pues da una idea de cual era el estado de las obras que se estaban ejecutando, así como los edificios e instalaciones ya conclusos con las que contaba en ese momento el Asilo: *fincas de 18.062 metros cuadrados en la parte alta de esta Capital que linda por el Norte con la carretera de «Los Campitos», Sur con el Barranco de Santos, Este con la calle de Febles Campos y terrenos del Asilo de Ancianos y Oeste con el propio Barranco de Santos y terrenos de particulares. Consta de cuatro pabellones para enfermos por mitad a cada sexo enlazados entre sí por una galería trasera de servicio; un pabellón central para habitaciones de Hermanas de la Caridad; Capilla para el Culto; un Chalet pequeño para enfermos y de las accesorias como portería, cochiqueras y lavaderos. Su perímetro se encuentra completamente murado. Se ha construido un nuevo pabellón para hombres estando completamente terminada la planta principal del mismo; pero paralizadas actualmente las obras por falta de subvención que al efecto venía concediendo el Excmo. Sr. Gobernador Civil de la Provincia. También se han construido dos estanques para depósito de aguas; uno para el servicio del Establecimiento y otro para el riego de terrenos dedicados al cultivo de hortalizas y legumbres para el aprovechamiento del Establecimiento*.[1213]

La II Guerra Mundial supuso un bloqueo de los puertos del Archipiélago por parte de los Aliados causado por el apoyo del régimen franquista a los Países del Eje. Esta paralización del comercio, unido a la lenta recuperación de la contienda civil española

[1212] AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad; caja nº 171.
Con las 49.000 pesetas se contrataron 19 obreros durante 80 días en la obras de construcción del Pabellón de Hombres.
[1213] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Interinsular de Cabildos-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 152; expediente nº 51.

que recientemente había ocurrido, obligó a que los pocos recursos existentes se destinaran a otros menesteres que valieran para consolidar al «nuevo estado político». En esta línea, el Asilo fue «olvidado», lo que ocasionó unas lamentables condiciones de *hacinamiento* y *pobreza* de los alienados recluidos, que en marzo de 1944 escandalizó a algunos grupos de la sociedad local[1214]. A ello se le unió la existencia de obras inacabadas en los pabellones del Sanatorio proyectados desde 1938, lo que obligó a la Jefatura Nacional de la Obra Sindical de «Lucha contra el Paro» procurar las condiciones precisas para concluir las intervenciones que estaban proyectadas por la Mancomunidad Provincial Interinsular de Santa Cruz de Tenerife, para tres pabellones: uno de tres plantas para hombres, cuya construcción estaba paralizada; otro de tres plantas para mujeres; y un último pabellón de dos plantas destinado a servicios administrativos. Paralelamente a este proyecto, se había barajado la posibilidad de fundar *un nuevo Sanatorio Psiquiátrico, que reuniese las condiciones exigidas por la Psiquiatría Moderna para esta clase de Institutos, habiéndose de construir en una extensa finca de cultivo de 200 a 300 hectáreas de superficie a 25 kilómetros de la capital en la zona norte de la Isla*[1215]*.* Ciertos países, entre ellos España, comenzaban a plantearse un camino hacia la «desinstitucionalización» de los alienados, fenómeno social fundamentado en los avances propios de la ciencia médica y por las organizaciones de derechos humanos, que tras la finalización de la contienda bélica mundial, consideraban que terapéuticas menos «agresivo-restrictivas» podían ser instaurados para el tratamientos con pacientes dementes. Para cuidar a los enfermos alienados, se comenzó a emplear un sistema escocés de internación psiquiátrica denominado «Open Door», que tenía como

[1214] AHPSCT- Negociado de Intervención-Mancomunidad Provincial Interinsular de Cabildos; caja nº 153; expediente nº 77.
En ese momento, el Sanatorio Psiquiátrico contaba con 250 dementes alojados en sus dependencias de las 130 plazas con que estaba dotado, pretendiendo, a tenor de la densidad de población existente en la Provincia, crear hasta 500 plazas, pese a que se calculaba aproximadamente un total de 600.

[1215] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Provincial Interinsular-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 173.
Desde julio de 1943 se efectúan los trámites pertinentes para la adquisición de un solar o finca que presente las características adecuadas para la construcción de una colonia psiquiátrica. Un requisito fundamental es la existencia de agua para poder establecer zonas de cultivo trabajadas por los dementes. Además, se le encarga al Director del Sanatorio formarse y adquirir conocimientos a cerca de la Psiquiatría Moderna, procurando que estos conocimientos sirvan de base para la confección de un proyecto por parte del Arquitecto Provincial.

antecedente y complemento directo las experiencias del «No Restraint» que se pusieron en práctica en asilos ingleses de la mano del Dr. Conolly a principios del siglo XIX. Estaba basado en una minuciosa y detenida exploración de las capacidades del individuo por parte de profesionales en la materia, que establecían las condiciones de internamiento, separando a pacientes con causas judiciales de los que no lo eran. Lo novedoso, respecto a los modelos de internamiento previos, era la posibilidad de salir de los lugares de permanencia y la práctica de actividades de sustento y lúdicas que favorecían el autocuidado del individuo, a lo que se unía la posibilidad de acceder a las poblaciones vecinas favoreciendo la reinserción social, lo que llevaba a que se precisara de una tipología arquitectónica de *hospital-colonia* para desarrollar estas actividades.

185. Rúbrica del arquitecto Domingo Pisaca y Burgada.

El proyecto para la construcción del «nuevo centro hospitalario» recogido por la Delegación Provincial de Sanidad de Falange Española Tradicionalista y de la J.O.N.S. en *Estudio de la reorganización Sanitaria en la provincia de Santa Cruz de Tenerife*, fue hecho público en un folleto editado en junio de 1938. Estaba claro, que los gestores sanitarios del momento no veían esta propuesta como la solución a la numerosa cantidad de dementes y a la forma de concluir las obras que desde años atrás estaban en proyecto. Además, buscaban contemplar la posibilidad de incluir al enfermo en las actividades cotidianas del establecimiento, presentando como ideal terapéutico el hecho de trabajar o distraerse durante su curación. Este credo, fue el motor que activó nuevamente la maquinaria, poniéndose en funcionamiento las obras que perseguían concluir los edificios del complejo. Para ello, se habilita la cantidad de 1.625.000 pesetas, consignada para la terminación de tres pabellones, estableciendo tiempo de conclusión para las obras: 3 meses de obras para el pabellón de hombres, 1 año para el de mujeres y 8 meses para el de servicios administrativos; mientras que para el «proyecto de futuro Sanatorio», un total de 5.000.000 pesetas y 3 años de obras.[1216]

[1216] AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad; caja nº 153.

Como ya había acaecido en 1944, pese al empeño por parte de la Administración de cambiar el modelo asistencial, la realidad era semejante: no existían recursos materiales para un proyecto de tamaño envergadura. Esta realidad obligó a decantarse por una nueva ampliación del hospital, diseñada por el arquitecto provincial en junio de 1946, cuyo requisito era un aumento del número de camas, pretendiendo asilar a un total de 92 hombres, 68 comunes y 24 pagos, así como 132 mujeres, 120 comunes y 12 pagos, para lo que se habilitó, desde la Intervención de Fondos, la partida de 2.500.000 de pesetas[1217]. Seguidamente, tras un meditado estudio médico sobre la reorganización del Asilo, y la visita efectuada, en 1947, por el Director General de Sanidad, Dr. Alberto Palanca, se retoma nuevamente la idea de 1944 de variar la ubicación del Sanatorio, dotándolo de una construcción moderna y específica para cada modalidad de enfermo y enajenación, con idoneidad de capacidad, clima, proximidad y dedicación a la actividad agrícola. Nuevamente, la falta de capacidad económica del momento, no permitía hacer frente a la cantidad estimada inicialmente, 10.000.000 pesetas, a lo que se unía la necesidad urgente que existía de dar solución a las condiciones precarias de hacinamiento en que se encontraban los alineados. La situación era tan dramática y urgente, que nuevamente, en este mismo año, se insta al arquitecto provincial Pisaca a elaborar un proyecto que lograra un considerable aumento de la superficie del Instituto Psiquiátrico, incorporando unos 6.352 metros cuadrados más a los 3.951 construidos ya existentes. Para ello, fue necesario un incremento de la superficie del solar donde estaba instalado el Centro, que contaba con una finca de 16.612 metros cuadrados y a la que se le incorporaron unos 5.602 metros cuadrados más. Este aumento de la superficie cubierta, llevaba a que el Instituto Psiquiátrico pasara de tener 77 celdas a 174 en total para la zona destinada a hombres pensionados y pagos, y de 62 a 174 en las zonas destinadas a mujeres en iguales condiciones.

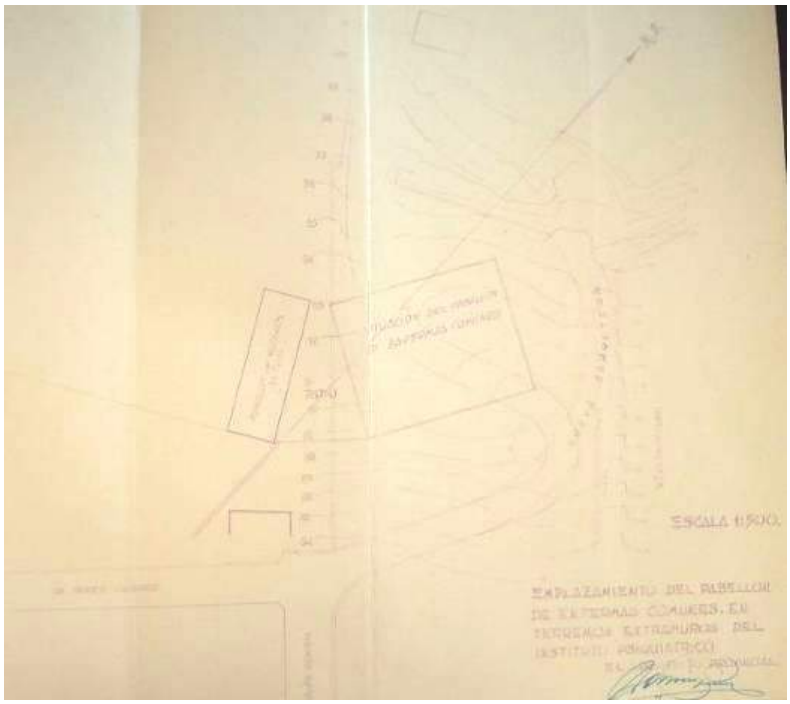
Para los pabellones del Sanatorio Psiquiátrico Provincial, desde la Jefatura Nacional de la Obra Sindical, se daba la posibilidad de aportar 50 obreros, mientras que para el Sanatorio en proyecto entre 150 a 200 obreros.

[1217] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Provincial Interinsular-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 173; expediente nº 423.
Pese a que se dispuso esa cantidad, se habían presupuestado 2.183.962 pesetas, cantidad en la que se incluían la adquisición de los terrenos necesarios para la consecución de la obra.

Independientemente del proyecto de ampliación, se priorizaron una serie de obras imprescindibles: *1º Pabellón común de hombres, del que se hallan construidas las plantas de sótanos, semisótanos y parte mínima de la baja; falta terminar la mayor parte de esta planta baja y toda la del 1º piso, que según cuadro (A) nos proporcionará sobre las ocho celdas actuales un aumento de 46 celdas más; 2º Pabellón común de mujeres, totalmente nuevo y en terrenos de ampliación actual, (…), el que nos dará 90 celdas nuevas, según se desprende del cuadro (B); 3º Chalet de pago para Hombres, y enfermos especiales, completamente nuevo, aislado, que nos proporcionará unas 19 celdas o dormitorios (Cuadro C); 4º Chalet de pagos para mujeres, y enfermas especiales, que conforme el cuadro (D) nos proporciona otras 19 celdas o dormitorios; 5º Pabellón de Administración más que de la interioridad del Establecimiento es para sus relaciones exteriores para la admisión, altas en la vida pública del enfermo y baja en los desgraciados casos de fallecimiento, con sus servicios derivados de Cámara Mortuoria y Autopsias en la muertes por accidentes. En los cuatro cuerpos de edificación cada uno objeto de un proyecto particular, se proyectan cuantos servicios complementarios se han creído necesarios para la autonomía eficiente del pabellón, como en sus relaciones con los servicios generales centralizados en la unidad Sanatorial del Instituto Psiquiátrico.*[1218]

Una vez finalizadas y ejecutadas estas obras, se propusieron otras tantas obras, como se recoge en la Memoria del proyecto diseñado: ampliación de un piso más cada uno de los Pabellones número 2 y número 3, respectivamente de Mujeres y Hombres (buscando un aumento de capacidad); ampliación del Pabellón central de servicios generales, preciso con el aumento de los enfermos alojados en el Centro; ampliación de los existentes en altura y nueva construcción de cuerpos de enlace entre los Pabellones del mismo sexo; reformas concretas en las construcciones ya existentes que proporcionen comodidad en cada uno de los pabellones y de éstos con el Pabellón de servicios generales.[1219]

[1218] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Provincial Interinsular-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 173, *opus cit*.
[1219] *Ibidem*.



186. Proyecto para el pabellón de mujeres, 1947 (AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 171; expediente nº 389).

Las obras proyectadas en marzo de 1947 para el Pabellón de pagos de mujeres, fueron aprobadas en junio del mismo año por el Ministerio de la Gobernación, ascendiendo a un total de 595.853,12 pesetas a pagar por ambas entidades públicas, el ya citado Ministerio de la Gobernación y la Mancomunidad Provincial Interinsular. Curiosamente, el edificio se colocó frente al Pabellón número 2, pese a que originariamente se había ubicado en terrenos extramuros adquiridos por el Instituto[1220]. Las obras no fueron subastadas hasta agosto de 1950, momento en el que se publicó en la prensa local (*La Tarde, El Día* y *La Hoja del Lunes*), así como el Boletín Oficial de la Provincia; la ejecución fue realizada por el contratista Luis Marrero Díaz en representación de la *Compañía Pedro de Elejabeitia Contratas S.A.* Numerosas complicaciones, entre las que figuraban las económicas, no permitirán que los trabajos

[1220] El Pabellón número 2 era de una sola planta y semisótano, pretendiéndose que el nuevo pabellón siguiera el eje de la entrada con el del número 2 aludido, siendo la fachada trasera visible desde el exterior, de la que le separa del muro de cerramiento a la calle nº 5 del Barrio del Uruguay.

fueran concluidos hasta agosto de 1952[1221]. En noviembre de este mismo año, se inician también obras para ampliar los edificios existentes, para lo que se presupuestó la cantidad de 4.011.434,97 pesetas. La construcción y reforma de la primera y segunda planta del Pabellón de Enfermos Comunes y del Pabellón de Varones Pensionistas, fue encargada a la Compañía Contratas S.A. perteneciente a Pedro de Elejabeitia. La lentitud de los trabajos fue la situación más habitual, decidiéndose, en noviembre de 1950 desde la Presidencia de la Mancomunidad, entregar el encargo de la finalización de la obra a Luis Marrero Díaz, atendiendo al proyecto originario por un importe de 510.357,96 pesetas[1222]. Las obras comenzaron casi inmediatamente, finalizando y entregándose en junio de 1951[1223]. En abril de 1948, se confeccionó proyecto y presupuesto por el arquitecto provincial Domingo Pisaca y el aparejador José B. González Falcón, para la construcción de un *Pabellón o Chalet de Pagos para hombres* dementes, obra encargada a Pedro de Elejabeitia Contratas S.A. por un importe de 494.009,38 pesetas.[1224]

Ya a mediados del siglo XX, en diciembre de 1949, se precisan reformas y ampliación de la vivienda destinada a la Comunidad de Hermanas de la Caridad, a lo que se unía la ampliación del Pabellón Central de Cocinas. En plena posguerra mundial, los escasos recursos materiales eran cada día más difíciles de adquirir, lo que propiciaba que las obras fueran suspendidas, causa por la que el Sanatorio se remodeló y actualizó

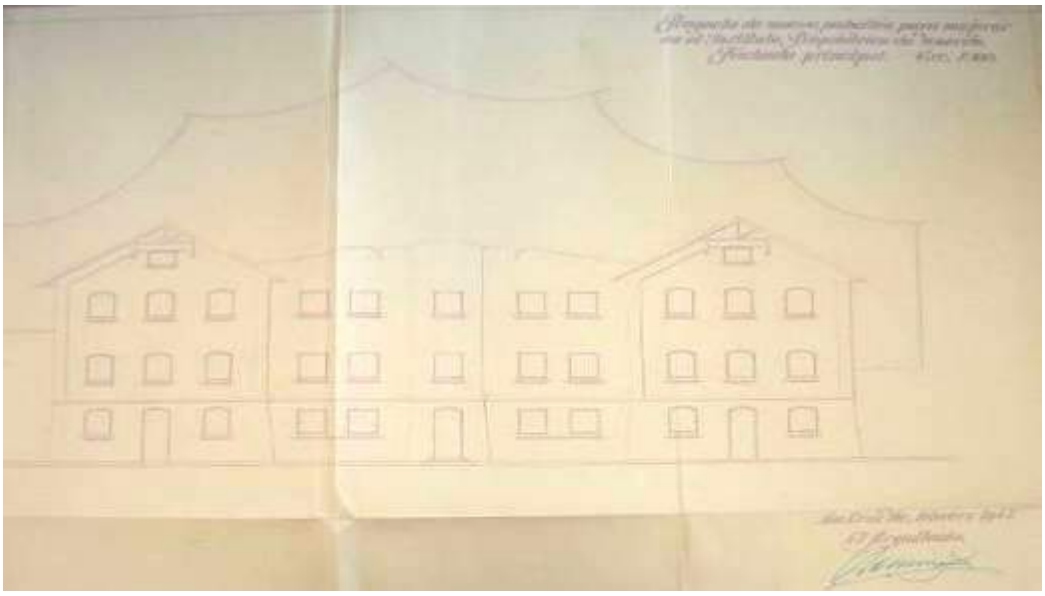
[1221] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Provincial Interinsular-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 173, *opus cit*.

[1222] AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad; caja nº 171*, opus cit*.
En enero de 1953, ante la carencia de espacio para poder ejecutar la ampliación del Sanatorio, se solicitó al Ayuntamiento de la capital facilitar solar junto a la cerca Norte del Establecimiento, a lo que se unió la solicitud a la Corporación Insular del desvío del Camino Vecinal que daba acceso al Barrio de los Campos en la curva que circunda el solar cedido por la Corporación Municipal.

[1223] *La Tarde* (Santa Cruz de Tenerife), Año XXI, nº 6334, 3 de enero de 1948.
Éstas, como las anteriores, incluían: la terminación del pabellón de hombres, 698.693 pesetas, aportando 523.693 pesetas el Estado y 180.000 pesetas los Fondos de Protección Benéfico Social del Ministerio de la Gobernación; un nuevo pabellón común de mujeres, 2.132.515,43 pesetas; un chalet de pagos para hombres, 494.009,38 pesetas, y otro para mujeres, 524.403,1 pesetas; un Pabellón de Administración, 4.011.434,97 pesetas.
Igualmente se efectuaron obras para la ampliación del Pabellón de Mujeres, enfermas de beneficencia, elaborado como el anterior por el arquitecto Pisaca, por un importe total de 1.425.017,76 pesetas, consignándose anualmente la cantidad de 750.000 pesetas para su conclusión.

[1224] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Provincial Interinsular-Beneficencia Hospital Psiquiátrico Provincial; caja nº 173.

con lentitud, existiendo numerosos proyectos que años más tarde se acometerían, como deja claro el arquitecto Domingo Pisaca cuando expone los antecedentes en relación a las obras efectuadas en el Establecimiento: … *al ampliarse la capacidad del Instituto, precisa atender la capacidad de los elementos asistenciales, no solo con vistas al momento, sino para el futuro, de ampliaciones de un piso más de los pabellones 2 y 3 (laterales al patio-Capilla); puesta en uso del Pabellón de hombres; construcción del pabellón de mujeres en su día, incluso los pabellones de Pago de Mujeres (a construir) y Pagos de Hombres (construidos), que si bien para sus servicios de cocina autónoma cuenta con locales propios para las específicas necesidades, no para las generales de panadería, suministro de viandas, preparaciones generales, tendrá que depender de las generales del Establecimiento. En lo que a Administración directa encomendada a la Comunidad, siempre dependerá del servicio centralizado*[1225]. Para la ejecución de las obras se estipuló un presupuesto por 482.840,69 pesetas, consignando, en mayo de 1951 desde los presupuestos del Estado, unos (7.500.000 pesetas y desde la Corporación interinsular, 138.461,75 pesetas, habilitando la cantidad de 888.461,75 pesetas para la continuación y conclusión de las obras.



187. Proyecto para el pabellón de mujeres. 1947 (Fuente: AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 171; expediente nº 389).

[1225] AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad; caja nº 171*, opus cit*.

188. Proyecto para el Sanatorio Psiquiátrico Provincial, 1946-47 (AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 171; expediente nº 389).

Desde las primeras intervenciones arquitectónicas en el Asilo, una había quedado en el tintero, la interconexión y enlazado de los Pabellones de Enfermería existentes en el Sanatorio, mediante un pabellón en la trasera de los ya construidos. Desde las obras iniciales del conjunto, se procedió a cerrar estos espacios entre sus pabellones por el frente, cubriéndose, solo en parte, para construir posteriormente un área de sombra, situación ya existente en el semisótano a modo de pabellón trasero de enlace, quedando así un patio cerrado, propio para *estancia de enfermos sucios y agitados no ofensivos*. Posteriormente, se dispuso que estos enlaces entre los pabellones de enfermos número 1 y número 2 (mujeres), y los pabellones de enfermos número 3 y número 4 (hombres) se les dotara de un piso alto cubierto de 50 metros cuadrados, destinado a enlazar las salas de estar de cada pabellón, utilizándolos como comedores suplementarios. En la memoria del proyecto, el arquitecto Pisaca recomienda ubicar las enfermerías en este pabellón de enlace, que originariamente estaban proyectadas en el piso alto en el cuerpo trasero, colocando tres celdas-enfermerías en cada una de las plantas 1ª y 2ª para cada sexo, cuyo acceso se realizaba por las escaleras existentes; todo esto favorecía la vigilancia que desarrollaba el personal como custodios de los alineados tranquilos de las salas de estar. Además se proyectaron más locales análogos en el frente del pabellón antiguo, entre los pabellones existentes, que permitían dar una mayor superficie cubierta. Para la unión del pabellón número 4 con el número 5 se proyectó un edificio de enlace de nueva planta, cerrando el espacio entre ellos con un

patio para enfermos[1226]. El coste del proyecto se calculó en un total de 307.808,84 pesetas.

Los primeros años de la década de los cincuenta vinieron marcados por dos intervenciones: la primera, en julio de 1950, en la que se pretendía construir el chalet de pago para mujeres enfermas pensionistas proyectado años atrás, para lo que se destinó la cantidad de 300.000 pesetas[1227]; y la segunda, un año más tarde en abril, con la reforma de una azotea y lavadero anexa, con sustitución de parte del tejado para secado de ropa en la zona habilitada como vivienda para las Hijas de la Caridad, realizado el destajo de la obra por Pedro de Elejabeitia Contratas S.A. por la cantidad de 29.473,11 pesetas.[1228]

4.2.4.3. INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE.

En los comienzos del siglo XX, surgieron un variado número de arquetipos asistenciales y socio-sanitarios como ocurrió con las Brigadas Sanitarias Asistenciales[1229], modificación importante de los modelos que hasta el momento habían acampado en la estructura administrativa de las instituciones locales, lo que favoreció el surgimiento del Instituto Provincial de Higiene. Los Institutos Provinciales de Higiene fueron el resultado del Estatuto Provincial de 1925, el llamado «Calvo Sotelo», novedoso por su capacidad para aglutinar los estamentos locales y regionales en el ámbito de la beneficencia y la salud pública, en el que estaban presentes los fines preventivos y analíticos[1230]. Los Laboratorios Municipales de Higiene en el ámbito canario se dividían en dos secciones, lo que provocó cierto desconcierto entre el personal que conformaba la plantilla de

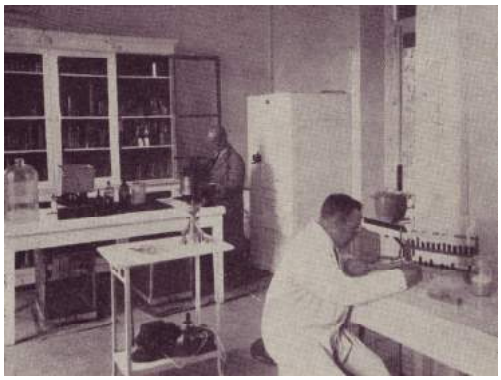
---

[1226] *Ibidem*, papeles sueltos.
El Sanatorio era considerado por el arquitecto como una Enfermería con reclusión permanente o temporal en celdas personales de los alineados, siendo destinadas las enfermerías que proyecta a enfermedades comunes o infecto-contagiosas donde se trataban enfermedades como la tuberculosis, situación que lleva a que se atienda a cuestiones tales como la luz, la ventilación y el soleamiento.
[1227] *Ibidem*, papeles sueltos.
[1228] *Ibidem*, papeles sueltos.
[1229] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; expediente nº 115.
[1230] GUIMERÁ, M. *El pleito Insular (1808-1936)*. Madrid: Instituto de la Administración Local, 1987, p. 436-439.
Dentro de la función analítica estaba la bromatológica, actividad que anteriormente era desempeñada por los consistorios, y que tras la creación de los Institutos de Higiene se convertirá en su cometido.

estos organismos, a lo que se unió una «nueva» estructuración y establecimiento de competencias a cada una de las figuras existentes.[1231]

Inicialmente se inició el camino partiendo de una apuesta conjunta de recursos humanos y medios, aunque era común que las actividades se realizaran independientemente, pese a presentar una estructura jerárquica compartida[1232]. Con el Reglamento de Sanidad Provincial de 20 de octubre de 1925, resultado de una frenética preocupación por la esfera sanitaria, se fomentaba la aglutinación de todas aquellas instancias higiénico-sanitarias en las que estaban insertos los laboratorios[1233]. En general, el cometido y funciones del Instituto Provincial de Higiene eran amplios: tenían competencias en el control y asistencia de las enfermedades que asolaran los territorios insulares; la bromología de los alimentos; el análisis de las aguas de abastecimiento y albañales; controlar el nivel socio-higiénico de los núcleos de población, labor realizada con anterioridad por las corporaciones municipales; gestionar y coordinar sus recursos humanos y materiales dentro de las instalaciones portuarias de las Islas[1234]. Además, y junto a estos objetivos, estaba el de cubrir iniciativas públicas y privadas, situación presente tras su implantación y desarrollo. Aunque algunos autores han querido ver a la medicina preventiva y social como una parte de la disciplina médica perteneciente a la beneficencia municipal, esto no era así. Está claro que la carencia de una indigencia censada o la incongruencia en el razonamiento de la previsión mediante actividades de vacunación fue una constante. En contraposición se encontraban los cuidados y atenciones prestadas a los enfermos crónicos que consumían poco a poco las arcas públicas. En definitiva, el Instituto Provincial de Higiene fue una solución a todo esto y dotó de una organización lógica a la función sanitaria.

[1231] MARTIN DEL CASTILLO, J. F. *Los primeros laboratorios de Las Palmas (1904-1926)*. Las Palmas de Gran Canaria: Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, 1996.
[1232] MARTIN DEL CASTILLO, J. F. Primeros pasos de la Estación Sanitaria del Puerto de Las Palmas y la prevención marítima (1901-1913). In, *Revista de Historia Canaria*, nº 179, La Laguna: Universidad de La Laguna, 1998, p. 161-179. Era habitual la aparición de situaciones tensas que precisaban la intervención de instancias estatales desde Madrid.
[1233] HUERTAS, R. Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la II República. *Revista Española de Salud Pública*, nº 74, p. 35-43.
[1234] MARTIN DEL CASTILLO, J. F. *Opus cit.,* p. 161-179.



189. Anónimo: Laboratorio del Instituto Provincial de Higiene (1929).

Durante la década de los veinte, circuló la idea de reubicar el Instituto Provincial de Higiene proporcionándole una nueva edificación más moderna que poseyera todos aquellos recursos humanos y materiales precisos para un adecuado funcionamiento[1235]. Los inicios del **Instituto Provincial de Higiene** dan comienzo cuando se anuncia el concurso para la adquisición de un solar donde edificarlo[1236]. A mitad de agosto de 1927, el día 17, la Dirección General de Sanidad procedió a la apertura de las cuatro propuestas presentadas: primera, un solar en el Barrio Salamanca propiedad de Francisco González Afonso con una superficie de 5.255'92 metros cuadrados por un valor de 89.350,64 pesetas; segunda, un solar en la Rambla XI de Febrero propiedad de José Oramas Bello con una superficie de 8.259'33 metros cuadrados por un valor de 156.927,27 pesetas; tercera, un solar, también en el Barrio Salamanca, propiedad de Alfonso Dehesa y Mohene con una superficie de 8.259'33 metros cuadrados por un valor de 99.111,96 pesetas; y por último, la cuarta, otro solar en la Rambla XI de Febrero propiedad de Víctor González Delgado con una superficie de 5.728'33 metros cuadrados por un valor de 83.696,50 pesetas[1237]. La Comisión Provincial de Sanidad, para decidir la elección que mejor se adaptase a las necesidades y características del edificio, nombró a Domingo Pisaca y a Antonio Pintor, arquitectos provincial y municipal respectivamente, como técnicos emisores de dictamen en el concurso[1238]. El Inspector Provincial de Sanidad, con ánimo de no equivocarse en la elección del solar, remitió los planos de éstos para comprobar si

[1235] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6962; expediente nº 162; p. 2-4.
Un ejemplo de esta reestructuración y mejora del establecimiento, el proyecto, diseñado por el Jefe de los Servicios de Sanidad Provincial Andrés Núñez del Río, que en 1928 procuraba dar un Reglamento por el que regirse. El Reglamento abarcaba dos aspectos fundamentales: una parte obligatoria que comprende las secciones de epidemiología, desinfección y transporte, análisis, vacunación, enseñanza y divulgación de los preceptos sanitarios; y otra que comprende la secciones de lucha antituberculosa, higiene infantil e ingeniería sanitaria. Se tiene constancia que el Instituto de Higiene está a cargo del Cabildo Insular de Tenerife desde 1926.
[1236] Boletín Oficial de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife nº 27 de 12 de mayo de 1927.
[1237] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; expediente nº 207.
[1238] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), Año XII, nº 3972, 18 de agosto de 1922.

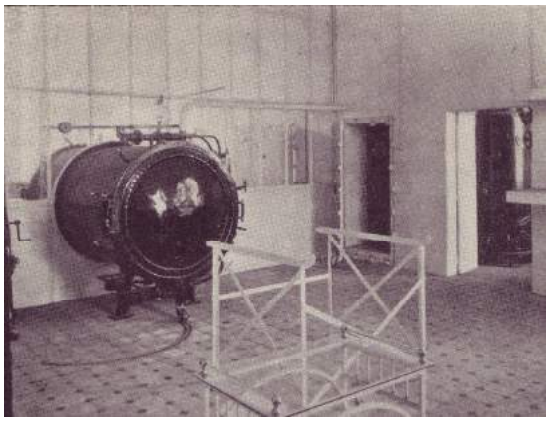
alguno pudiera estar comprometido con alguna obra municipal o de carácter urbanístico que imposibilitara su expropiación[1239]. A finales de septiembre de 1922 se emitió la decisión tomada en el concurso[1240], no publicándose ésta hasta enero del siguiente año. El Ministerio de Hacienda autorizó al de la Gobernación a la adquisición de la propuesta segunda, la correspondiente a José Oramas Bello[1241]. La compra fue elevada a escritura ante el fedatario público Aurelio Gabea por la cantidad de 108.000 pesetas[1242]. No obstante, los trámites que sucedieron a la compra del solar fueron despacio, necesitando casi siete años para la entrega del proyecto por parte del arquitecto.

Años más tarde, el 22 de octubre de 1929, el Cabildo Insular acordó *construir un edificio para instalar en él debidamente los servicios de laboratorio, vacunación, epidemiología, inoculaciones preventivas y dirección y oficinas para el Instituto de Higiene a su cargo*. La Corporación fue más allá, y solicitó la cesión del solar adquirido para *instalar los servicios de un Instituto de Higiene modelo, en el que estaba enclavado un pabellón destinado a los servicios de desinfección* sufragado desde la Administración insular, buscando la unificación y coordinación de los servicios prestados. El 26 de marzo de 1931, el Estado transfiere el solar para la construcción del Instituto de Higiene, ubicado en la Rambla XI de Febrero, lugar donde se pensaba construir el edificio para el que se le habían calculado unas 180.000 pesetas[1243], encargándose el diseño de la memoria y proyecto del edificio al arquitecto Antonio Pintor. Para el futuro edificio propone una distribución de las plantas a partir de dos ejes formados por galerías, transversal, y el vestíbulo-escalera, longitudinal. El semisótano estaba destinado a almacén; la planta baja a los despachos dedicados a vacunación, reconocimientos, análisis y veterinaria; por último, la planta principal que alojaba, en su mayor parte, los

[1239] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), Año XII, nº 3985, 1 de septiembre de 1922.
[1240] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), Año XII, nº 4004, 23 de septiembre de 1922. El fallo del concurso es remitido a Ministerio de la Gobernación para su conocimiento y aceptación.
[1241] *La Prensa* (Santa Cruz de Tenerife), Año XIII, nº 4102, 17 de enero de 1923.
Hasta el 3 de enero no se procede a su publicación en el Boletín Oficial del Estado, con el consiguiente Real Decreto que habilitaba al Ministerio de la Gobernación a la compra del solar seleccionado.
[1242] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; expediente nº 207, *opus cit*.
Con anterioridad a la formalización de la adquisición del solar, se hizo el libramiento de la cantidad acordada desde la Delegación de Hacienda.
[1243] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 10; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 244 y 279.
El solar medía 5918'30 metros cuadrados y el valor se estimaba en 88292,80 pesetas.

laboratorios, incluyéndose dependencias para análisis de agua y bromatología. Su fachada presentaba tres calles, sobresalientes en extremo y centro, con dos cuerpos anchos entre ellas, relacionándose, cuyos paramentos son «rotos» por vanos de considerables dimensiones, que procuraban tanto la iluminación natural como la ventilación eficaz del inmueble. El edificio presentaba características que hacen pensar que «bebe de las fuentes de la arquitectura del Segundo Imperio», donde su particularidad principal es la de combinar varios estilos arquitectónicos en una nueva estructura, estableciendo soluciones con propiedades de las corrientes que toma a las que agrega otras nuevas.[1244]

190. Anónimo: Material de desinfección (1929).



Desde la Corporación local se priorizó este proyecto, pieza fundamental de la reorganización que se pretendía efectuar en la red sanitaria insular de la que García Cabrera fue el verdadero artífice. En julio de 1931 se ordenó desde la Corporación, la confección del Pliego de Condiciones para la subasta de las obras de construcción, dándose orden de abonar los derechos municipales sobre concesión de permiso para la realización de las obras del edificio[1245]. En éste se informaba de la necesidad de *alinear el edificio sanitario en proyecto con la casa de Bernardo de la Rosa, situada próxima al solar que va a ser objeto de la construcción y disponiendo una distancia superior a los cuatro metros de la Rambla*[1246]. En un primer momento, la subasta quedó desierta, teniendo que introducir modificaciones en las condiciones de contratación, favoreciendo a los contratistas económicamente: *en el caso de que durante la construcción del edificio, los jornales de los obreros, albañiles, carpinteros y peones, aumentasen un tanto por ciento, en relación*

[1244] La incorporación posterior al edificio de un planta adicional, desvirtuó considerablemente el proyecto original diseñado por el arquitecto Antonio Pintor.
[1245] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 309 y 4-5.
La confección del Pliego de Condiciones para la subasta de las obras de construcción costó a la Administración local la cantidad de 772,35 pesetas.
[1246] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; expediente nº 207; p. 138 y 157.

con lo que rijan en la localidad en el momento de hacerse la adjudicación definitiva de la subasta, los tipos de unidad de obra que figuran en el proyecto se elevarán proporcionalmente a dicha obra, en cuanto a la parte de obra que queda por hacer[1247]. Las obras, tras la nueva subasta, dan comienzo el 5 de septiembre de 1932, concediéndosele a la Compañía Constructora Americana S.A., representada por Manuel García Guanche, por la cantidad de 209.100 pesetas[1248]. En diciembre ya se habían terminado el basamento del edificio y los muros interiores del sótano hasta su enrase para recibir la losa del techo; y a inicios de enero del año siguiente se había cubierto con losa el sótano e instalado el forjado de la escalera interior que iba al sótano y el forjado de la escalera que aparecía en la fachada principal, para en abril estar instalando los muros y tabicones del piso principal.[1249]

A partir de junio de 1934, la obra es asumida y supervisada por el arquitecto Marrero Regalado, encargándose del diseño del proyecto del cerramiento exterior del edificio. El proyecto conllevó la demolición del muro ya existente, la excavación de los cimientos y la construcción del nuevo muro de hormigón, ornado con verja y puertas de hierro de aspecto sencillo, con un presupuesto que ascendía a la cantidad de 12.099,95 pesetas. A todo ello, se unió una modificación del proyecto que incluía, en diciembre de 1934, la instalación eléctrica, ranuras y obras de albañilería, instalación y obras para la instalación del gas y 69,30 metros lineales de poyos revestidos de azulejos para la actividad realizada en el laboratorio[1250]. Con la incorporación de la electricidad, no solo significa tener entre sus recursos luz procedente de bombillas, sino que abría el abanico de posibilidades al uso de aparatos eléctricos que progresivamente se incorporaban a los recursos técnicos precisos en los laboratorios.[1251]

El 26 de febrero de 1934, en Sesión Ordinaria de la Comisión Gestora, por intervención del Inspector de Sanidad se establecieron ciertas modificaciones en la distribución interna del inmueble: el sótano se propone utilizarlo como sala de

[1247] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 10; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 126.
[1248] *Ibidem,* p. 197.
[1249] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; expediente nº 207; *opus cit.,* p. 178 y 179.
[1250] El valor de esta intervención ascendió a la cantidad de 12.423,22 pesetas
[1251] *Ibidem*, p. 218-234. El proyecto y el presupuesto están fechados y rubricados el 19 de octubre de 1934.

conferencias[1252], con doble función, la de mantener viva la actividad científica, así como su uso para administrar educación sanitaria a la población, y cuartos de personal subalterno y otros servicios, precisando la construcción de una escalera para dar acceso a dichas habitaciones[1253]. Además, se propuso la apertura de 5 vanos para la distribución del piso principal con los que se pretendía mejorar la ventilación e iluminación de esta zona. El arquitecto, por su parte, creyó oportuno incluir las instalaciones de electricidad y gas, procurando dejarlas colocadas antes de la pavimentación[1254]. En marzo del mismo año, tras el azote de un temporal a la Isla, se procedió a dar las oportunas instrucciones para el arreglo de la cubierta de edificio tras la aparición de goteras en la planta alta. En un primer momento se valora la posibilidad de que personal de mantenimiento del Asilo de Beneficencia se encargara de su mejora, pero finalmente se le hizo el encargo a la Compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A.[1255]

191. Francisco J. Castro: Fachada del Instituto Provincial de Higiene en la actualidad (2012).

[1252] Pese a que en un primer momento se pensó destinar a almacén, como ya se ha comentado con anterioridad.
[1253] Para la ejecución del primero se calculó un importe de 3.214,89 pesetas, mientras que para el segundo, 1.370,98 pesetas.
[1254] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 13; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 85.
La apertura de 5 vanos para la distribución del piso principal obligó a disponer un importe adicional de 1.290,37 pesetas.
[1255] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; expediente nº 207; *opus cit.*
Para el arreglo de la cubierta se destinó la cantidad de 109,71 pesetas

Las obras del edificio fueron concluidas y entregadas el 14 de julio de 1936, tras diferentes modificaciones con respecto al proyecto original, destinándose el edificio antiguo ubicado en el Hospital Civil para la instalación de Escuelas Graduadas[1256] según proyecto del arquitecto Tomás Machado fechado en noviembre de 1938. Además, en el edificio vacante, tras el traslado al nuevo edificio de la Rambla XI de Febrero (posteriormente denominada Rambla del General Franco), se planteó la posibilidad de darle uso para albergar una enfermería para tuberculosos graves de manera provisional hasta la construcción del Sanatorio-Enfermería que desde hacía años se pretendía instalar en la Isla.[1257]

4.2.4.4. SANATORIO ANTITUBERCULOSO DE OFRA Y PREVENTORIO ANTITUBERCULOSO INFANTIL.

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas de las que han asolado a la Humanidad. Aunque se estima su existencia en unos 15.000 a 20.000 años, la hipótesis más aceptada es la que establece una evolución dentro del género Mycobacterium, donde pasó a la especie humana coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre en época Neolítica. Desde los tiempos de Hipócrates hasta prácticamente mediados del siglo XIX era considerada hereditaria y diastésica, estableciendo para su cura una terapia dietética, tratamiento que continuó empleando Galeno y los médicos renacientes. Con el comienzo del siglo XVII, la mentalidad sobre esta enfermedad dio un giro importante admitiendo una naturaleza infecto-contagiosa, y administrando sustancias tales como el café, el té, el tabaco, el cacao o la quina para su cura. Los tratamientos dieciochescos comenzaron a emplear el contacto con la naturaleza, trasladando a los enfermos a zonas alejadas de las urbes para una conjugación de descanso, ejercicio y dieta. A ello se le unían *terapias de limpieza corporal*: en la fase inicial, la antiinflamatoria, se instauraba un tratamiento basado en purgas, vómitos y sangrías, mientras que en la fase ulcerativa se administraban expectorantes, opio y bálsamos. El siglo siguiente, el XIX, tendrá una importancia destacada en el combate con la enfermedad: es el momento en que se empieza a hablar de la naturaleza infecciosa. Esta condición de la enfermedad vendrá demostrada por los

[1256] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 207; p. 2-18.
[1257] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 13; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 239.

trabajos de Villemin, y sobre todo con la publicación de los trabajos de Robert Koch en 1882, lo que abrirá la puerta a la *terapia sanatorial* de la tuberculosis.

Entre las primera publicaciones que proponían estas terapias estaba la realizada por George Bodington de 1840 titulada *An essay on the treatment and cure of pulmonary consumption, on principles natural, rational and sucessful*. En esta obra proponía un programa terapéutico articulado a partir de reposo, dieta y cuidados en el *Hospital Maney*, creado por él, en Birmingham. Estos cuidados terapéuticos se basaban en la creencia que el origen patogénico de la tuberculosis se encontraba en la dificultad del corazón para irrigar correctamente a los pulmones, cuyo fiel defensor fue el médico Hermann Brehmer. Postulaba que las zonas elevadas con respecto al mar, donde la presión atmosférica favorecería la función cardíaca, mejoraban a estos enfermos. Ayudado por Alexander von Humboldt construye, en 1854, el considerado primer sanatorio antituberculoso en Görbersdorf (Silesia), a una altitud de 650 metros sobre el nivel del mar, con lo que se dio inicio a la era sanatorial de la tuberculosis. Igualmente se otorgó destacada importancia a la cuestión de la vivienda como posible foco de contaminación de la enfermedad, lo que se materializa en las diferentes recomendaciones que se le hacían llegar a la población para evitar la propagación de la tisis en los domicilios familiares de los enfermos y la preocupación desde las autoridades locales, por proveer de viviendas adecuadas, dejando atrás formas arquitectónicas insana como las ciudadelas que alojaban a las clases obreras canaria.[1258]

Inaugurándose el siglo XX, y gracias a los adelantos logrados mediante la investigación sobre la enfermedad, existían tres métodos para el examen y diagnóstico de la tuberculosis pulmonar: la cutirreacción, con el empleo de la tuberculina, el examen radiológico de la zona afecta y el examen bacteriológico del exudado procedente del paciente[1259]. No se creía que la enfermedad fuera hereditaria, pero si se ubicaba en la

[1258] CERVIÁ CABRERA, T. Vivienda y lucha antituberculosa. Ponencia presentada a la II Asamblea Antituberculosa Médico-social-Madrid en junio de 1931. In, *Práctica Médica*, Año IV, nº 42, julio de 1931, p. 1061-1070.

[1259] GONZÁLEZ GONZÁLEZ, E. *Tomás Cerviá Cabrera, un médico en la Historia de Canarias*. Discurso de ingreso en el Instituto de Estudios Canarios, 23-4-1987. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, 1987, p. 42.
Unido a ellos, estaba el inicio del empleo de la vacunación con bacilo atenuado para lograr la prevención de su aparición. Para el tratamiento de la enfermedad, se empleaba la técnica del

infancia el momento de adquisición, para después reactivarse en los años de adultez. Se dio relevancia a la cura climática, designando numerosos lugares del mundo como posibles puntos de tratamiento, entre ellos la isla de Tenerife debido a sus características geográficas y geomorfológicas. Se prestó marcado interés a las zonas altas de la Isla, en concreto a Las Cañadas y a Vilaflor de Chasna, lugares que presentaban temperaturas estables y presiones barométricas bajas, lo que favorecía los procesos oxidativos, en contraposición a los sedativos propios de la zona de costa. Estas propiedades curativas defendidas por los médicos Tomás Hernández y Tomás Zerolo Herrera sirvieron como base a la creación de dispositivos sanatoriales orientados al tratamiento de la enfermedad.

192. El médico Tomás Cerviá Cabrera (Fuente: *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife-Lucha Antituberculosa de España,* 1933-34).

En la búsqueda de una curación de la tuberculosis, se establecieron dos corrientes bien definidas con posturas contrapuestas: los ingleses que creían en las propiedades terapéuticas y curativas de la hidroterapia marina, y la alemana, que confiaba en el clima de montaña para el tratamiento de la tisis, tras comprobar la ausencia de la enfermedad entre los habitantes de tales parajes. En 1909, Knock midió la conductibilidad eléctrica de las zonas altas de la isla, encontrándola muy elevada, a lo que se unieron otros descubrimientos como la incapacidad para calcular la ionización con el aparataje que portaba. Estas características, propias de Las Cañadas del Teide, eran propicias para la cura de enfermedades como la tisis, lo que llevó a un marcado interés por la Isla que se tradujo en un turismo «curativo» que buscaba la sanación en estos lugares.

---

accidente hemoptoico, de difícil aplicación, que se procuraba realizar mediante medicamentos en los que se confiaba poco, dietas, colapsoterapias y coagulantes unidos a posturas drenadoras, entre otros. Quirúrgicamente, surge en 1882 el *tratamiento con neumotórax*, técnica implantada por Forlanini que adquiere relevancia hasta 1912 a partir de la presentación de diferentes trabajos sobre esta técnica en el Congreso sobre tuberculosis de Roma. También se efectuaban *frenicectomías con o sin neumoperitoneo* y *toracoplastias*. A ellos se le unieron los tratamientos efectuados con elementos como el arsénico, oro, iodo, calcio o fósforo

Prueba de la filosofía de éstos últimos, fue la defensa que se hizo, durante la *Novena Conferencia Internacional* celebrada en Bruselas en octubre de 1910, que enalteció a las Cañadas del Teide por sus propiedades curativas para el tratamiento de patologías respiratorias[1260]. Estos descubrimientos motivaron el intento de construir un sanatorio, de considerable dimensiones, en dicho enclave, solicitándose desde el gobierno alemán los permisos precisos para su construcción y uso durante cincuenta años, pasando posteriormente a pertenecer al Estado español. La petición fue denegada, posiblemente por causas políticas de carácter internacional junto al posicionamiento español durante la I Guerra Mundial. Años más tarde, en agosto de 1919, se procuró instalar un dispensario para enfermos pobres, iniciativa favorecida por la terminación de las obras de la carretera que unía La Orotava con Vilaflor. Se nombró una comisión formada por médicos tinerfeños con el propósito de designar su ubicación. Según Tomás Cerviá esta *fue la primera obra antituberculoso de Tenerife y creemos que de Canarias*[1261], no llegando a su consumación ante la desaparición de sus impulsores, los médicos Julián Vanbaumbergen, Inspector Provincial de Sanidad y diputado, y Fernández Cruz, este último, verdadero instigador de la obra. Nuevamente, en diciembre de 1925, y promovido por el Consejero Juan Rodríguez López, se plantea la reconstrucción del ruinoso Sanatorio Antituberculoso de las Cañadas, propuesta aceptada e incluida en los presupuestos generales del Estado para ese año, pero que por falta de recursos y algunos intereses, nunca llegó a prosperar tal iniciativa.[1262]

[1260] GONZÁLEZ GONZÁLEZ, E. (1987). *Opus cit,* p. 39.
…En el resumen de la ponencia del doctor Strotter, entre otras cosas dice: Respecto a la importancia de la luz sobre el organismo humano, sin duda en Tenerife, y en particular en la altas regiones de las Cañadas, existen condiciones atmosféricas que facilitan tales investigaciones de manera excepcional, ya que un cielo sin nubes y su constante luz solar son factores decisivos para el estudio cabal de las radiaciones ultravioletas; y para las experiencias de investigación sus condiciones climáticas son superiores a las que pudiera encontrarse por países como Egipto o Sudán, e incluso por regiones como los montes Atlas, en Marruecos, ya que las radiaciones alcanzan en Las Cañadas una magnitud no observada en cualquier otro lugar del globo, por una luz siempre directa pero sin cansar ni impresionar desagradablemente a los órganos visuales, y, en fin, que está fuera de toda duda que para el estudio del sol y la luz desde el punto de vista fisiológicos y biológicos, y para observaciones meteorológicas y astronómicas, no existe mejor lugar conocido que Las Cañadas…
[1261] CERVIÁ CABRERA, T. (1936). *Opus cit*, p. 49-50.
[1262] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 150.

Este intento de creación de un sanatorio en la isla no fue la única. En el pueblo sureño de Vilaflor de Chasna, el 12 de marzo de 1928, varios médicos adquirieron un terreno de considerables dimensiones (7 hectáreas, 65 áreas y 9 centiáreas), en una zona llamada el *Carrillo*, por 300 pesetas. Según figura en la escritura de compra-venta, el solar fue adquirido por Antonio Pérez Díaz, Tomás Cerviá Cabrera, Tomás Zerolo Fuentes y Juan Friend Martín[1263] para la construcción de un sanatorio antituberculoso, edificio que nunca vio la luz y del que no ha quedado más que la intención[1264]. Cautivado por los estudios previos realizados tanto por ingleses como por alemanes, Tomás Cerviá confiaba en que el clima de Canarias era una herramienta que favorecía la curación de la tisis, y más concretamente, el clima existente en una isla como la de Tenerife, donde en su macizo central se alcanzaban altitudes considerables que unidas a una humedad relativa baja constituían los que por aquel entonces se consideraban condiciones indispensables para la curación. Además, para confeccionar esta hipótesis se basó en los estudios previos efectuados por el médico Tomás Zerolo Herrera, incluidos en su publicación de 1889, *Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar en la península española, islas Baleares y Canarias.* En este texto, fundamental para la redacción de la memoria de doctorado de Cerviá, se establecía la idoneidad de Vilaflor y la Orotava como los lugares con las mejores condiciones para el tratamiento de la tuberculosis.[1265]

La tuberculosis, en los inicios del siglo XX, pasó de ser una mera preocupación del campo de la Ciencia, a una inquietud de la Sociedad en general, lo que provocó que ya en 1903 surgiera en España la *Asociación Antituberculosa Española (AAE)*. Poco a poco,

---

[1263] En la escritura de compra-venta del terreno de Vilaflor figura: «… Don Antonio Pérez Díaz, mayor de edad, casado Médico y vecino de Granadilla de Abona, presentando también su cédula personal correspondiente; en concepto de comprador en nombre propio y en el de los señores D. Tomás Cerviá Cabrera, soltero, Médico, D. Tomás Zerolo Fuentes médico, casado con Dª Mercedes Davidson y Pérez Zamora, médico y D. John Friend Martín, estudiante de Juan Friend Martín, todos mayores de edad y vecinos de la Capital de esta presencia…».

[1264] CERVIÁ CABRERA, T. (1936). *Opus cit*, p. 50.
«…Fracasado el proyecto del Sanatorio oficial y casi olvidad esta iniciativa, surgió en diferentes ocasiones la idea del Sanatorio privado, pero la ceguedad del Capital insular hizo también fracasar estos proyectos…»

[1265] ZEROLO, T. *Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar en la Península Española, Islas Baleares y* Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Vicente Bonnet, 1889, p. 290-306.
…Tenemos en Vilaflor unas condiciones climatológicas y de salubridad, que ninguna otra localidad del orbe estudiada hasta hoy reúne…Por esto comenzamos concediendo a Vilaflor justificado derecho á levar el título del primer Sanatorio alpestre del mundo…

se fueron creando juntas provinciales hasta llegar, en 1906, a un total de 32, lo que llevó a la instauración de una Comisión Permanente contra esta enfermedad dependiente del Ministerio de la Gobernación[1266], con el que se procuraba *estudiar las medidas propuestas por la Asociación Antituberculosa Española, e informar a los Poderes públicos respecto a los medios o recursos de eficacia reconocida para disminuir los estragos de la tuberculosis*. El dispensario fue la institución antituberculosa central en el diagnóstico precoz de la enfermedad y en la educación sanitaria de la población dirigida a evitar la propagación de la dolencia. Para la coordinación de todos los dispensarios nacionales, al año siguiente, se crea el *Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas*, gestionado por «damas aristocráticas y adineradas» y presidido por la reina Victoria Eugenia.

193. Anónimo: Cartel de la Lucha Antituberculosa durante la II República Española (1934).

El modelo de dispensario más extendido en España fue el denominado *tipo Calmette*, cuyas competencias se centraban en la asistencia, prevención, educación y saneamiento de los tísicos y sus familiares. Calmette había fundado en París el *Preventorio antituberculoso Émile Roux* en 1901, como reconocimiento a su maestro y director del Instituto Pasteur. En estos dispensarios, a las actividades anteriormente nombradas, se le unía la de proporcionar dinero y alimentos a los enfermos para evitar la desnutrición. En Inglaterra, fue fundamental la figura de Sir Robert Philip quien defendía la terapia basada en los principios del reposo y del movimiento como fundamental para la recuperación de la enfermedad, creando, en 1904, el *Royal Victoria Hospital*, una colonia para el tratamiento, sustentada por el trabajo de los asilados. Este modelo de lucha contra la letal dolencia será prácticamente copiado por Italia a partir de 1912. Mientras en Alemania, el movimiento

[1266] Real Decreto del Ministerio de la Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 12-2-1906.

antituberculoso propició clínicas con carácter de departamento de procedimiento ambulatorio y que restringían su actividad al tratamiento médico de los pacientes.

Con la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) se da inicio a una nueva etapa, con la creación, en 1924, del *Real Patronato de la Lucha Antituberculosa* de España[1267]. Tras problemas internos entre sus componentes, en 1926, pasaron a formar parte de una Junta Consultiva Nacional con pocas atribuciones[1268]. Durante el periodo de la Segunda República (1931-1939) se produjeron modificaciones importantes en este campo y en la concepción que hasta el momento se había tenido sobre la organización de la sanidad, procurando fortalecer la planificación de la política sanitaria con reformas que planteaban la modernización del sistema. Se suprime, en 1931, el Real Patronato, otorgándole sus atribuciones a la *Dirección General de Sanidad*[1269]. Al año siguiente, se crea el *Comité Nacional Ejecutivo de la lucha antituberculosa*, conformado por miembros del Instituto Nacional de Prevención, médicos especialistas en la patología, un arquitecto y un asistente social. Numerosas serán las reformas que se realizaran en 1935, cambios que buscaban una rentabilidad del sistema de lucha contra la tuberculosis. Con el triunfo del Frente Popular en febrero de 1936, se deroga el Decreto Ministerial «reformista», creando un Comité Central de Lucha Antituberculosa[1270], al que se le hizo el encargo de la organización de la lucha contra esta enfermedad. Tras el alzamiento del 18 de julio de 1936, en los meses que siguieron, la situación sanitaria general en el territorio republicano no se resintió especialmente. Esta situación fue diferente en los dispensarios antituberculosos donde las condiciones para el ingreso o la estancia en sanatorios fueron endureciéndose progresivamente dada la altísima demanda y la carencia de recursos material para su sostenimiento. En el lado franquista, a finales del año 36, el Gobierno de Burgos crea el *Patronato Nacional Antituberculoso*

[1267] Real Decreto de la presidencia del Directorio Militar y Real Orden de las subsecretarías de los Ministerios de Guerra y Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 5-6-1924.
Los vocales de la sección administrativa, eran nobles, mientras que los vocales de la sección técnica eran los médicos directores de los dispensarios de Madrid y de los sanatorios de su provincia.
[1268] Real Decreto del Ministerio de la Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 6-2-1926.
[1269] Decreto del Ministerio de la Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 24-4-1931.
[1270] Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, en *Gaceta de Madrid*, 27-3-1936.

(PNA), cuyos objetivos radicaban en la recaudación de fondos, la hospitalización de enfermos y el desempeño de funciones de carácter estadístico.[1271]

En Canarias, y concretamente en Tenerife, en 1927 se dará inicio a la *Junta Provincial de la Lucha Antituberculosa*, presidida por el prelado de la Diócesis Fray Albino González Menéndez-Reigada, a lo que se unió el *Dispensario General Primo de Rivera*, parco en recursos materiales y humanos, que centraba su actividad en la educación sanitaria y la prevención de la enfermedad. Al frente del dispensario se colocó al médico Tomás Cerviá Cabrera en octubre de 1928, siendo nombrado médico numerario de la zona de hombres, para ocupar cuatro años más tarde, el puesto de director del Centro. El problema social que suponía la tuberculosis, junto a la necesidad de establecer y crear un dispositivo que atendiera a los tísicos, llevó a que por estas mismas fechas, el 20 de junio de 1932, el Ayuntamiento de La Orotava propusiera la construcción de pabellones para tuberculosos en los locales del Hospital de la Santísima Trinidad donde estaba establecido el Asilo de Ancianos, procurando así evitar el contagio de muchas familias pobres. El asilo, que estaba pendiente de ser trasladado a otras dependencias como proyectaba la Sociedad «La Caridad», se convertía en una ubicación idónea para tal fin. Ante esta situación, el Cabildo le concedió un año para hacer efectivo el traslado, pudiendo así dar comienzo a las obras pertinentes para alojar a los tísicos. Nunca se llegó a realizar tal reubicación del Hospital de La Orotava.[1272]

El gobierno de la II República Española, mostró una destacada preocupación por el problema higiénico-social que constituía esta enfermedad. En abril de 1933, se procede a la modificación del nombre del dispensario, iniciativa del Director General de Sanidad, Marcelino Pascua, quien lo mando cambiar, denominándose posteriormente **Dispensario Antituberculoso Central.** Entre sus actividades estaban no solo la curación de la enfermedad, sino la prevención y el control de su propagación. Para lograr este objetivo, se valían de tres nuevas estrategias innovadoras que se implantaron en la isla: la coordinación con los centros hospitalarios, los servicios de vacunación antituberculosa y la extensión de la acción médico-social del Dispensario por la provincia. Estos objetivos

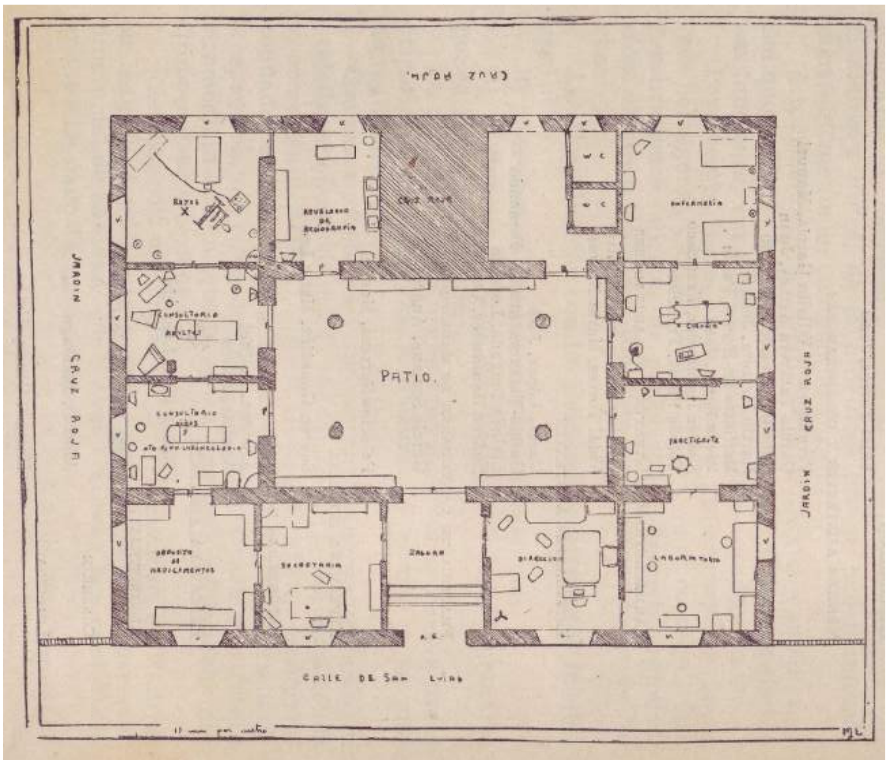
[1271] Ley de Bases del Patronato Nacional Antituberculoso, en *Boletín Oficial del Estado*, 14-8-1939 y Decreto número 110 publicado en el *Boletín Oficial del Estado* nº 64, el 22-12-1936.
[1272] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; *opus cit* p. 254.

quedan recogidos en la introducción de la primera memoria publicada para divulgar sus actividades: *El 24 de abril de 1933 abrió sus puertas al público el Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. Desde entonces y hasta la fecha, durante unos 20 meses de funcionamiento, hemos laborado sin descanso primero y constantemente en su organización y rendimiento, tratando de vencer los obstáculos inherentes de esta clase de servicios sanitarios-sociales, acentuados en nuestro caso por nuestra peculiares características geográficas, y buscando siempre en nosotros mismos el estímulo y la preocupación suficientes para no dejar decaer el entusiasmo y cariño por nuestra obra, motores fundamentales de cualquier labor. Y al redactar hoy estas líneas con el propósito de dar publicidad a los resultados de nuestras modestísimas tareas, pensamos, como justificación del mismo, en este estímulo que necesitamos renovar cotidianamente para no dejarnos llevar por la rutina y, al mismo tiempo, para dar razón a nuestra existencia, puesto que entendemos que los Centros públicos, y más cuando tienen un doble carácter científico y social, deben rendir públicamente de manera más o menos periódica cuentas de su labor, para que pueda ser conocido y sometido a crítica…*[1273]

La necesidad de creación de un departamento donde se trataran a los tísicos, como ya se ha comentado, fue una preocupación presente en las estrategias de organización de los recursos existentes. En mayo de este mismo año, la Corporación insular propuso instalar en el recién desalojado edificio del Instituto de Higiene, ubicado en el Hospital Civil, una enfermería destinada a tuberculosos graves, como ya se ha comentado con anterioridad. La propuesta, pese a que se fundamentaba en la necesidad de una habitáculo que permitiera los tratamientos de los enfermos con

[1273] Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. In, *Lucha Antituberculosa de España*. *Tomo I, abril 1933-diciembre 1934*. Santa Cruz de Tenerife: Librería y Tipografía Católica, 1935, p. 3-4.
Como manifiesta el médico Enrique González, las ideas que marcarán la trayectoria profesional de Tomás Cerviá, están impresas en estas primeras páginas: procura hallar el estímulo, de manera reiterada, que evite el hábito y la repetición, haciendo pública su voz, para ser oía y criticada, innovando en la praxis médica de la lucha antituberculosa. Valiéndose de tres nuevas estrategias innovadoras: la coordinación con los Centros hospitalarios, los servicios de vacunación antituberculosa y la extensión de la acción médico-social del Dispensario por la Isla y la provincia

patología avanzados, se desechó al estudiar los gastos que suponía en relación al número de enfermos existentes en ese momento.[1274]

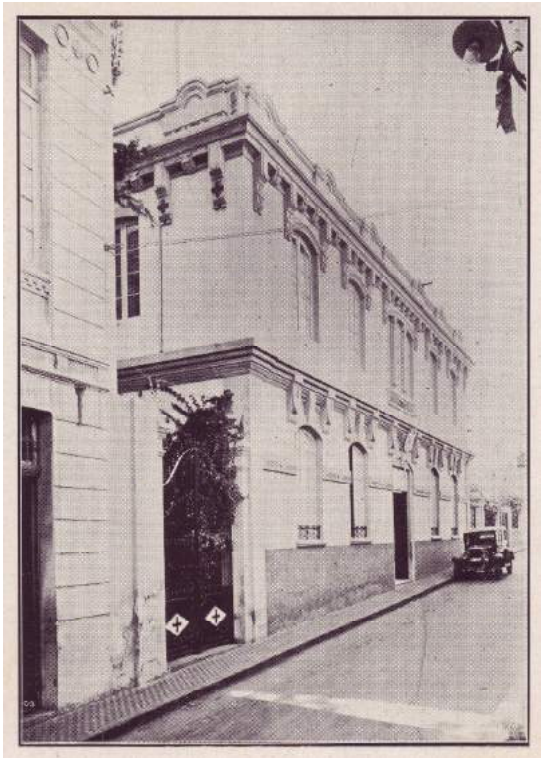


194. Plano del Dispensario Antituberculoso de Santa Cruz de Tenerife (Fuente: *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife-Lucha Antituberculosa de España,* 1933-34).

El edificio del dispensario estaba ubicado en la calle San Lucas número 46, II Distrito de Santa Cruz, en el «moderno edificio de dos plantas ecléctico, propiedad de la Cruz Roja Local»[1275], rodeado por un paseo-jardín, diseñado por el arquitecto Mariano Estanga en noviembre de 1913[1276]. La planta superior, destinado para el uso de esta organización, albergaba los despachos directivos, la sala de juntas y los consultorios médicos. La planta baja fue la que se destinó al dispensario. Las dependencias se articulaban a partir de un espacioso patio central, que actuaba a modo de hall y en el que se encontraba un vestíbulo. Este último, servía de sala de espera en la que se publicitaba propaganda sanitaria en tablones informativos. Todas las dependencias,

[1274] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7183; expediente nº 202.
[1275] Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. In, *Lucha Antituberculosa de España*. *Tomo I, … Opus cit*, 1935, p. 7.
[1276] DARIAS PRINCIPE, A.(1985). *Opus cit*, p.335.

dotadas con iluminación propia y amplios ventanales que favorecían una adecuada ventilación, se comunicaban con este patio.



195. Fachada del Dispensario Antituberculoso de Santa Cruz de Tenerife (Fuente: *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife-Lucha Antituberculosa de España,* 1933-34).

El dispensario contaba con las siguientes dependencias: un despacho para el director, lugar en el que se desarrollaban todas las actividades administrativas; una secretaría, cuya función era la de filiar a los enfermos y custodiar los archivos; un consultorio general de tuberculosis, dotado de dos negatoscopios; un consultorio para los ayudantes-especialistas, es decir un pediatra y un laringólogo; un laboratorio destinado a realizar análisis básicos, remitiéndose aquellas pruebas especiales al Instituto de Higiene; una sala para el practicante y desinfecciones; una sala de operaciones; una habitación-enfermería, dotada de dos camas, para hospitalizar momentáneamente a enfermos intervenidos; una sala de rayos X (presentaba dos instalaciones: el modelo *Heliodor Standard* y el modelo *Redeker*, el primero fijo y el segundo móvil); un cuarto de fotografía con las herramientas necesarias (destaca una ampliadora-reductora marca *Ica*); y un almacén polivalente.[1277]

[1277] *Ibidem,* 1935; p. 5-6-7-8.
La actividad del centro, como ya se ha expuesto, comenzó el 24 de abril de 1933, con tan solo el director como personal. Poco a poco, se fueron agregando profesionales como fueron el laringólogo, el ayudante-tisiólogo y la enfermera visitadora titular. Entre abril de 1933 y diciembre de 1934, pertenecieron como personal titular y agregado: dirección, Tomás Cerviá Cabrera; ayudante tisiólogo, José Domínguez Domínguez; laringólogo, Juan Vidal Torres; médicos asistentes y colaboradores, Manuel Fernández de Villalta García, Juan García-Talavera Armas, Celestino González Padrón, José G. Martín Herrera, Pablo Maffiotte La-Roche, José Pérez y Pérez, Francisco Suárez Hernández y Francisco Toledo Pérez; farmacéuticos asistentes y colaboradores, Pedro Domínguez Quesada y María Nieves Vidal Torres; estudiantes asistentes, José García

Este dispensario no fue más que una adaptación de un edificio que se había creado para otros fines, situación semejante a la que se propició en otros puntos del territorio nacional. Los primeros de este tipo fueron los de Madrid, fundado por Verdes Montenegro en 1901 y en Barcelona, abierto desde 1905. El primero se trataba de un «hotel» que se había reformado y que años más tarde, en 1908, ante la demanda asistencial, se amplió y rehabilitó, hasta la creación en la década de los veinte de un interesante edificio racionalista ubicado en la calle Goya, en la línea de Fernando García Mercadal. El segundo ejemplo, estaba situado en la zona antigua de la ciudad en un solar irregular. La importancia adquirida por el GATEPAC en 1934 propició el encargo, por parte del Gobierno de la Generalitat de Catalunya, de proyectar y construir un edificio que centralizara la lucha antituberculosa a Josep Torres Clavé, Josep Lluís Sert y Joan Baptista Subirana, miembros de este movimiento, y que no se vio concluso hasta 1938.

Aunque existía un dispensario para el tratamiento y seguimiento de los tísicos, la provincia carecía de un **Sanatorio-Enfermería** u Hospital-Sanatorio donde internar a aquellos pacientes que precisaran tal situación para realizar otros procedimientos de mayor envergadura. Hasta la fecha esta situación se solventaba con el internamiento de los pacientes en alguna de las pocas camas asignadas en el Hospital Civil de Santa Cruz de Tenerife, aunque había habido un amago de intentar dotarlo con un *departamento para tuberculosos graves* en 1933. Cerviá reclamaba la creación de un dispositivo asistencial que solucionara el ingreso de pacientes con esta patología, para lo que desecha su anterior idea de los «sanatorios de altura», por el alto coste que suponía su mantenimiento y porque comenzó a «desconfiar» en la climatoterapia. Proponía la creación de un centro provincial con una triple función: asistencial, tratamiento y

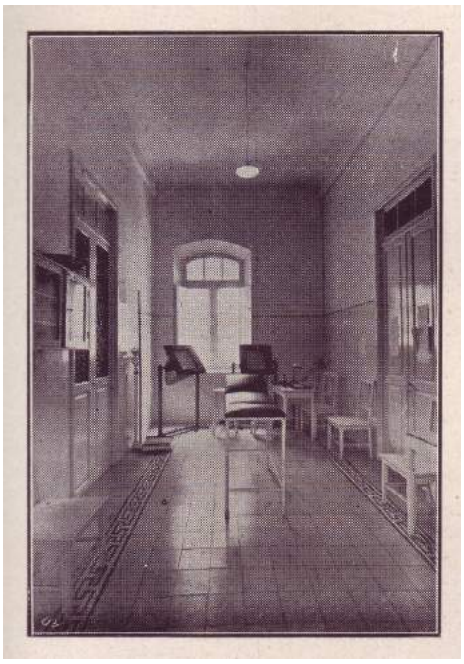
López, Fernando García-Talavera Armas, Lorenzo Llabrés Delgado, Cristino Suárez Hernández; practicante y ayudante de radiología, Andrés García Soriano; practicante, Manuel Palacios Barrera; enfermeras interinas, María Luz Sobrón González, Raquel Arocena y Aurea Aguilar; enfermera asistente, Lucrecia Muñoz-Reja; Administrativo, Joaquín Luño Ramira; y como conserje y limpiadora a Domingo Alberto y Concepción Moreno respectivamente.

profiláctica[1278], asumiendo el Estado el 50 % del coste de la construcción del edificio y el 40 % de su mantenimiento.[1279]

En Europa, el sanatorio antituberculoso se identificaba como la institución asistencial que completaba la labor preventiva de los dispensarios. Su actividad se centraba fundamentalmente en la curación, aunque actuaba también como centro preventivo. Pese a ello, la arquitectura sanatorial fue variada en soluciones a nivel internacional, no partiendo de un esquema común, reflejándose las tensiones existentes en el pensamiento arquitectónico de ese momento. Alemania se caracterizó por la abundancia de ejemplos que seguían la línea de la arquitectura constructivista rusa. Sus construcciones eran de tamaño reducido en tres pisos que, siguiendo las directrices de la obra de Richard Döcker, se retranqueaban para lograr terrazas que buscaban la «interiorización» del sol en la habitación del enfermo. En otros países como Estados Unidos, Francia o Italia se tendió a un diseño de edificios en el que las instalaciones eran centralizadas con tendencia a desarrollar aspectos más relacionados con la escala urbana. Las sesiones de helioterapia eran fundamentales, desarrollando dispositivos que favorecieran tal práctica, muy arraigada en países como Finlandia. En este país, se construyó un ejemplo singular caracterizado por un marcado funcionalismo técnico, el *Sanatorio de Paimio*, diseñado por Alvar Aalto, que junto al *Sanatorio de Zonnestraal* en Holanda, proyectado por Duiker y Bijvoet, constituyeron los modelos a seguir de este tipo de edificios durante la primera mitad del siglo XX, hasta el surgimiento de fármacos como la estreptomicina en 1944. El debate internacional sobre su ubicación fue considerablemente importante. En la década de los treinta del siglo XX, se había planteado la posibilidad de integrar los sanatorios, de escasa capacidad (entre 100 y 300 camas) en los hospitales generales con dos modalidades: un pabellón independiente próximo o el empleo de la última planta del bloque de hospitalización para este departamento. Cuando se precisaba de una mayor capacidad, se tendía a apartar este

[1278] Debe destacarse la «difusión de cultura antituberculosa» que se promueve desde el Dispensario Central. Claro ejemplo son el ciclo de charlas sanitarias emitidas durante 1936-1937 que efectúa Ángel Vinuesa en los micrófonos de Radio Club Tenerife. A ello se unió el curso promovido por el Instituto de Higiene que pretendía formar a 20 alumnas como Instructoras de Sanidad, de las que se obtuvieron personal formado para ocupar los puestos de enfermeras visitadoras.
[1279] *Ibidem,* 1935; p. 34-36.

tipo de pabellones de las urbes procurando evitar el contagio. Estos dispositivos eran orientados con su eje longitudinal en dirección este-oeste, ubicando las áreas de hospitalización al sur, con habitaciones de entre 2 a 6 camas, y los servicios al norte.



196. Interior del Consultorio General de Tisiología (Fuente: *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife-Lucha Antituberculosa de España,* 1933-34).

Cada país asumió un «plan genuino de combate contra la tuberculosis». Mientras en Francia se apostaba por la helioterapia y la ventilación, lo que se refleja en una nueva arquitectura centrada en la elegancia de la higiene, en Italia se toma otro camino diferente. Este país latino empleó un modelo designado por el Gobierno italiano para desarrollar un plan de lucha contra la tuberculosis que pretendía crear 20.000 camas por todo su territorio. Para ello, establecieron la combinación de una red de sanatorios dispuestos en cada provincia junto a otros pocos de alta montaña y colonias laborales que presentaban la finalidad de reinsertar laboralmente a los convalecientes. Para los sanatorios provinciales se dispuso de un sistema de bloque simétrico dividido por sexos con capacidad para unos 250 enfermos, con habitaciones de 6 camas en su mayoría y balcones corridos por toda su fachada[1280]. Su planta en forma de T presentaba un cuerpo perpendicular al norte del edificio en el que se ubicaba todo el bloque administrativo y los servicios médicos. Este modelo fue tomado como referente en la década de los cuarenta y cincuenta e introducido en España de la mano del arquitecto jefe de la sección de construcciones del Patronato Antituberculoso Nacional, Ernesto Ripollés. El ambicioso plan, al igual que el italiano, pretendía incorporar a la red sanitaria de cada provincia un dispositivo con semejantes características. Para ellos, transforma los tipos de sanatorio, «Nord» y

[1280] Para su diseño se estudian dos esquemas de distribución de la planta que se diferencian sobre formalmente. Se denominan «Tipo Nord» y «Tipo Sud», ilustrados en los sanatorios diseñados por Lucca y Trapani.

«Sud», en tres modelos diferentes: uno para Zona Norteña, otro para Zona de Meseta Castellana y otro para Andalucía, con capacidad para 400, 300 y 200 camas, en el que se instauró un esquema común que utilizaba la «planta en avión», muy similar a la empleada para el sanatorio italiano de Lucca[1281].

La creación de este recurso sanitario en Tenerife se vio dificultada por la inestabilidad que originó el conflicto bélico civil español. Tras tomar las riendas, el Patronato Nacional Antituberculoso ejecutó el proyecto ya diseñado por el gobierno republicano con ligeras modificaciones. Se estableció así, con carácter provincial, la fundación de un Sanatorio-Enfermería con una capacidad de 110 camas, de las que 10 eran de pago. Su objetivo se centraba en el aislamiento, tratamiento y recuperación de los tuberculosos. Los gastos para la construcción del edificio corrieron a cargo de cada Comité Provincial y sus Corporaciones, cuyo sostén económico era asumido por el Patronato Nacional Antituberculoso. En los primeros meses de 1937, se crea el Comité Delegado conformado por las autoridades pertinentes y miembros destacados de la sociedad canaria del momento[1282]. La Comisión Permanente que nace de este Comité Delegado, crea Delegaciones locales en La Laguna, La Orotava, Icod, Granadilla, Santa Cruz de La Palma, Los Llanos de Aridane, San Sebastián de la Gomera y Valverde.

Pese a ello, el Dispensario provincial no perdió su protagonismo, considerándolo el eje de la organización antituberculosa. Se establecieron, a nivel nacional, tres diferentes categorías dentro de la atención a los tísicos: el central o terciario, el secundario y el primario, a razón de los medios de que se disponían, con las funciones de centro médico-social y de higiene-social, y dirigidos por un solo responsable, el denominado «jefe de la Lucha». En la isla solo prosperó el primer modelo, el central, aunque se había considerado en numerosas ocasiones la posibilidad de incluir los otros dos. Asistencialmente, se decantaron por establecimientos para el tratamiento y cuidado, tales como el hospital, sanatorio o la combinación de ambos, lo que se denominaba en España, sanatorio-enfermería. A este modelo se le otorgaban las funciones de aislar,

[1281] IGLESIAS PICAZO, P. (2011). *Opus cit*, p. 181-185.
[1282] *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central del Estado de Santa Cruz de Tenerife*. Fascículo III, 1936-1937. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Instituto de Higiene de Tenerife, Librería y Tipografía Católica, 1939, p. 10-11.

tratar y educar a todos aquellos individuos que ingresaban bajo una óptica biopsicosocial.[1283]

En noviembre de 1935, se manifiesta claramente la preocupación de la Corporación insular por dotar a la provincia con un dispositivo que solventara el problema de la hospitalización y el aislamiento sanatorial, lo que llevó a apelar a la Mancomunidad Sanitaria para *que permitiera la ayuda reglamentaria del Estado*, proponiendo una colaboración que estableciera las siguientes bases: *25 por ciento de construcción, la Mancomunidad Sanitaria, otro 25 por ciento los Cabildos, a prorrateo, según sus presupuestos, y un 50 por ciento el Estado*. La ubicación se estableció en Tenerife, teniendo la obligación su Cabildo de suministrar los terrenos necesarios para su instalación. En los referente a su mantenimiento, este se reparte de tal manera que son *los Cabildos los encargados de asumir el 60 por ciento del coste total, según los enfermos que tuviesen, y el 40 por ciento el Estado, por día y plaza (no pudiendo exceder el coste total por día y plaza de 9 pesetas)*. El coste del proyecto de construcción para 200 camas se estableció entre 500.000 y 600.000 pesetas, y la cantidad anual aproximada que correspondería al Cabildo de Tenerife a abonar durante anualidades consecutivas sería entre 35.000 y 40.000 pesetas[1284]. La Corporación insular vio que *construir un Hospital de tuberculosos no admitía demora alguna en su ejecución*, lo que llevó al Inspector Provincial de Sanidad, en agosto de 1936, a demandar al Estado su deber de contribuir con la construcción del establecimiento, aportando un 45 % del coste de las obras, así como al sostenimiento de éste una vez funcionante. La Jefatura Provincial de Sanidad de Santa Cruz de Tenerife alegaba que *al tratar de abordar el problema de la tuberculosis en esta provincia hemos de tener en cuenta la distancia a la Península que hace improbable prácticamente para los enfermos de Tenerife los grandes Centros de especialización antituberculosa*[1285]*.* Esta situación llevó a que se planteara desde las autoridades sanitarias dotar de todos, o por lo menos, los más importantes elementos para la lucha, siempre enfocados desde la prevención individual, tratamiento

[1283] *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife*. Fascículo IV-V, 1938-1941. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Patronato Nacional Antituberculoso, Librería y Tipografía Católica, 1942, p. 65-83.
[1284] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7013; expediente nº 213.
[1285] Ibidem.

y aislamiento del foco, lo que denominan *equipo nosocomial antituberculoso*: Preventorio Infantil, Sanatorio Infantil Marítimo, Sanatorio de altura y Hospital Sanatorio de Tuberculosos.

La idea de poner en funcionamiento el *equipo nosocomial antituberculoso* obligó a plantearse un aumento de los dispensarios hasta tres en la Isla, ampliando el ya existente. Esta idílica situación suponía un coste elevado a las Corporaciones, por lo que las autoridades sanitarias optaron por un *centro de aislamiento y tratamiento antituberculoso que pudiera acoger los enfermos más necesitados de él bajo los puntos de vista social y epidemiológico y situación apropiados le diesen carácter en cierto sentido Sanatorial*. Igualmente se agregó que *el emplazamiento y condiciones del edificio debían ser de acuerdo con lo dispuesto en la Real orden de 1 de Agosto de 1928 (Gaceta del 3) recomendando por mi parte en términos generales que se instale entre los 400 a 800 metros de altura, preferiblemente a la vertiente Sur de la Isla (o por lo menos, no en el Norte) en lugar no muy alejado de la Capital, aunque esto no es de mucha importancia, próximo a carretera así como a conducción de agua potable o de fácil traída*[1286]*.* Además de la ubicación se aborda el modelo de construcción, aconsejándose *el tipo moderno de Hospitales Italianos: que permiten ampliaciones sin interrumpir la actividad sanitaria, realizando una construcción del edificio en dos fases, donde una vez concluida la primera sea independiente de la segunda y garantizando el funcionamiento de las 100 camas del total de 200.* Agrega además que *dos salas deben ser destinadas a niños y niña,* así como que *debe haber el número reglamentario de camas de pago.* Para finalizar trata la dotación de recursos humanos y materiales que considera que *debe ser la justa para la aplicación de tratamientos reconocidos como eficaces, estando presente en todo momento la condición insular y la distancia de la Península.*[1287]

Dos años más tarde, en noviembre de 1937, la Junta Provincial de Sanidad de Santa Cruz de Tenerife solicitó a la Corporación insular los créditos necesarios para la construcción del edificio del *nuevo Sanatorio-enfermería*, recordando las obligaciones que en materia sanitaria y dispensarial tenía la Corporación local. Además, recomendaba montar y sostener dos dispensarios dotados del personal competente y

[1286] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7084; expediente nº 331.
[1287] *Ibidem*.

especializado, con aprovechamiento de los recursos materiales existen, y propone, como medida suplente, conceder, con carácter de preferencia, una fuerte subvención al Patronato Provincial Antituberculoso, para que este pueda ampliar en la Isla la labor dispensarial[1288]. La carencia de una «hoja de ruta» queda clara ante la indecisión que se muestra con el lugar de ubicación para el Sanatorio-Enfermería. En la Sesión Extraordinaria de la Comisión Gestora de 12 de marzo de 1938, se decidió emplear *una porción de terreno a que se refiere el anterior apartado e) un pabellón destinado a los servicios antituberculosos de la Beneficencia Insular, a cargo del Excmo. Cabildo por ministerio de la ley, con capacidad para sesenta camas de enfermos pobres y cinco más de enfermos de pago, ampliable según las exigencias de la realidad lo vayan adquiriendo, a cuyo efecto deberá redactarse el oportuno proyecto por el Arquitecto Insular señor Marrero Regalado y solicitarse el auxilio económico de la Junta del Paro Obrero.* Esta postura, nada definida, posiblemente fuera debida a la carencia de recursos materiales y a la indecisión con respecto a la Guerra Civil, pese a que las fuerza franquistas estaban pendientes de concluir con la contienda al año siguiente.[1289]

197. A. Benítez: Vista del Sanatorio Enfermería de Ofra (Fuente: APTCC-Fotografías interiores y exteriores).

La construcción del Sanatorio-Enfermería se aceleró ante el cambio de Gobernador Civil, que se produjo en este momento. Daniel Arraiza resultó ser médico, situación que favoreció considerablemente los trámites de construcción del Sanatorio

[1288] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; Oficios y escritos que no figuran en expedientes. Negociado: Beneficencia. Año de 1937.
[1289] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7087; expediente nº 99.

proyectado por el arquitecto Domingo Pisaca. Para su ubicación, se decantaron por la zona de Ofra. Entre tanto, Sixto Machado, en abril de 1938, prestó una parcela de 15.899´47 metros cuadrados momentáneamente, la *Finca El Palomo*, ubicada en las afueras de Santa Cruz junto al Barranco del Hierro, para alojar, en una especie de «pre-sanatorio», a los enfermos tuberculosos mientras se concluía con las obras del Sanatorio-Enfermería[1290]. Al ofrecimiento de Sixto Machado, se le unió otro de unos terrenos en el Valle de Cueva Bermeja por Efraín Albertos Luis y avalados por el médico R. Castelo[1291], que no se tuvieron en cuenta. El dispositivo accidental de la *Finca El Palomo* era el resultado de una adaptación efectuada por el contratista Francisco Larrarte Ferrán en un edificio doméstico, ya existente, de una sola planta articulado a partir de un patio central. Para su inauguración se le dotó con 64 camas, que paulatinamente fueron aumentando hasta un total de 98 y a las que se unían las 50 camas del Hospital Civil destinadas a esta patología[1292]. En este momento, tal era el número de afectados por tuberculosis, que además se dispusieron camas en los Hospitales de la Orotava y el Puerto de la Cruz.[1293]

Con la intención de encontrar el «solar idóneo» para la construcción del Sanatorio, el 13 de marzo de 1938 la Comisión Gestora de la Corporación insular abrió concurso. Finalmente, tras valorar y analizar las propuestas presentadas, se adquirió *una finca rústica, de secano, destinada al cultivo ordinario, (…), en el término municipal de San Cristóbal de La Laguna, donde dicen «El Cardonal», que mide, según la respectiva titulación, diecinueve fanegadas, un almud, ciento dieciocho brazas, equivalente a diez*

[1290] BOE número 6, 13 de enero de 1993.
Destaca el peso que tuvo en esta operación el recién nombrado gobernador civil, Dr. Vicente Sergio Orbaneja. La Finca El Palomo estaba ubicada en las proximidades de la casa que Sixto Machado tenía en el actual Barrio de Tío Pino.

[1291] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; Oficios y escritos que no figuran en expedientes. Negociado: Beneficencia. Año de 1937; *opus cit*.
Los terrenos ofertados a la Corporación Insular en octubre de 1936, tenían una superficie 110.000 metros cuadrados, próximos al Dique del Este al final del kilómetro 4 de la carretera de San Andrés. Su dueño solicita un total de 100.000 pesetas a pagar a 3.000 pesetas mensuales sin intereses. Pese a una nueva oferta menor por parte del vendedor, unos 95.000 pesetas a pagar a razón de 1.500 pesetas mensuales, el Cabildo de Tenerife desecha la oferta por carecer de dinero en la Hacienda Insular que pueda asumir tal deuda.

[1292] *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife*; fascículo IV-V, 1938-1941. *Opus cit*, p. 13.

[1293] Junto a Tomas Cerviá trabajaron el José Domínguez Domínguez, el Emilio Luque y Celestino González Padrón, realizando oleotórax, toracoplastias y frenicectomías.

hectárea, (…), hallándose atravesada de Norte a Sur por la Carretera General del Sur de la Isla, (…), como precio de adquisición de dicha finca, la suma total de sesenta mil pesetas, (…), de cuyo precio se abonarán treinta y cinco mil pesetas tan pronto se habilite el crédito correspondiente, (…), revocar el acuerdo de esta Comisión, fecha primero de los corriente, sobre apertura de un concurso para la adquisición de solares con destino a la Leprosería Insular en proyecto, y en su lugar, construir, a su tiempo, dicho Establecimiento en la parte alta del inmueble descrito en el apartado a) precedente, situada al Poniente o derecha de la carretera general del Sur de la Isla. En este lugar, en un primer momento, se proyectó la construcción de un dispositivo asistencial en el que combinadamente se tratara tuberculosis y lepra. Pese a que fue avalado por el Inspector Provincial de Sanidad, Ángel Vinuesa, por los arquitectos provincial e insular, Domingo Pisaca Burgada y José Enrique Marrero Regalado, no llegó a ejecutarse en su totalidad, limitándolo a pacientes tísico y buscando otra solución para los leprosos en el sur de Tenerife con la construcción de la Leprosería Provincial.[1294]

198. A. Benítez: Fachada del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra (APTCC-Fotografías interiores y exteriores).

Desde el siglo XIX y la primera mitad del XX, se procuró que los tísicos disfrutaran de terapias que se centraban el dieta y reposo fuera de las urbes para entrar en contacto con la naturaleza, ya fuera «original o creada». Dentro del proyecto del

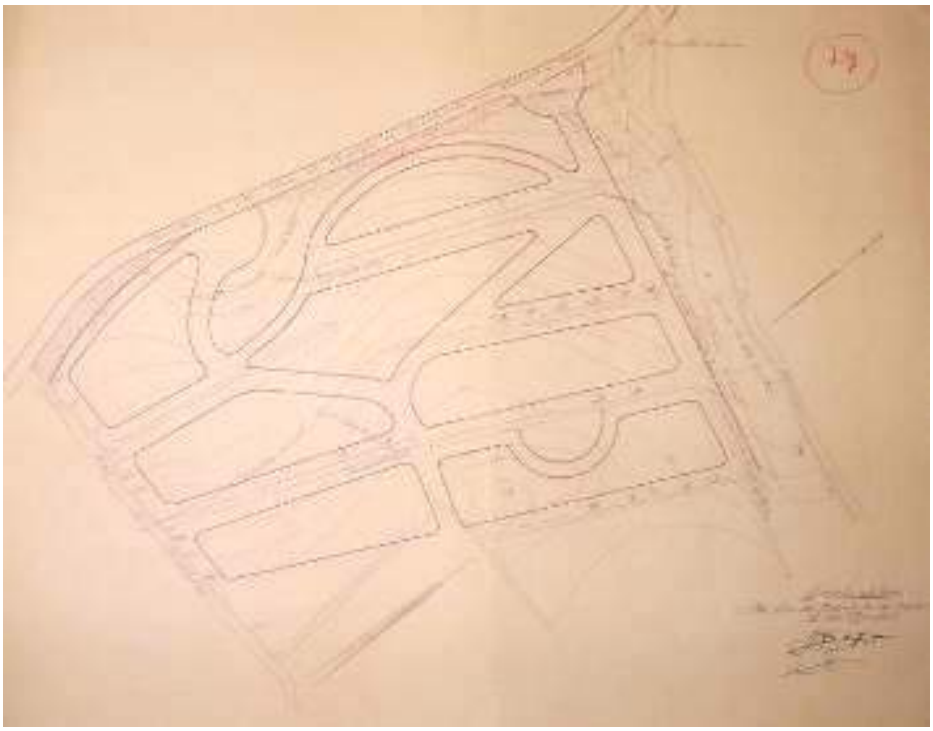
[1294] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 60.

Sanatorio-Enfermería Antituberculoso que se pensaba instalar en este solar, se encontraba la iniciativa de dotarlo de un parque-jardín para el esparcimiento de los enfermos en él alojados. En agosto de 1938 se inició su construcción con una ceremonia que se denominó «Fiesta del Árbol», en la que se realizó la plantación de árboles por iniciativa del Gobernador Civil al que se sumó la Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. con la cesión de los árboles desde el Vivero Municipal[1295]. Al año siguiente, en abril, se solicitó presupuesto para las obras necesarias para el riego de los jardines del Sanatorio, elaborado por el ingeniero Andrés Pintor y González[1296]. Una vez finalizada la obra, la Corporación insular entregó al Comité Delegado Provincial del Patronato Nacional Antituberculoso las plantaciones de árboles y plantas realizadas, junto al edificio en construcción para el Sanatorio-Enfermería Antituberculoso, habilitando *contratar los servicios de arboricultura y jardinería precisos para la conservación de todos los dichos árboles y plantas de la mencionada finca, y los de vigilancia y cuidado de los mismos.*[1297]

Aunque los terrenos para la construcción del Sanatorio se habían adquirido desde finales de la década de los treinta, las obras para la construcción del edificio no fueron concluidas hasta el 8 de agosto de 1944, momento en el que se consuma el traslado de los 96 enfermos que estaban ingresados en «*el Palomo*»[1298]. El nuevo Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra contaba inicialmente con 125 camas, aunque el proyecto final era dotarlo de unas 225[1299]. A finales de diciembre de este mismo año se nombró director a Tomás Cerviá de los dos dispositivos con los que se contaba para atender a este tipo de pacientes: el Sanatorio-Enfermería y del Dispensario

[1295] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 263.
[1296] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 96.
El importe fue de 14.343,65 pesetas, de los que 6.671,47 pesetas correspondían a material preciso para la ejecución de la obra, y 7.672,18 pesetas para la contrata y mano de obra, realizada por la empresa Entrecanales y Távora S.A. Para esta obra se emplearon 362 metros lineales de tubería de cemento de veinte centímetros de diámetro, 8 anillas de distribución y 2 tanquillas de bloque de cemento.
[1297] *Ibidem*, p. 84-88.
[1298] Al igual que en la Finca del Cardonal, en la de El Palomo, se efectuaron trabajos en los jardines del Sanatorio-Enfermería provisional, efectuados por la empresa *Entrecanales y Távora S.A*. por un importe de 2.273 pesetas.
[1299] A estas camas, y mediante pequeñas reformas en la estructura del edificio, se procuraba aumentar el total de las camas en 35 a 40 más.

Antituberculoso Central del Estado, situación por la que había luchado arduamente. En la inauguración oficial, realizada el 16 de agosto de 1945, estuvieron presentes las más destacadas autoridades regionales y nacionales, como el Director General de Sanidad, José Alberto Palanca, junto al Capital General de Canarias, Francisco García-Escámez, entre otras autoridades.[1300]



199. Proyecto para el ajardinado del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso (Fuente: ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 96).

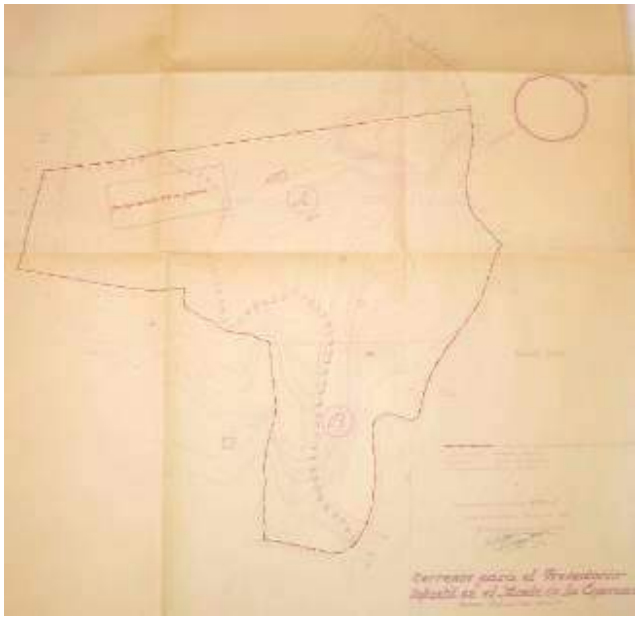
[1300] *ABC* (Madrid), 23de agosto de 1944, p.5.
En el momento de su inauguración, la plantilla que prestaba asistencia a los enfermos era: director, Tomás Cerviá; cirujano, José Domínguez; becarios, Virgilio Gutiérrez y Javier Samitier; practicantes interinos y voluntarios, Jesús Vinuesa, Federico González Moradillo, Manuel Beltrán, Vicente Núñez y José María Gutiérrez; enfermeras interinas, María Fernández, Mª Dolores Pérez Isaba, Aurora Martínez, Olimpia Sansebastián, Modesta Ruiz, Dolores Morell, Amparo Gómez, Rita Suárez; ayudantes de enfermeras encargadas, Isabel García, Felisa de Cándido, Carmen Rodríguez, María Cubas, Dolores Delgado, Susana Cano, Guadalupe Pineda, Ifigenia Rodríguez, Pilar de León; capellán, Miguel Caballero; auxiliar de oficina, Arsenio Rodríguez; conserje, Antonio Hernández; Jefe de cocina, José Navarro; y como guarda, Romualdo de León. A finales de 1947, las Hermanas Mercedarias de la Caridad, asumirán la Mayordomía del Centro, incorporándose ocho monjas bajo la dirección de Sor Isabel Iraeta como Madre Superiora y Enfermera-Jefe[1300], aumentando hasta trece a finales de 1949.

El nuevo edificio, como ya se ha comentado, se ubicó a 350 metros sobre el nivel del mar, a 7 kilómetros al sur de la capital, en una finca de seis fanegadas de extensión. El inmueble estaba formado por tres alturas, con planta en T, en las que las habitaciones con sus terrazas anchas y espaciosas, estaba orientada hacia el este-sureste, permitiendo situaciones menos «calurosas» a los pacientes internos que si se hubiera colocado completamente hacia el sur. Las habitaciones se dispusieron de tal manera que tuvieran capacidad para cuatro, dos y una cama, de las que la primera eran las más comunes. Cada una de ellas se dotó con mobiliario sencillo y carente de decoración, lo que facilitaba su limpieza y desinfección. A ambos extremos de las alas del edificio se dispusieron habitáculos semicirculares destinado a comedor y en el centro del edificio, la capilla, con tribuna a la que se podía acceder desde la primera planta para aquellos enfermos imposibilitados.

Al lado contrario se alzaban la fachada principal decorada en los extremos superiores por dos cruces de Loreto, símbolo de la luchas contra esta enfermedad, ubicándose bajo ellas la puerta de acceso. Esta zona del edificio estaba destinada a albergar los servicios centrales del establecimiento, entre los que se encontraban la administración, el laboratorio, quirófanos, servicio de radiología y los servicios médicos. La zona del sótano, se destinó para depósito-almacén y la cocina, de considerable tamaño con los más novedosos adelantos para una actividad culinaria a una considerable escala. En torno al edificio se disponían otras pequeñas construcciones empleadas para servicios comunes, tales como garajes y cuarto de lavadoras, a los que se le unieron las viviendas destinadas al director, administrador, enfermeras, conserje y empleados masculinos.

La presión asistencial a la que se vio sometido este los primeros momentos, llevó a elaborar diferentes proyectos y modificaciones, tanto en sus recursos humanos como en las infraestructuras: aumento del personal subalterno; aumento hasta 60 camas más mediante pequeñas reformas sobre la estructura y distribución del edificio, lo que se denominaba en los expedientes como …*mover algunos tabiques*…; creación de talleres de reeducación y readaptación, como trabajos agrícolas efectuados por los enfermos; construcción de almacén, que estará concluido a finales de 1949; ampliación de la

vivienda para empleados masculinos y enfermeras; construcción de un alojamiento para animales de experimentación; y la instalación, con las consiguientes obras, del servicio de tuberculosis osteoarticular en la azotea del Sanatorio, con un total de 30 camas.[1301]



200. Terrenos destinados a la construcción del Preventorio Infantil de La Esperanza (Fuente: ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 240).

Basándose, como ya se ha comentado anteriormente, en la creencia de que la enfermedad no fuera hereditaria, pero si que fuera la infancia el momento de adquisición para una posterior reactivación en la adultez, junto a un número importantes de casos entre la población infantil, en octubre de 1944 se plantó, por parte del Jefe Provincial de Sanidad accidental, Antonio Bencomo Macías y del Director del Dispensario Antituberculoso, la construcción de un **Preventorio Infantil Antituberculoso.** El edificio se proyectó para unos terreno ubicados en La Esperanza, por encima del pago llamado «Panasco», lugar que presentaba todas aquellas condiciones que en aquel momento se consideraban como óptimas: se encontraba a suficiente altura; con buena orientación; protegido de los viento; fácil abastecimiento de agua, pureza, sequedad y ozonización óptima del aire por falta de polvo y contaminación del terreno; de corrientes aéreas calientes y de la niebla baja; estar los alrededores cubiertos de vegetación arbórea (pinos); y ligera oscilación entre el día y la noche.

Los terrenos estaban divididos en dos partes: el trozo A, ocupando una superficie de 70.520 metros cuadrados, mientas que el B una superficie total de 16.670 metros cuadrados, *comprendiendo límites del Monte de Propios de aquel Municipio*, los cuales se propone ceder desde la Corporación municipal de El Rosario. Desde la Jefatura de

[1301] *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central y del Sanatorio Antituberculoso de Ofra de Santa Cruz de Tenerife*. Fascículo VII, 1944-1945. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Patronato Nacional Antituberculoso, Librería y Tipografía Católica, 1946, p. 33.

Montes Provincial se autorizó el acuerdo del Ayuntamiento ante el fin al que iban a ser destinados los terrenos, aportando la carencia de abastecimiento de agua que existía en el lugar elegido[1302]. Esta situación se procuró resolver desde la Corporación insular, encargando un proyecto de elevación de aguas, en 1949, cuyo importe ascendió a 1.361.672,10 pesetas, al Ingeniero Director Juan La-Roche Izquierdo[1303]; a éste se le unió, la carretera de acceso al Complejo, para la que se presupuestó un total de 510.592,75 pesetas, entre material y contrata, proyecto diseñado por el mismo ingeniero y en igual año[1304]. En abril de 1950, ni uno ni otro, todavía estaban terminados, lo que muestra un desinterés por este tema desde los organismos gubernamentales, desviando su atención hacia otros problemas presentes en ese momento en la Isla[1305]. El proyecto no se llegó a ejecutar seguramente por el cambio de mentalidad y los descubrimientos que en el campo de la medicina realizado sobre esta enfermedad.[1306]

4.2.4.5. JARDIN INFANTIL DE LA SAGRADA FAMILIA.

Con la entrega al Cabildo Insular, por parte de la Diputación Provincial, de los asilos y establecimiento benéficos que se efectúa el 7 de enero de 1914, se da comienzo a una idea que se venía gestando años atrás[1307] y que estuvo presente en la preocupación de cada uno de los miembros, que en los primeros años del siglo XX, ocuparon el consejo rector de la Corporación insular. Así, en junio de 1927, se plantea la

---

[1302] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7186; expediente nº 498; p. 1-5.
[1303] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7186; expediente nº 499; p. 1-25.
[1304] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 240; p. 35-37.
Dentro de la documentación consultada tanto en el Archivo del Cabildo Insular de Tenerife como el en Archivo Provincial de Santa Cruz de Tenerife, tan solo se conserva tres expedientes que aluden al proyecto de este dispositivo asistencial (no se ha hallado el proyecto del edificio que se iba a ejecutar).
[1305] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 240; *opus cit,* p. 46.
[1306] El 16 de diciembre de 1952, por Orden del Presidente del Patronato Nacional Antituberculoso (PNA), la dirección del Dispensario y del Sanatorio-Enfermería se dividen, asumiendo la del primero el médico Ramón Luelmo. Este año será el punto de partida de la introducción de la «nueva farmacología», pese a que desde 1944 se había procurado combatir a la enfermedad mediante la estreptomicina, efectuándose un giro en el tratamiento de la tuberculosis, situación que favoreció la evolución y el estado físico de los dolientes.
[1307] CIORANESCU, A. (1988). *Opus cit,* p. 227-240.
Desde 1900, Diego Guigou y Costa, manifestó su pretensión de fundar un hospital dedicado al cuidado de niños cuyos recursos fueran escasos, con una obtención de recursos materiales provenientes de los donativos populares.

creación de un edificio que pudiera albergar a los huérfanos y desamparados: *…y poseyendo esa Excma. Corporación solares en las proximidades de la carretera que conduce de esta Capital a la vecina Ciudad de La Laguna, podría acordarse ordenar a los técnicos de la Corporación la confección de los correspondientes planos y presupuestos, obra que una vez realizada sería de gran beneficio para los niños, que se crían fuerte y robustos con un régimen de lactancia propia y adecuada y con una vida de aire y campo, que no es posible tener en una población…*[1308]. Esta intención es nuevamente retomada en julio de 1930, ante el sistema deficiente que suponía un perjuicio para los asilados en las dependencias existentes en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, y que comprendían la Cuna de Expósitos, Maternidad y la Casa de Huérfanos y Desamparados.[1309]

Desde mitad del siglo XIX, el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, había albergado tanto la Cuna de Expósitos como la Maternidad. Durante años, el periodo estival era el momento en el que los niños expósitos se trasladaban a las afueras de Santa Cruz, en la zona de Hoya Fría, para pasar unos días en contacto con la naturaleza y el aire libre, en el chalet que poseía Álvaro Rodríguez López[1310]. Buscando soluciones a tenor de los recursos disponibles, en Acta de Cabildo con fecha 15 de febrero de 1932, se propuso la construcción de un edificio, en una huerta propiedad de la Casa de Huérfanos, llamada *Finca La Higuerita*, que durante años se había destinado al ocio de estos infantes. Además, en este proyecto encargado al arquitecto Antonio Pintor, se pretendía incluir a los niños de la Cuna de Expósitos[1311]. Nuevamente, y ante las penosas condiciones de las dependencias destinadas a los huérfanos en el Hospital Civil, el 3 de octubre de este mismo año, Pedro García Cabrera propone, en Sesión Ordinaria, instalar la nueva Casa-cuna en un edificio independiente y aparte del destinado para el Hospital Central futuro[1312]. Al año siguiente, durante el verano de 1933, se estableció claramente la necesidad de un «nuevo centro dedicado a alojar a los

[1308] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6983; expediente nº142.
[1309] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº6983; expediente nº191.
[1310] Existía entre la comunidad religiosa de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul que administraba la Cuna de Expósitos y Álvaro Rodríguez López, que posteriormente se materializará en la donación de los terrenos a la Fundación.
[1311] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit* p. 144-145-178.
[1312] *Ibidem*, p. 358.

niños huérfanos de la Isla, donde existieran espacio amplios y verdes que estuvieran alejado, tanto física como ideológicamente, de un recinto hospitalario, cuyo fines distaban mucho de la de un establecimiento destinado al cuidado y crianza de niños huérfanos». Tal situación conllevó a que el Cabildo Insular se planteara la construcción de una Casa-Cuna en los terrenos donados por Álvaro Rodríguez López[1313], a los que se unía una importante suma de dinero, que también obsequió, para sufragar la construcción del proyecto[1314]. El 16 de agosto de 1933 se procedió al traslado de los niños y niñas al nuevo emplazamiento, dado que *el expresado Edificio se hallaba en condiciones, después de haberse terminado las reformas necesarios a tal fin, y teniendo en cuenta las pésimas condiciones higiénicas correspondiente en estos Asilos y el excesivo calor que existe en la actualidad en esta Capital.* El nuevo emplazamiento, que no era más que un salón de empaquetado reformado[1315], precisó tanto de recursos

[1313] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7086; Escritos, oficios y minutas que no figuran en expedientes.
Trozo de terreno donde dicen «Hoya Fría», de 13.349 metros cuadrados de superficie. En el terreno se halla construida una casa, una gañanía y dos pequeños estanques, varias huertas y paseos anexos, con una faja de terreno que ha de ser destinada a camino…
[1314] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 13; Beneficencia y Sanidad; *opus cit*, p. 253-254; caja nº 6988-expediente nº 209.
Sesión ordinaria de La Comisión Gestora Del Excelentísimo Cabildo Insular de Tenerife de 10 de Julio de 1933 (...) Asuntos presentados después de cerrado El orden del día de los que se da cuenta con carácter de urgencia (...) A continuación di cuenta del expediente incoado con motivo de oficio de La Presidencia dirigido a don Álvaro Rodríguez López interesando se sirva comunicar si cedería en arrendamiento y en qué condiciones, la casa de su propiedad enclavada en el sitio conocido por «Hoya Fría», con objeto de instalar en ella la Casa Cuna dependiente de este Cabildo por no ser bastante y adecuado el local en que actualmente se halla, en el edificio de Establecimientos benéficos de esta Capital, así como de la carta del expresado señor Rodríguez López, en la que manifiesta cede el referido inmueble en arrendamiento, por La cantidad de cien pesetas anuales, por tiempo indeterminado, sin otras condiciones especiales que la de ser de cuenta de esta Corporación la conservación exterior e interior del edificio, que las obras que se realicen en el mismo requieran su previa conformidad, y que si algún día necesitase de la casa objeto del arrendamiento, El Cabildo queda comprometido a desalojarla dentro del año posterior a su aviso , con dicho objeto. Y La Comisión acuerda por unanimidad: Primero.- Hacer constar en acta el agradecimiento de la Corporación por el ofrecimiento del señor Rodríguez López y las facilidades concedidas para disponer de edificio donde instalar la Casa-Cuna en lugar adecuado para la vida higiénica de los acogidos. Segundo.-Aceptar el arrendamiento del inmueble de referencia por la suma de cien pesetas anuales y las demas condiciones originadas por El arrendador, facultándose a la Presidencia para que otorge el correspondiente contrato. Tercero.- Facultar a la propia Presidencia para que pueda disponer y ordenar cuanto sea preciso para el traslado de la Cuna al nuevo edificio donde ha de ser instalado.
[1315] ACIT-caja nº 7017-7018; Oficios y escritos que no figuran en expedientes. Negociado: Beneficencia. Año de 1937; *opus cit*.

materiales como humanos[1316]. Años más tarde, en enero de 1938, Álvaro Rodríguez López donó los terrenos a la Corporación insular para alojar definitivamente la Casa-Cuna en este emplazamiento[1317]. Junto a los solares donados, el Cabildo Insular adquirió, en 1934, los terrenos contiguos, encargando el diseño del proyecto, así como la construcción de la fábrica, al arquitecto Marrero Regalado[1318].

201. Anónimo: Niños jugando en los jardines del centro
(Fuente: Periódico *El País*, 6 de marzo de 2011).

La arquitectura tradicional que se desarrolló en las Islas, como hemos comprobado anteriormente, fue poco a poco desplazada tras la llegada del neoclásico. En 1929, de la mano del arquitecto Pelayo López y Martín Romero resurge la tendencia regionalista con el diseño del *Pabellón de Canarias en la Exposición Iberoamericana de Sevilla*[1319], para ser olvida en la década de los treinta, adquiriendo una mayor relevancia la arquitectura racionalista. Posteriormente reaparece durante la posguerra en

[1316] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7001-7002; expediente nº 234.
Se precisó de mobiliario, enseres y útiles de cocina necesarios, así como la instalación de un teléfono para la debida comunicación y su correcto funcionamiento. Junto a esto bienes muebles, el nuevo centro se dotó de otros humanos, nombrando una cocinera y una demandadera; a la primera se le pagó un sueldo de 100 pesetas, mientras que a la segunda ascendió a 60, junto a 30 pesetas más mensuales destinados a sufragar los gastos del transporte diario necesario para suministrar los artículos de primera necesidad desde el Hospital Civil al nuevo emplazamiento de Hoya Fría.
[1317] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 169.
[1318] En el momento del encargo de la obra, presidía el Cabildo Insular Maximino Acea Perdomo (1931-1936).
[1319] DARIAS PRINCIPE, A. (1985). *Opus cit*, p. 355-356.

simultaneidad con la arquitectura oficialista con una destacada «monumentalidad» característica del sistema autárquico que en ese momento estaba presente en España.

202. Anónimo: Álvaro Rodríguez López (primer tercio del siglo XX).

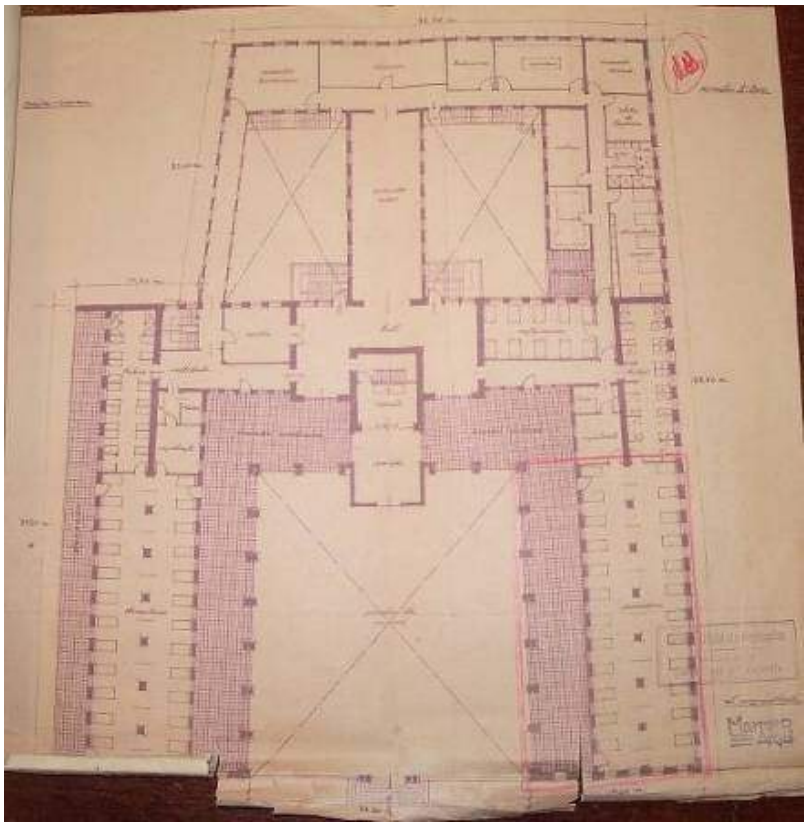
Se establecieron dos líneas definidas cuyo lenguaje externo estaba en sintonía con la arquitectura que durante cuatro siglos había sido empleada por los moradores de las Islas, representada cada una por los arquitectos Tomás Machado y Méndez Fernández de Lugo, que se mantiene fiel a los materiales originales, y por José Enrique Marrero Regalado que imita el aspecto de ésta con mortero de cemento[1320]. Tras su regreso de este último en 1933 de Madrid, donde realizó sus estudios en la Escuela Superior de Arquitectura, estableció una corriente revalorizadora, junto a Néstor Martín Fernández de la Torres, del estilo canario o también llamada *neocanario*[1321], llegando a determinar un estilo peculiar de aspecto recargado y monumental, que ha sido denominado como el *barroco colonial*[1322], y que fue el escogido para el diseño de la Casa-Cuna que posteriormente adquirirá la denominación de Jardín de Infancia de la Sagrada Familia[1323]. El lugar seleccionado para la ubicación del edificio, fue una colina sobresaliente, que era vista desde la ciudad, al que se pretendía dotar para poder asumir una capacidad total de 300 plazas para ambos sexos.

[1320] NAVARRO SEGURA, M. I. *Arquitectura del Mando Económico en Canarias. La posguerra en el Archipiélago*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1982, p. 102-105.
[1321] *Ibidem*.
[1322] DELGADO CAMPOS, S. M. En torno a cierta arquitectura de Canarias. In *Rincones del Atlántico,* nº 5, Arquitectura y paisaje. La arquitectura tradicional en el medio rural de Canarias. Tomo I. Miscelánea. [Sitio Web]. 2003-2011. URL: <http://www.rinconesdelatlantico.es/num5/8_miscelanea_2.html>; (consultado en enero 2012).
[1323] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7183; expediente nº 263.
A primeros del año 1937, su denominación sufre un cambio, pasando de llamarse Casa-Cuna a «Jardín Infantil de la Sagrada Familia», llegando incluso a *prohibirse de modo absoluto el uso del antiguo nombre.* Entre las causas, se pueden barajar muchas, pero la más probable pudo ser secundaria al cambio político que se origina en las Islas a partir de 1936, donde la Iglesia Católica presente en las Islas adquirirá un papel relevante. Esta modificación adquirió tal seriedad, que llegó a publicarse en el Boletín Oficial de la provincia de Santa Cruz de Tenerife número 156 de fecha 29 de diciembre de 1937.

El proyecto definitivo, modificaba ligeramente en algunos aspectos al que originariamente se había esbozado, se articulaba a partir de tres bloques bien definidos, la casa de maternidad, el orfanato y la iglesia. En el complejo, existía una disposición racional, en la que sus fachadas presentaban un esquema compositivo moderno, con la existía de una alternancia en el lenguaje arquitectónico, tanto regionalista como barroco. La llegada a los tres bloques, se hacía a partir de una avenida que daba acceso al complejo, donde el punto de fuga acababa en la fachada principal de la iglesia decorada con un cruz de importantes dimensiones, que tenía anexa una torre de estilo neomudéjar decorada con celosías, coronada por estípites barrocos y torretas de capitel con roseta de cerrajería.[1324]

El 15 de julio de 1937, el arquitecto remitió a la Corporación insular *los planos de conjunto de la planta baja de la ampliación y reforma de la Casa-Cuna de esta Capital*, cuyo presupuesto de destajo ascendía a 31.223 pesetas, asignando dentro del mismo la cantidad de 16.203 pesetas para jornales[1325]. Igualmente, en diciembre de este mismo año, se remite el presupuesto total a la Comisión Gestora del proyecto, el cual ascendía a la cantidad de 145.143,16 pesetas, al que se le unía el de administración, de menor cuantía, y que ascendía a unos 126.299,40 pesetas[1326]. El destajo de las obras se adjudicó, el 8 de febrero de 1938, a la Compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A., que concluirían las obras en abril de 1939. [1327]

[1324] NAVARRO SEGURA, M. I. *José Enrique Marrero Regalado (1897-1956): La arquitectura como escenografía*. Santa Cruz de Tenerife: Demarcación de Tenerife-Gomera-Hierro, Colegio de Arquitectos de Canarias, 1992, p. 282-287.
[1325] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7183; expediente nº 179; p. 1-3.
[1326] *Ibidem,* p. 15.
Los donativos fueron numerosos siendo estos en metálico o en especias, aportando cada uno de los donantes bolsas de cemento, mosaicos, y todo aquello que pudiera ser empleado en la edificación de la Institución en proyecto.
[1327] *Ibidem,* p. 58-60 y p. 248-250.
Para poder hacer habitable el lugar, en junio del mismo año, se compraron varios aparatos para la puesta en funcionamiento del edificio: una cocina de segunda mano que pertenecía las Hotel Quisisana, un horno de pastelería y un calentador de vajilla por un importe de 1.800 pesetas, incluido el transporte hasta el nuevo establecimiento.



203. Plano del Jardín Infantil de la Sagrada Familia (ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7183; expediente nº 179).

En agosto de 1939, el arquitecto Marrero Regalado remitió a la Comisión Permanente el proyecto de la torre, opuesta a la iglesia, comprendiendo éste, el prisma antedicho y la construcción de escalera hasta el templete o remate final con veleta de hierro forjado. Para ejecutar esta construcción se empleó base de hormigón en masa, con las esquinas de hormigón armado y carrera o anillos cada tres metros con cincuenta centímetros del mismo material. El campanario lo adorna con elementos decorativos de piedra artificial para pintar luego al óleo, no incluyendo las campanas. En la parte más alta, se procede a colocar un templete de madera forrado de plomo; el calado general de la torre estará moldeado en cemento. Las barandillas de los balcones serán de cuadradillos de hierro y los pasamanos de madera. Para su construcción se aprobó un presupuesto de 35.036,48 pesetas[1328], adjudicándosele las obras a la misma empresa

[1328] *Ibidem,* p. 135-139.

que ya estaba trabajando en el Complejo. El campanario fue concluido en septiembre de 1939. En torno al nuevo centro, se efectuaron obras que perseguían dotar de infraestructuras básicas al proyecto.

En abril de 1938, la Corporación insular decide la creación de una vaquería con el fin de suministrar leche a los Establecimientos Insulares de Beneficencia y concretamente al mismo Centro[1329], a lo que se unieron las obras para el camino de acceso al «Jardín Infantil». Este último, redactado por el ingeniero Andrés Pintor desde la Sección de Vías y Obras de la Corporación insular, constituyo un proyecto de camino de acceso al Complejo asistencial en una zona que carecía de urbanización alguna. Se confeccionaron dos presupuestos de contrata: el primero con un importe de 96.233,85 pesetas; y el segundo, por 77.538,38 pesetas (en este último solo se incluyó las *obras precisas para construir el camino en su rasante, pero sin pavimento, ni paseos ni obras complementarias*). De ambos, la Corporación insular solicitó del segundo una revisión, debido a que presentaba defectos de forma. Nuevamente fue enviado con la modificación exigida y una variación del importe[1330], que fue aprobado por la Comisión Gestora de 27 de octubre del presente, solicitándole el crédito pertinente a la Junta del Paro Obrero para su ejecución. Tras su publicación en el Boletín Oficial de la Provincia el 22 de febrero de 1939, la subasta de las obras se le asignaron a Juan Fernández-Oliva y Pérez[1331]. Los trabajos fueron concluidos en noviembre de 1940, abonándose, en febrero de 1941, las cantidades adeudadas pendientes[1332]. Por estas misma fecha, se realizaron obras para la instalación de un Transformador que solucionara los problemas que desde hacía varios años venían sufriendo y que no les permitía tener un suministro constante de electricidad, además de los Lavaderos. Las obras de ambos fueron adjudicadas a Nicolás Martí Dehesa como representante de la empresa *Entrecanales y Távora S.A*.

[1329] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7048; expediente nº 308.
[1330] *Ibidem*.
La modificación del proyecto situó el importe de éste en 87.911,53 pesetas.
[1331] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 115.
La obras fueron adjudicadas por la cantidad de 70.232,53 pesetas.
[1332] *Ibidem,* p. 126-150.

quienes trabajaron con sorprendente rapidez teniendo conclusas ambas obras en septiembre de 1941. [1333]

A la idea de alojar a los huérfanos en unas dependencias ajenas a las hospitalarias, se le unió una fuerte presión asistencial, que llevó en mayo de 1938, a agilizar las obras y realizar modificaciones que favorecieran una mayor capacidad alojativa. Se recoge así en el expediente la preocupación por la realización del proyecto y por su sustento:… *establecer los Asilos de niños y niñas que hoy se encuentran en el Hospital Civil, en el edificio que se comenzó para los Jardines Infantiles de la Sagrada Familia,* donde fue preciso *componer una serie de plantas independientes con servicios comunes que facilitara el sostenimiento de los tres establecimientos con beneficio económico en el mismo*[1334]. Esta situación llevó a encargar al arquitecto Marrero Regalado el diseño de un proyecto para la ampliación y reforma del Complejo. El estado del establecimiento benéfico exigía la continuación de la planta superior para evitar la construcción de la azotea en la primera planta que habría que demoler al construir aquella y realizar las obras para la construcción del dormitorio y acceso por la escalera destinada al asilo de niñas.

En el plano, se puede observar como la galería de la planta baja se repite en la superior, llevando barandilla de hierro cuadrado y cubierta de hormigón simulando una armadura clásica con tejado. La galería exterior o *solarium* llevaba una barandilla de tela de alambre de 3 mm. en bastidores de ángulo y soporte de T llevando primeramente una jardinera que vuela al exterior de cemento armado con tubos de desagüe cada 3 metros de distancia. Para la ejecución de la obra, se empleó azulejo en un zócalo de 1,50 metros de altura, que según especifica el arquitecto en la Memoria Descriptiva, *responderá en calidad a la recientemente terminada*. Se emplearon en la construcción una base de estructura de hormigón armado en pilares, vigas y tableros de pisos,

[1333] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7048; expediente nº 15.
Los trabajos fueron realizados por un importe de 572.485,66 pesetas.
[1334] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 118.
En el plano, se puede observar como la galería de la planta baja se repite en la superior, llevando barandilla de hierro cuadrado y cubierta de hormigón simulando una armadura clásica con tejado. Se emplearon en la construcción una base de estructura de hormigón armado en pilares, vigas y tableros de pisos, hormigón ciclópeo en cimientos, muros de cantos del país, cámara aislante en el techo del dormitorio, solados de mosaicos del país y losetas rojas en terraza.

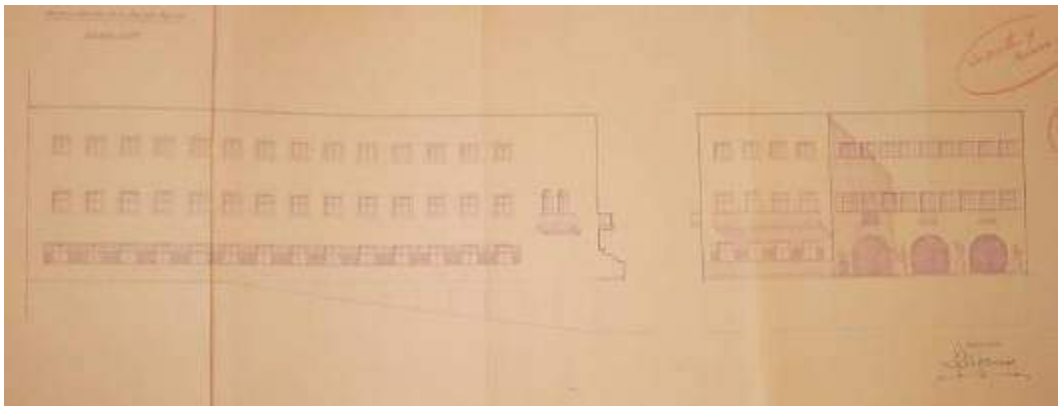
hormigón ciclópeo en cimientos, muros de cantos del país, cámara aislante en el techo del dormitorio, solados de mosaicos del país y losetas rojas en terraza. A la subasta de las obras solo compareció la empresa Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A., adjudicándosele a ella por un importe de 149.454,84 pesetas, concluyéndose éstas en abril de 1939, como figura en la certificación que acredita su conclusión.[1335]

204. Iglesia y campanario del Jardín Infantil de la Sagrada Familia (ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 155).

A finales de 1938, El Cabildo Insular solicitó, al arquitecto Marero Regalado, la preparación y confección de un presupuesto y proyecto para la ampliación y reforma del costado Sur del edificio del Jardín Infantil. En la Memoria, lo describe de la siguiente manera: l*a obra a ejecutar consta de tres plantas: la baja, de nivel inferior a la planta baja general del Edificio, destinada a clases y recreos del Establecimiento. La siguiente planta, al nivel de la general, destinada a servicios y comedor de la Casa Cuna. En esta planta está también la cocina general y el cuarto de estar y cocina privada de la Comunidad. La última planta esta destinada a Celdas de la misma Comunidad, comedor de Asilo de niñas y un dormitorio para las mismas. Los elementos de construcción son los*

[1335] *Ibidem*.

detallados en las mediciones y presupuestos adjuntos, habiéndose confeccionado independientemente los tres presupuestos de cada una de las plantas, con objeto de poder celebrar distintas contratas, si fuera necesario, para armonizar con las disponibilidades económicas. El carácter general de la construcción estará en armonía con el conjunto de la obra ya ejecutada y como queda dicho, con arreglo a los materiales especificados en el presupuesto. El desagüe de aguas negras será a una fosa séptica que será objeto de un presupuesto aparte[1336]. El presupuesto se estableció en un importe total de 282.523,89 pesetas[1337], publicándose en el BOE (Boletín Oficial del Estado) de fecha 13 de septiembre de 1939, y el 25 del mismo en el BOPSCT (Boletín Oficial de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife). Las obras fueron adjudicadas a la empresa Entrecanales y Távora S.A., representada por Pedro Hernández García, pese a que en primera instancia era la Compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A., fue a la que se le había asignado el encargo. Pese a ello, ésta última colaboró con los trabajos de construcción, proporcionando elementos decorativos en piedra, entre otros, para los diferentes edificios del Complejo.[1338]



205. Proyecto de ampliación y reforma del costado sur (ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 45).

[1336] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 45; p. 1-8.
[1337] *Ibidem,* p. 9-65.
El presupuesto se desglosaba para cada una de las plantas: 97.207,95 pesetas para las obras e ejecutar en la planta baja; 93.370,73 pesetas para la primera planta y 91.945,21 pesetas para la segunda.
[1338] *Ibidem,* p. 247.
Esta colaboración entre ambas empresas figura en los abonos que se le realizan: la cantidad de 5.172,30 pesetas[1338] para pago de elementos decorativos, y las efectuadas, en diciembre de 1940, por el importe de 3.934,91 pesetas, que comprendía la instalación de dos baños con sus accesorios

A partir de febrero de 1940, y una vez ya concluida gran parte de la intervención en el resto del Establecimiento, se dio comienzo a las obras para la construcción de pabellón de Poniente, de la Iglesia y el resto del pabellón del costado Sur, siguiendo las directrices del arquitecto Marrero Regalado. Para el pabellón de Poniente, destinado a niños, proyectó un amplio porche de nueve arcos, el cual comunicaba con el vestíbulo por tres puertas de 3,60 metros de ancho cada una. En ambos costados del susodicho vestíbulo habían dos puertas de 1,30 metros de ancho que daban acceso a pequeños pasillos que llevan a los dormitorios generales con capacidad para 24 niños y a dos cuartos, uno ropero y otro para el vigilante, teniendo este último, ventanillo y puerta exterior. Al final del vestíbulo encontramos 3 arcos que dan acceso al pasillo general en el que encontrábamos un porche con escalinata que ponía en servicio el jardín situado a la derecha de la iglesia. En la planta alta se ubicó una galería de estudio con biblioteca de 93,6 metros cuadrados. Para el pabellón de la iglesia, cuyo acceso se articuló a partir de una escalinata con tres peldaños corridos de piedra natural, solo presupuestó la estructura, tejado, adornos y vestidos exteriores, quedando pendiente el púlpito junto al vestido y ornamento interior. Su iluminación y ventilación se lograba gracias a dos ventanas que daban a la fachada del templo y que llevaban *rejas voladas de fundición artística*. Planta de cruz latina con balcones o tribunas en planta alta a la altura de los brazos de la cruz, destinados a los niños y niñas con separación por sexos. Para su fachada, dos grandes ventanales remarcados con piedra artificial sobre los cuales iban dos bajo-relieves de la misma clase de fábrica, a lo que se unía una cruz de hormigón de 10,50 por 6,50 metros con remates de fundición apoyada sobre ménsula empotrada en pilar que separaba los dos ventanales. La puerta de acceso a la iglesia, llevaba las jambas y molduras de piedra artificial al igual que la ménsula coronada por un pequeño tejadillo. En su hueco se colocaban simétricamente dos columnas de tea tallada con capiteles[1339]. Para este proyecto, se presupuestó la cantidad de 735.882,07 pesetas, realizándose la subasta de la primera contrata en septiembre de 1941 que implicaba la apertura de zanjas para la cimentación de edificios, entibaciones, relleno de zanjas,

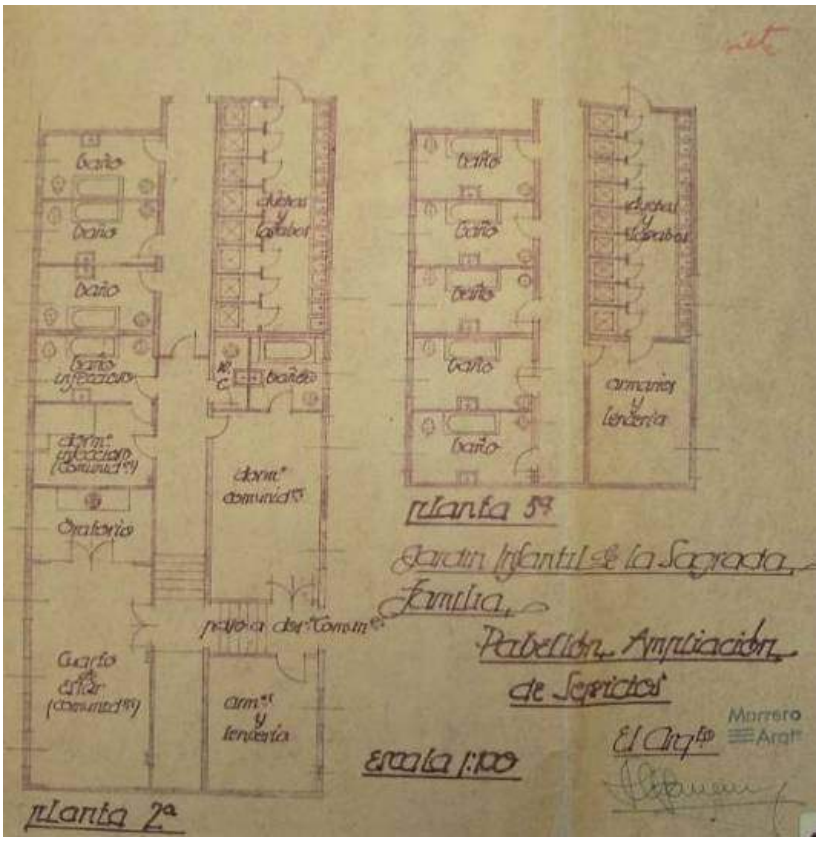
[1339] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 179.

terraplenado del tierras y la ejecución de los muros de la fachada de los pabellones y la iglesia.[1340]

La grave situación económica por la que se atravesaba en ese momento, ocasionada por la posguerra española y el conflicto bélico internacional, unida a la *sensible baja que está experimentando la recaudación de los arbitrios*, llevó a que en la Sesión Ordinaria de la Comisión Gestora de 13 de junio de 1940, se limitaran las obras hasta 10.000 pesetas mensuales, acotando los trabajos a esta cantidad[1341]. El 6 de febrero de 1941, se le hace llegar a la Corporación insular los *trabajos que faltan por ejecutar en la obra Ampliación y reforma del Costado Sur del Jardín Infantil de la Sagrada Familia*, a la que se le calculó un total de 177.366,72 pesetas, trabajos que básicamente incluían la pintura y carpintería interior del inmueble[1342]. En noviembre de 1942, se suspendieron las obras por parte de la Comisión Gestora, ante la imposibilidad de hacer frente la hacienda insular a los pagos de las correspondientes certificaciones, situación que se le hace llegar a las dos empresas que en ese momento estaban trabajando allí. Las obras son retomadas en el inicio del año siguiente[1343]. Nuevas obras establecieron realizar en enero de 1942, tales como la construcción de muros, escaleras y jardineras en el patio lateral del Complejo, redactado el 23 de este mes y adjudicado a Entrecanales y Távora S.A. Estas obras, ubicadas en *huertas de gran profundidad de tierra*, precisaron de modificaciones en la planta original, junto a un aumento de las dimensiones de los muros buscando firme. A estas intervenciones se le unieron, la pavimentación con losas de cemento, con rejuntados en unas y separado por césped en otras[1344]. Las obras se desarrollaron discontinuamente, lo que provocó que en febrero de 1945, ante la situación de inconclusa de las obras de la Tercera Contrata de la Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A., se habilitó desde el Cabildo Insular la cantidad adicional que facilitara su terminación por valor de 126.854,35 pesetas, con el compromiso por parte de la empresa contratista de concluirlas en el año entrante. Las

[1340] Ibidem, p. 46-61.
La primera subasta se realizó por la cantidad de 142.295,38 pesetas.
[1341] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7184-7185; expediente nº 45; *opus cit*, p. 195.
[1342] *Ibidem,* p. 282-283.
El presupuesto se emite desde la empresa Entrecanales y Távora S.A. que hace llegar al arquitecto José Enrique Marrero Regalado para que le de el curso pertinente.
[1343] *Ibidem,* p. 521.
[1344] *Ibidem,* p. 560-568.

obras de «Ampliación y reforma del Costado Sur» del Complejo asistencial no concluyeron hasta agosto de 1949, y en septiembre del mismo año el resto de obras que quedaban pendientes.[1345]



206. Plano de la ampliación del pabellón destinado a servicios (ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7188; expediente nº 229).

En octubre de 1944, la Isla sufre el azote de fuerte lluvias que ocasionaron desperfectos importantes en las infraestructuras del Centro. Tal era el estado en el que quedaron las instalación del Jardín de Infancia, que rápidamente se acometieron las obras de reparación: *Que las azoteas de las naves Sur y Este se encuentran en mal estado ya que el agua entra por los canales de ventilación e invade todos los cielos rasos con el consiguiente peligro para las personas allí residentes y el deterioro producido en aquellos, dándose el caso de haberse desprendido algunas planchas de yeso de los*

[1345] *Ibidem,* p. 571-579.
La cantidad establecida por los trabajos a realizar fue de 88.342,13 pesetas, al que hubo que agregar la cantidad adicional de 43.513,98 pesetas.

techos. Existen también en el pavimento de las azoteas de las naves contiguas a la torre bombeo de paños de losetas roja y grietas de rotura por efecto de dilatación. Tras la valoración realizada por el arquitecto Machado Méndez, se dispuso, por orden de la Comisión Gestora, el arreglo de los diferentes desperfectos.[1346]

Independientemente de la zona destinada a orfandad, el Jardín de Infancia era heredera de la Casa de Maternidad que desde su fundación el Hospital Civil había contado entre sus departamentos. Esto propició que entre sus dependencias contara con una zona de enfermería que progresivamente se fue dotando de los recursos necesarios. El Centro, pese a que era de reciente creación, requería de un mantenimiento que mantuviera al día las instalaciones con las que contaba. Al año siguiente, en 1945, se presupuestó el pintado de la decoración de la enfermería. Esta intervención tenía carácter urgente, ya que una vez concluida permitía poner en funcionamiento las salas de Aislamiento[1347]. A este departamento se le unió la instalación en el Centro de una estufa de desinfección con su correspondiente caldera generadora de vapor instalado por los Talleres Atanasio Oliván[1348], así como un aparato de Rayos X para diagnóstico.[1349]

Los primeros niños que ocuparon el recién inaugurado edificio fueron los niños entre 2 y 7 años (1ª y 2ª infancia) y las niñas cuya edad superaba los 7 años, ya que los niños mayores de 7 años quedaron alojados en el antiguo establecimiento situado en las proximidades del Hospital Civil, procediendo a su posterior ingreso, una vez que cumplían los 9 años, en las «limitadas plazas» de la escuela profesional de los Padres Salesianos, próxima al Hospital Militar, donde se les instruía en un oficio: *Al encontrarse no solo agotadas, sino superadas las plazas disponibles, motiva que el ingreso sea restringido; la oficina de admisión puede recibir al niño recién nacido y lactante, pero rebasando la primera infancia ya es de la competencia de la Excma. Corporación quien, en casos de reconocida*

[1346] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7065; expediente nº 375.
[1347] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7084; expediente nº 197.
El coste de estas obras menores fue de 7.853 pesetas, presupuesto presentado a la Corporación insular por Francisco Guijo Alcaide.
[1348] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7086; expediente nº 322.
[1349] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7086; expediente nº 76.
El coste de la caldera generadora de vapor fue de 35.200 pesetas.

necesidad, decreta los ingresos[1350]. Estructuralmente, la niñas se colocaron el ala derecha del edificio, zona próxima a la torre y lo que posteriormente sería la iglesia. En la planta baja del ala opuesta se ubicaron a los lactantes y primera infancia, conformándose lo que coloquialmente se llamó «Sala de Cunas» o Departamento de Puericultura. Por último, el piso superior inmediato, que era el destinado a los niños de segunda infancia, y el inferior, en un primer momento, a zona se esparcimiento o patio para recreos a la que se le dio poco uso, ante las numerosas zonas destinada a tal menester, lo que provocó que años más tarde se instalara el Departamento de Pediatría o «Enfermería».

Para la apertura del centro se procedió a una selección del personal entre las Hermanas de la Caridad que prestaban su servicio en la Institución[1351], pese a que se barajó la posibilidad de que otra orden religiosa tomaras las riendas del Centro[1352]. El resto del edificio que quedaba por construir para su conclusión, es decir, la iglesia, el pabellón de costado sur y el de poniente destinado a los varones, no se acometió hasta febrero de 1940. Así como había ocurrido en el antiguo establecimiento del Hospicio de San Carlos, el nuevo Centro contaba en la fachada principal del edificio destinado a alojar a los niños de un «torno», mecanismo que permitía el «depósito anónimo» de neonatos que por circunstancias varias no podían ser cuidados por sus progenitores. La condición de acogido en la Casa-Cuna, se lograba con la posesión de tres características como eran «la orfandad, la pobreza y el abandono de sus padres», normas establecidas a las que se unían las implantadas para regular la estancia de los niños en el Centro: *En todo momento, los padre o encargados legítimos pueden, mediante una comparecencia, reclamar y llevarse a sus hijos o tutelados, pudiendo permanecer en el Establecimiento, hasta finalizar su educación y formación total las hembras; los varones pasan a los 9 años a las Escuelas Profesionales Salesianas, donde, becados por el Excmo. Cabildo*

[1350] PISACA BURGADA, A.; ACUÑA DORTA, B. *Jardín Infantil de la Sagrada Familia. Memorias y Antecedentes 1956-60*. Santa Cruz de Tenerife: Litografía A. Romero, 1960, p. 1.
[1351] AA. VV. (2001). *Opus cit,* p. 33. Fueron tres las hermanas que acompañaron a los infantes: Sor Francisca Calixto, Sor Juana Belzunegui y Sor Jerónima Enríquez.
[1352] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7087; expediente nº 256.
Entre las órdenes religiosas que pensó para la gestión del Jardín de Infancia de la Sagrada Familia, estuvo la Institución Salesiana entre otras. Se solicitó el consejo del Iltmo. Señor Obispo de la Diócesis de San Cristóbal de La Laguna, Fray Albino González y Menéndez - Reigada .

Insular, son preparados en oficios adecuados para hacer frente a la vida en un próximo mañana…[1353]

En junio de 1937, Diego Matías Guigou, Director Médico del Hospital de Niños, ponía en conocimiento de la Corporación insular, que ante la imposibilidad de aislamiento de los niños sanos de los enfermos, se estaban originando numerosos ingresos en el centro que dirigía, solicitando la correspondiente remuneración por tales servicios. Junto a esta solicitud, propone una serie de directrices para las actividades realizadas en la Casa Cuna: *a), que los servicios de la Casa-Cuna se dividan en dos secciones: una de niños sanos, a cargo del Médico D- Isidoro Hernández González y otro de niños enfermos, a mi cargo, como Médico, igualmente, de la Casa-Cuna desde el año 1926; b), que todo niño que ingrese en la Casa-Cuna sea puesto en cuarentena, en sala especial, y que, en el caso de que padezca alguna enfermedad se le traslade, automáticamente, al Hospital de Niños (Fundación del Dr. Diego Guigou) para su asistencia; c) que todo niño que enferme en la Casa-Cuna sea trasladado, igualmente, a este Hospital, considerándose como enfermedad, toda afección, tanto médica como quirúrgica, que no sea un simple descenso en la curva ponderal, caso este no necesitado de hospitalización ni de seguimiento, pues podrá resolverse, fácilmente, con la corrección dietética adecuada; d) que el Excmo. Cabildo le asigne al Hospital de Niños (Fundación del Dr. Diego Guigou) la subvención mensual de quinientas pesetas (500'- ptas.), a más de la cantidad con que se hasta ahora ha contribuido al sostenimiento de aquél; e) como es natural, por mi parte, seguiré prestando en la Casa-Cuna mis servicios como hasta ahora, en lo que respecta a visitas a la misma, etc. Creo que, de esta forma, ambos Establecimientos benéfico ganarán en efectividad, pues cuanto mayor unión exista entre ellos y entre todos los dedicados a funciones similares, mejora la obra que realiza cada uno de ellos en particular.* En agosto, se dio orden desde la Corporación para que se realizaran las recomendaciones propuestas, dejando pendiente el tema referido a la organización y dotación de servicios médico-quirúrgicos y de aislamiento, para ser retomado con posterioridad tras la conclusión de las obras que en ese momento se efectuaban.[1354]

[1353] PISACA BURGADA, A.; ACUÑA DORTA, B. (1960). *Opus cit,* p. 5.
[1354] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; expediente nº 116.

207. Anónimo: Vista de la Enfermería del Jardín de Infancia (1941).

La necesidad de ampliar el edificio del Hospital Civil, como ya se ha comentado con anterioridad, llevó a la reubicación de los niños mayores de 7 años asilados en la Casa de Huérfanos que se encontraba en estas dependencias. Se planteó, en febrero de 1941, la construcción de un nuevo edificio en el «Jardín Infantil», para lo que la Corporación insular efectuó un anticipo de 200.000 pesetas con el objetivo de sufragar las obras.[1355]

Próximos al final de la primera mitad del siglo XX, en 1945, la antiguamente conocida como Cuna de Expósitos que vio la luz en 1859, contaba con 50 cunas para lactantes, 120 camas para niños menores de 5 años, 6 boxes para lactantes y 3 para niños menores de 5 años distribuidos entre sus dos pabellones[1356]. En 1946 el Jardín Infantil presentaba los siguientes departamentos: el Departamento de niños hasta 6 años, el Departamento dedicado a albergar niños entre 6 y 14 años, el Departamento dedicado a albergar niñas entre 6 y 14 años y el Departamento para las 13 hijas de la

[1355] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7048; expediente nº 56.
[1356] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7066; Oficio y minutas que no figuran en expedientes.

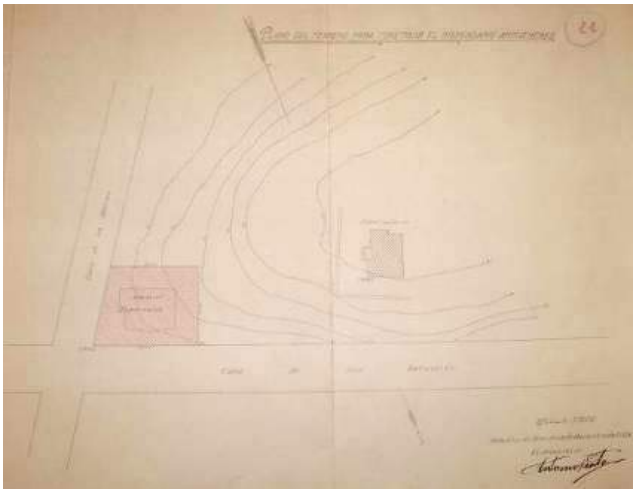
Caridad[1357]. Durante la gestión llevada a cabo por Bernardo Acuña Dorta, que comprendió entre 1945 y 1970, se efectuarán diferentes modificaciones en la estructura y organización del Centro que mejorarán considerablemente su funcionamiento. Una de ellas, fue la distribución que estableció a la hora articular los departamentos, situación que había sido ya establecida años atrás por los médicos Isidoro Hernández González y Diego Matías Guigou y Costa, el primero designado por la Junta General de Sanidad, y el segundo como director del Hospital de Niños de Santa Cruz. Se establecieron cinco departamentos: recién nacidos, lactantes, primera y segunda infancia, tercera infancia de niñas y jóvenes adultas y tercera infancia de niños y jóvenes adultos (en ambas la edad límite eran los 18 años). Para estos últimos, el Jardín Infantil disponía de la posibilidad de alojar hasta 500 niños con todas las infraestructuras necesarias: dormitorios, comedor-cocina, terrazas, estufa de desinfección, lavadero-secadero y aulas destinadas a la docencia que se impartía en el propio Centro, de la que se encargaban las Hermanas de la Caridad preparadas para tal fin. [1358]

[1357] Departamento de niños hasta 6 años (dormitorio para niños lactantes con capacidad para 85 camas y servicios sanitarios adyacentes; un dormitorio para niños de destete con 100 camas y un solarium orienta al Naciente destinado a las sesiones de helioterapia; comedor y terraza para 130 almas; enfermería, sala mortuoria con servicio de desinfección; despacho médico; ropero, sala para planchado y cuarto de costura; cocina, cámara frigorífica y sala dietética; dos amplias terrazas y patio de recreo). Departamento dedicado a albergar niños entre 6 y 14 años (cuatro dormitorios de 25 camas cada uno; cuarto ropero y cuarto de costura; escuela graduada y un taller de zapatería; comedor grande con galería cubierta; dos campos de recreo y campo de fútbol; servicios sanitarios necesarios). Departamento dedicado a albergar niñas entre 6 y 14 años (dos dormitorios con 100 camas cada uno; sala escuela con jardín exterior y patio de recreo exterior; comedor para 200 niñas con galería cubierta; sala de costura, ropero y planchado; servicios sanitarios). Departamento para las 13 hijas de la Caridad (dormitorio, oratorio, enfermería y comedor; ropero y lavadero). Queda pendiente la construcción de la iglesia en proyecto.

[1358] La enseñanza impartida comprendían desde la Primaria hasta el Bachillerato, aunque progresivamente, años más tarde se fueron incorporando disciplinas y oficios destinadas a los jóvenes. Entre los oficios se encontraban la artesanía, los trabajos de telares y máquinas de punto, incrustaciones, marquetería y repujados, entre otros, mientras que cuatro eran las disciplinas que se impartían y a las que podían acceder los internos, como Practicante, Puericultura, Taquimecanografía, e incluso Magisterio[1358]. A todas estas actividades se unían otras que procuraban el ocio, como visitas a la playa y el monte, así como todas aquellas que fomentaban el nivel cultural de los niños como la pintura, la música y la gimnasia.

4.2.4.6. DISPENSARIO ANTIVENEREO. SIFILICOMIO. INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDAD.

El gobierno republicano, que trajo numerosas modificaciones y reformas al ámbito de la sanidad de la isla y de la provincia, incorporó, a partir del 1 de julio de 1935, el Instituto de Higiene y su personal a las competencias de la Mancomunidad Sanitaria provincial, situación que no se hizo efectiva hasta el 25 de mayo de 1936[1359]. En noviembre del año siguiente, la Junta Provincial de Sanidad se planteó la creación de dispensarios rurales que apoyaran la labor que prestaba el de la capital, encargándole un doble uso: la atención y tratamiento ambulatorio tanto de tuberculosos como de leprosos. Poco a poco, la aparición de nuevas pruebas diagnósticas fue obligando a los médicos a depender de ellas para la emisión de juicios. Esta nueva tecnología se fue incorporando progresivamente a los establecimientos de beneficencia, disminuyendo así el vínculo que desde su creación se había establecido con el Instituto de Higiene. A partir de abril de 1940 sus actividades, se limitaron a cuestiones de carácter sanitario, solo aceptándose, en casos excepcionales a juicio del Director del Centro, todas aquellas actividades que anteriormente estaban dentro de su cartera de servicios, estrechamente relacionadas con sus competencias sobre actividades agropecuarias.[1360]



208. Ubicación del futuro Dispensario Antivenéreo público, 1930 (Fuente: ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 256).

La altísima prevalencia de enfermedades venéreas en la población de Canarias fue una preocupación constante de los gobernantes nacionales e internacionales. Un claro ejemplo

[1359] Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934 y atendiendo al Decreto de 14 de junio de 1935, publicado en Gaceta el 19 del corriente. El personal que la conformaba era: 1 Director, 3 Médicos (1 al servicio de tracoma), 2 Químicos, 1 veterinario, 1 Gestor administrativo, 1 Conserje, 1 Chófer, 1 Mozo y 1 Auxiliar Administrativo.
[1360] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7044; Papeles sueltos.

de esta inquietud, fueron los acuerdos adoptados en la Oficina Internacional de Higiene de París, que recomendaban la instalación de un dispensario venéreo-sifilítico en todos los puertos para el tratamiento de los marineros mercantes ambulatorios afectados por ellas. España, en relación con este acuerdo, se comprometía a: *proporcionar asistencia y curas gratuitas a los marineros mercantes con tratamientos ambulatorios en los dispensarios, consultorios y Hospitales de los puertos donde tengan montados los servicios sanitarios y médicos; y a suministrar la asistencia hospitalaria posible, donde haya hospitales adecuados todo el tiempo necesario, pero corriendo los gastos a cargo de los cónsules de las naciones respectivas, o de las Compañías navieras a que pertenezcan los marinos la cantidad indeterminada de enfermos, la importancia consiguiente de estas asistencias, y las proporciones muy desiguales en que necesariamente han de prestarse los servicios, aconsejan dicho equitativo acuerdo.*[1361]

Estas estipulaciones legales llevaron a que el Inspector General de Sanidad, Román Durán, planteara la necesidad de establecer un dispositivo asistencial de este tipo en cada uno de los puertos principales de la Islas: Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria. La situación, a la que no se le puso mucho asunto, fue retomado casi un lustro después, cuando el 20 de julio de 1925, el Presidente de la Junta Provincial de Sanidad, en un tono algo molesto, solicitó información a los cabildos y ayuntamientos sobre la existencia de un recurso de estas características, y ordenando, en su defecto, la creación de ellos[1362]. En junio de 1929, la Comisión Permanente de la Junta Provincial de Sanidad, junto al Cabildo Insular de Tenerife y al Ayuntamiento de la capital, buscaron aunar el esfuerzo para la construcción y gestión del Dispensario antivenéreo[1363] y Laboratorio del Instituto de Higiene estipulando los siguientes puntos:

[1361] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6962; expediente nº 162.
Igualmente, existía una R.O. de 11 de abril de 1921, que obligaba a asumir la gestión de estos establecimientos a los Cabildos Insulares.

[1362] *Ibidem,* p. 2 y 4.
Se le consigna un presupuesto anual de 15.000 pesetas para sus sostenimiento, al que hacen frente a partes iguales desde las Corporaciones municipal, insular e interinsular. A ello se unía la contribución que cada uno de los ayuntamientos de la Isla aportaban: el 1 % de los presupuestos, atendiendo al reparto efectuado por el Cabildo Insular de Tenerife.

[1363] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018; Papeles sueltos.
El aumento de la prevalencia de enfermedades venéreas y en concreto de la sífilis iba a desbordar la atención hospitalizada de estos pacientes en el Establecimiento de Beneficencia de la Capital, lo que hizo que surgiera la idea de creación de un Sifilocomio.

el coste del edificio será, aproximadamente, de 180.000 pesetas, de las que la Junta provincial de Sanidad aportará 50.000, el Ayuntamiento de la capital 30.000 (pagaderas en presupuestos de 1929 y 1930) y el Cabildo Insular 100.000 pesetas (en tres anualidades); la Junta provincial quedará con pleno uso del sótano y primera planta, siendo el resto dominio del Instituto de Higiene; teniendo en cuenta una futura ampliación de los servicios del Instituto de Higiene, abre la posibilidad a que la Corporación insular adquiera el resto del edificio para lo que deberá hacer entrega a la Junta de un edificio en el casco de la capital para el Dispensario antivenéreo (el valor será la cantidad aportada por este Organismo y por el de la Corporación Municipal, más la cuarta parte adicional del precio del solar).[1364]

La Comisión Permanente de la Corporación Insular, en agosto de 1929, acuerda tramitar la instalación de un consultorio público gratuito de enfermedades venéreas, denominándolo **Dispensario de Profilaxis Antivenéreo**, organizándolo a base se los establecimientos de Beneficencia de Santa Cruz de Tenerife, de los servicios obligatorios que determinaba el artículo 128, en su caso B del Estatuto Provincial[1365]. Se creó, con carácter provisional, un consultorio público gratuito de enfermedades antivenéreas en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados al que se colocó al frente como médico con carácter interino a Gumersindo Robayna Galván y como practicante honorario a José Ballesteros Gómez, decidiéndose la construcción de un edificio de nueva planta para tales fines[1366]. Los gastos producidos por el dispensario provisional fueron asumidos por: instalación y material, por la Corporación insular; y los del personal técnico, es decir, médico y practicante, por la Junta Provincial de Sanidad. Además se establece que en el Dispensario, *deberán ser tratadas las meretrices y pupilas de las casa de lenocinios toleradas y todas las que disponga el Sr. Inspector provincial de anidad, Jefe de los Servicios.* Se marcan como objetivos dentro de su Reglamento: *atender al diagnóstico y tratamiento de enfermedades venéreo-sifilíticas en todas las*

[1364] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6975; expediente nº 155.
[1365] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6962; expediente nº 194.
[1366] El Dispensario provisional da inicio a sus servicios el 2 de enero de 1930. Será ubicado en la planta baja del primer pabellón del Hospital Civil, por tratarse de una instalación provisional, ya que en la distribución acordada por la Corporación Insular esta zona estaba destinada a Distinguidos, situación que se convertiría en realidad, una vez se instalara la farmacia en un lugar pendiente de concretar.

personas de cualquier sexo y condición que lo soliciten, favoreciendo de este modo la extinción de dichas enfermedades; difundir en todo lo posible los fines señalados en el artículo anterior, queda establecido que cuantos servicios se presten serán absolutamente gratuitos; Igualmente serán gratuitos los medicamentos que se utilicen en la curación de los enfermos, a excepción de los casos en que sea notorio que la posición social de aquellos les permite adquirirlos sin sacrificio, y en los cuales podrá disponer de Médico de la consulta que el enfermo se provea de las medicinas que en su curación se haya de emplear; la excepción señalada en el artículo anterior no podrá hacerse extensiva a las prostitutas sino en el caso que hubiera indicación y aceptaran voluntariamente el ser tratadas por los medicamentos especiales no incluidos en el petitorio oficial del consultorio; tiene el Consultorio el objetivo de atender la vigilancia sanitaria de la prostitución, con arreglo a las disposiciones vigentes, con sujeción a la norma de este Reglamento y de acuerdo con el Inspector provincial de Sanidad; es función propia del Consultorio y de su Médico la difusión entre las gentes que al mismo acudan, del concepto claro del peligro venéreo, y la educación social de las mismas respecto a la necesidad de tratar estas enfermedades y la manera de evitarlas.[1367]

209. Francisco J. Castro: Fachada y lateral del Instituto Provincial de Sanidad (2012).

[1367] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 6968; expediente nº 194.
Se insta Cabildo Insular a evitar la duplicidad de estos servicios benéfico-sanitarios, manifestando lo ventajoso de una adecuada coordinación.

El 1 de diciembre de 1930, la Subsecretaría del Consejo de Ministros, pone en conocimiento de la Corporación Insular la Real Orden que le facultaba para *establecer en los terrenos no ocupados por el Observatorio Meteorológico de esta Capital, que oportunamente cedió en uso al Estado, el Dispensario antivenéreo que proyecta construir la Comisión Provincial de Sanidad*[1368]*,* destinando una parcela de 693'25 metros cuadrados comprados el 24 de septiembre de 1924 a Nazario González[1369] y ubicado en la esquina formada por las calles San Sebastián y de los Molinos[1370]. El lugar no fue seleccionado al azar, sino que vino mediatizado por la cercanía a los prostíbulos que en esa zona abundaban. Pasados dos meses, la Inspección Provincial de Sanidad se interesa por el libramiento de 5.000 pesetas procedentes de los presupuestos, según acuerdo de 27 de septiembre de 1930, para el sostenimiento del Dispensario, siendo esta cantidad entregada una vez estuviera ubicado en su futuro destino[1371]. Las obras son adjudicadas a la Compañía Constructora Americana S.A., teniendo como representante a Manuel García Guanche, el cual, a mitad de junio de 1931, solicitó la ocupación de los terrenos colindantes, construyendo una caseta de madera destinada a almacenar las herramientas, así como para el acúmulo de los materiales[1372]. Los trabajos de construcción se realizaron de manera lenta e inconstante por la carencia de recursos precisos e interés para su finalización y puesta en marcha.

Nuevamente, a instancias de la Jefatura Provincial de Sanidad en marzo de 1938, se retoma la posibilidad de construir en la Capital un ***Sifilicomio***. En ese momento se proyecta un sistema de atención a los sifilíticos organizado que atendía a las siguientes

[1368] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 10; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 129-130.
[1369] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7044; Papeles sueltos.
[1370] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 256. El edificio en proyecto para el Dispensario Antivenéreo no molestaría las actividades del Observatorio Meteorológico, ya que se instaló bastante separado y a unos 7 metros por debajo de éste, sin contar la altura de la torre del Observatorio de unos 10 metros de altura que ocupaba un solar de 756,90 metros cuadrados.
[1371] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 10; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 204. El Dispensario de Profilaxis Antivenérea, hasta su nueva ubicación en la Calle San Sebastián, estaba ubicado en la planta baja del primer Pabellón del Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados. Destaca que se seleccionara esta calle, lugar frecuentado por prostitutas y en el que existían numerosas *casas de tapadas*, como se conocía vulgarmente a los prostíbulos en la ciudad.
[1372] ACIT- Libro de Actas de Sesiones nº 11; Beneficencia y Sanidad; *opus cit.*, p. 316. El jefe del Observatorio Aerológico, envió un oficio a la Corporación insular en el que informaba que *tal ocupación no perjudica en nada los intereses del expresado Centro*.

pautas: *la sala de prostitución del Hospital Civil (lesiones agudas e infectantes) sería suprimida; El Excmo. Cabildo contribuiría proporcionando 8 camas, su dotación y el menaje correspondiente a la instalación del Sifilocomio que tendría de 16 a 20 camas; Contribuiría al sostenimiento de dichas 8 camas abonando el importe correspondiente al coste medio de estancia en el Hospital Civil; El Sifilicomio se instalaría en los locales que el Estado posee en la calle San Sebastián y sería atendido por el personal del Dispensario Antivenéreo*. Con esto se obtendrían las siguientes ventajas: *posibilidad de Vigilancia directa de las enfermas prostitutas por los médicos de Servicio Oficial Antivenéreo; mejora de la instalación de los enfermos; ahorro para el Excmo. Cabildo; y la posibilidad de dedicar a otros usos la sala de venéreos del Hospital*[1373]. El proyecto, pese a que durante el gobierno republicano se le procuró el empuje que hubiera concluido con su puesta en marcha, durante el periodo franquista perdió fuerza, caracterizándose por una falta de atención desde las autoridades que «moralmente estaban mediatizadas», a lo que se le unió la insuficiencia de recursos materiales que permitieran la construcción del dispositivo asistencial.

La Orden Ministerial de 25 de noviembre de 1940 en su norma 16, disponía que las cantidades sobrantes de los presupuestos de los institutos provinciales de Sanidad se destinaran a atenciones extraordinarias las cuales deberían ser llevadas a un presupuesto extraordinario, sometido éste a estudio y a aprobación por la Dirección General de Sanidad. En cumplimiento de dicha Orden y teniendo en cuenta que en ese momento existía un interés por parte de las autoridades por unificar todos los servicios de los institutos, la Dirección General de Sanidad creyó oportuno dotar de locales al Dispensario Antituberculoso, ubicado desde su creación en la planta baja del edificio de la Cruz Roja en la calle San Lucas, y el servicio de Higiene Infantil, construyendo pabellones para dirección y personal de subalternos, y ordenando la confección de los oportunos proyectos de obras para su ejecución. Éstos debían ser sufragados con el superávit de la liquidación de presupuestos del Instituto Provincial de Sanidad en 1940 que ascendía a la cantidad de 297.868,91 pesetas.[1374]

[1373] ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 207.
[1374] AHPSCT- Negociado de Mancomunidad Sanitaria- caja nº 1248; Papeles sueltos.

210. Francisco J. Castro: Detalle de la fachada del Instituto Provincial de Sanidad (2012).

De esta manera, en noviembre de 1941 la Corporación interinsular convocó concurso para la ejecución de las obras concernientes a la construcción de los pabellones que pretendían completar el servicio del Instituto Provincial de Sanidad, proyecto y presupuesto del arquitecto José Blasco Robles de fecha de primero de febrero del corriente, ubicados en los solares de la Avenida de San Sebastián de la capital, a donde daba su fachada principal[1375]. La realización de este proyecto fue adjudicada a Pedro Elejabeitia Contratas S.A., encargándosele primeramente la construcción del Pabellón de Higiene Infantil y vivienda de la dirección y subalternos cuyo presupuesto ascendía a 289.109,30 pesetas. Para el proyecto se planteó, ante la existencia de suficiente espacio, la construcción de pabellones aislados, lo que proporcionaba *independencia al funcionamiento de cada uno de los servicios, situación que influía psicológicamente sobre el público y facilitando la ampliación de las instalaciones a medida que iban siendo precisas*. La conexión de todos estos servicios con el Instituto era adecuada y la orientación de las dependencias favorable. En lo referente al pabellón de Higiene Infantil, presentaba una distribución adecuada, con instalaciones sanitarias suficientes, a lo que se unía una *capacidad, ventilación e iluminación de sus salas en armonía con el clima* de la zona.

En la memoria del proyecto, el arquitecto José Blasco hacía hincapié en el aspecto de la presentación, buscando la sensación de acogedor[1376]. El usuario al entrar, lo

[1375] La fachada está orientada hacia el naciente, ubicándose los nuevos edificios en el espacio libre dejado por los ya existentes.
[1376] *Ibidem*.
Entendemos que este, como todos los servicios auténticamente sanitarios deben estar muy cuidados en su aspecto de presentación. El lugar dedicado a espera de las madres y los niños debe ser acogedor y prácticamente prolongación del jardín con césped y pérgola que lo decoran y cerrado con seto alto que lo aísle del resto de la institución sanitaria.

primero que se encontraba era una sala de espera cómoda con un habitáculo tipo *box* con vidriera que era vigilado desde la *sala fichero-pesaje* que permitía aislar a aquellos niños que se sospechaba de enfermedad contagiosa. La consulta se encontraba anexa, comunicada directamente con la sala fichero-pesaje, dividida por un arco en dos áreas, una para consulta y la otra para despacho-biblioteca. Contigua a esta dependencia, estaba la sala de inyecciones, destinada a administración de vacunas y medicación parenteral, baños, retretes y la caja de escalera que daba acceso al semisótano o a la planta superior, ubicada en esta última los servicios auxiliares de la sección, «gota de leche» y «leche modificada».

El pabellón del Dispensario Antituberculoso reunía las condiciones necesarias para un centro de esta clase, pese a su incapacidad para dar asistencia pública, sus salas tenían dimensiones suficientes para desarrollar adecuadamente su labor. El acceso a este pabellón estaba controlado desde el mostrador-puerta del Fichero, lugar que conectaba directamente y controlaba el hall de entrada. Los elementos fundamentales se agrupan alrededor de la sala de rayos X, tales como dos consultas, la sala de reconocimiento y la sala de operaciones, lugar donde se le practicaba a los enfermos neumotórax y fenicotomías, pudiendo ir de un sitio a otro sin pasar por la sala de espera. En lo que respecta a las viviendas destinadas al director, se diseñó un *pabellón u hotel aislado*, respondiendo a las necesidades de un funcionario de estas categoría; y las viviendas de subalternos, pequeño pabellón de dos plantas que se adaptaba, por su distribución, a las necesidades de una familia modesta, presentando una orientación este-sur, lo que proporcionaba abrigo de los vientos de norte, favoreciendo las condiciones sanitarias de las dependencias.[1377]

Para la edificación de los pabellones, se emplearon materiales corrientes: cimentación de mampostería, paredes de bloque de hormigón y techos y demás elementos estructurales de hormigón armado. Para la pavimentación se utilizó mosaico hidráulico con zocalillo, enlucidos de yeso pintado al óleo con una mano de esmalte hasta una altura de dos metros y el resto con pintura al temple en tono claro, lo que

[1377] *Ibidem*. Ante la inestabilidad de los precios de los materiales la Junta acuerda se saque dicha obra a concurso libre con el carácter de urgencia y que se anuncie en el Boletín Oficial de Estado (Año VI, Número 191, 19 de octubre de 1941) y en el de la Provincia (Número 124, 15 de octubre de 1941), manteniendo las condiciones de los pliegos.

favorecía la desinfección de las dependencias asistenciales. El cerramiento de la cubierta se pavimentó con loseta roja para azotea sobre una capa gruesa de gravilla de pómez como aislante térmico. Por último, para la terminación exterior, se enfoscaron los muros con enlucido de mortero de cemento, con moldura simple y estriada a modo decorativo, a lo que se unieron elementos de piedra del país y acabado con pintura al temple general en tonos claros; la carpintería de madera en puertas y ventanas, pintada al aceite y esmalte.[1378]

[1378] *Ibidem*.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.

El presente documento tiene el objetivo de realizar un recorrido histórico centrado en su mayoría en el siglo XIX y la primera mitad del XX, donde se ha procurado acercar a la historia de diferentes instituciones asistenciales de la isla de Tenerife, desde la óptica del «binomio asistencia-arquitectura» en un periodo que comprende desde que el territorio insular sufre una «metamorfosis» con la occidentalización hasta 1950, momento en el que España comienza a dejar atrás una posguerra en un panorama mundial arduamente difícil. La constante duda sobre cuál fue la asistencia sanitaria que se prestó a la población canaria, así como que tipologías arquitectónica se emplearon para poder hacerla efectiva, han sido el alma de este trabajo de investigación. Paulatinamente se le han ido dando respuesta, pero a su vez han ido surgiendo otras que se formularon como resultado del acercamiento a la documentación existente. La práctica de la asistencia y Beneficencia que se ha investigado, giró en torno al ejercicio caritativo en la isla de Tenerife, centrándose básicamente en tres ciudades: Santa Cruz de Tenerife, San Cristóbal de La Laguna y La Orotava, núcleos de relevancia socioeconómicos donde se establecen los tres hospitales de mayor envergadura de la Isla, y que han perdurado, transformándose y adaptándose, para sobrevivir hasta nuestros días. Junto a ellos, se ha abordado además, otros tantos dispositivos de marcado interés para comprender la evolución de los modelos arquitectónicos sanitarios existen en Canarias, así como analizar todos aquellos de nueva adquisición que llegaron en la primera mitad del siglo XX.

No podemos ser asépticos y abstraernos del contexto histórico el ejercicio de la labor asistencial del periodo estudiado, así como de los lenguajes arquitectónicos que se emplearon para dar soluciones a los diferentes edificios que se construyen, ya que la fundación, dotación, funcionamiento o desaparición, como en algunos casos, de los centros asistenciales, estuvo mediatizada por los condicionantes políticos, sociales y económicos de la época, marcando pautas fundamentales para el entendimiento de los hechos acaecidos. La red asistencial de la provincia de Canarias, y en concreto de la isla de Tenerife, durante el periodo anteriormente comentado, soporta un peso decisivo la herencia medieval, al igual que sucede en el resto de territorio español. En las Islas, una vez concluida la Conquista, se precisó de dotación asistencial para la población ya existente, así como para la que, poco a poco, fue asentándose en los nuevos territorios, originándose los tres primeros establecimientos asistenciales de mayor relevancia que

se ubicarán en los núcleos cívicos de considerable concentración poblacional: San Cristóbal de La Laguna con el Real Hospital Nuestra Señora de los Dolores y San Martín junto al Hospital de San Sebastián, y en La Orotava, con el Hospital de la Santísima Trinidad, todos ellos fundados en el siglo XVI; posterior, en el siglo XVIII, se procederá a la fundación del de Nuestra Señora de los Desamparados en Santa Cruz de Tenerife. Este importante impulso de Medievo, viene a ser confirmada con una etapa alto-moderna, que da un verdadero impulso a la red asistencial. Pero, de la misma forma que los períodos de esplendor producen grandes fundaciones hospitalarias, también el período siguiente, en el que, durante la crisis del XVII, se genera un aparato asistencial importante, aunque distinto en su morfología y destino, y que en Canarias debemos valorar atendiendo a las diferentes etapas económicas que se han desarrollado a lo largo de su historia. Es en este momento, cuando Tenerife se puebla con innumerables pequeñas fundaciones, obras pías, cofradías y otros instrumentos, que procuran la autodefensa de la propia familia y el patrimonio, por parte de los grupos de la sociedad amenazados por la crisis. En este contexto, es donde se da inicio a la reforma ilustrada, profundamente crítica con toda esta vieja proliferación de minúsculas fundaciones, en las que está presente una visión limosnera, con un marcado carácter de protagonismo por parte de los privilegiados del Antiguo Régimen, la Iglesia y la nobleza.

La crisis general del Antiguo Régimen se centra, fundamentalmente, en los años comprendidos entre 1808 y 1833, donde el Estado, abrumado por las dificultades de una depauperada Hacienda pública, incumple las promesas efectuadas a las instituciones benéficas, como se constata en el progresivo aumento de las partidas que nunca llegaron a abonarse. Es en estos años, cuando se produce un amago de secularización de la asistencia social, en manos eclesiásticas desde muchos siglos atrás, articulado a partir de la Constitución de 1812 y de la Ley de Beneficencia de 1822, que establecía la institucionalización estatal de las funciones asistenciales. Este camino irreversible, se vio truncado por el retorno del absolutismo, restaurándose nuevamente durante el Trienio, tras el fallecimiento de Fernando VII, lo que facilitó la regulación de la Beneficencia como un sector público bajo la administración del Estado. En este periodo político, se propuso una cuestión asistencial desde bases nuevas, que se materializó con la Ley de Beneficencia promulgada el 6 de febrero de 1822, que abordó, por primera vez en la Historia, de forma muy general, la organización pública de las actividades de carácter benéfico y asistencial. Aunque debido a los convulsos acontecimientos políticos

de la época, esta ley no llegó a aplicarse de forma efectiva y quedó abolida al año siguiente. La ineficacia de las medidas adoptadas por el gobierno absolutista, llevó a restablecer, por R.D. de 8 de septiembre de 1836, la ley anteriormente promulgada en 1822. Las vicisitudes políticas del período, unidas a la carencia de medios, limitó considerablemente el alcance de esas medidas. Concluyendo la década de los cuarenta del siglo XIX, resultó decisivo para la estructuración legal de la asistencia sanitaria, la creación de la Ley General de Beneficencia de 1849, que logró estar vigente durante muchos años. Complementada con un minucioso reglamento aprobado el 14 de mayo de 1852, constituyeron, ambas disposiciones, el fundamento sobre el que se asentaría toda la reorganización de la Beneficencia de España en el siglo XIX. Con ella, se pretendía dar una continuidad a la participación de la Iglesia en la tarea asistencial, además de reconocer, implícitamente, el derecho de todo ciudadano necesitado de ella a acogerse a la administración asistencial por su mera condición de tal. Estipuló una distribución de los recursos asistenciales, graduándolos a tenor de su condición general, provincial y municipal, determinada por la asistencia prestada, así como por los para su financiación y sostenimiento; además, se contempla una continuación de la estructura de Juntas en los tres niveles para llevar a cabo su aplicación.

Durante la primera mitad del siglo XIX, la Iglesia sufre un duro golpe del que le costará recuperarse, al suprimir el Gobierno todos los monasterios, conventos, colegios, congregaciones y demás casas de comunidad o de instituto religioso de varones, incluidas las de clérigos regulares y órdenes militares. Ingeniosamente, liberó de esta situación a una serie de instituciones religiosas como fueron los colegios de Misioneros para las provincias de Asia, las casas de Escolapios (establecimientos de instrucción pública y establecimientos civiles de hospitalidad dependientes del gobierno), los conventos de Hospitalarios, las casas de las Hermanas de la Caridad y las de Beatas, consideradas necesarias y de interés por parte de los organismos estatales. Todos los bienes raíces, rentas, derechos y acciones de todas las casas de comunidad de ambos sexos se aplicaron a la Caja de Amortización, para la extinción de la deuda Pública.

La necesidad de legitimación de la monarquía isabelina frente a las pretensiones carlistas y el temor al contagio revolucionario que había conmocionado a las cortes europeas en 1848, propició cierto acercamiento entre los liberales y la jerarquía católica, que dio como resultado la firma del Concordato de 1851, acuerdo con lo cual la Iglesia española, pese haber apoyado férreamente al absolutismo, otorgaba su

reconocimiento a cambio de recuperar, en gran medida, los privilegios perdidos, ocupando nuevamente un lugar destacado dentro de la sociedad española. Gracias a este acuerdo, se conservó el instituto de la Hijas de la Caridad, bajo la dirección de los clérigos de San Vicente de Paúl, fomentándose estatalmente a la congregación. La Monarquía, por su parte, veía reconocida la legitimidad del nuevo Estado liberal a cuyo frente se encontraba Isabel II, debilitándose de esta forma el apoyo con que había contado la causa del pretendiente carlista, al tiempo que ajustaba las viejas estructuras económicas y territoriales de la Iglesia del Antiguo Régimen a los nuevos postulados liberales. El Gobierno Provisional volvió a suprimir la compañía de Jesús, extinguiendo todos los monasterios, conventos, colegios, congregaciones y demás casas de religiosos, declarando sus pertenencias como propiedad estatal, respetando a las Hermanas de la Caridad, de San Vicente Paúl, de Santa Isabel, de la Doctrina Cristiana y a aquellas que se dedicaran a la enseñanza y a la Beneficencia. Con la posterior Restauración Borbónica de 1874, se volvió a la situación creada por el Concordato de 1851, derogando los decretos del Gobierno Provisional y restaurando los institutos suprimidos por éste.

En este marco político, se inscriben el reforzamiento de la función asilar, la mediatización del sistema hospitalario, para solventar problemas sanitarios, la rehabilitación de algunas instituciones que permitían asegurar el abastecimiento urbano, y la adaptación de viejas fundaciones de obras pías para crear centros docentes o correccionales. Con la Ley de Sanidad de 1855 y el periodo liberal, se acentuaron la libre asociación de los médicos y farmacéuticos sin restricciones gubernativas. El origen de los Colegios Médicos debe buscarse en el creciente asociacionismo profesional a lo largo del siglo XIX. No es hasta 1904 cuando la Instrucción General de Sanidad estima necesaria la creación de colegios técnicos por parte de todas las profesiones sanitarias reconocidas, pero aún así hasta 1929 no se concede la colegiación oficial y obligatoria de los practicantes, en 1930 a las matronas y en 1944 a las enfermeras. Debe destacarse dos formas de asociación procedentes del Medievo que perduraron con los siglos: las cofradías y los gremios. Las primeras, a partir del siglo XVI, se multiplicaron por todas partes, no sólo por medio de nuevas fundaciones, sino a través del reforzamiento de antiguas hermandades de origen medieval. Todas tenían un carácter laicos, cuyos fines principales eran contribuir al culto divino y ejercer una política asistencial respecto a sus miembros. El siglo XIX fue una época de crisis para ellas, ya que desde Carlos III, a finales del siglo XVIII, hasta la restauración borbónica de Alfonso XII, en 1874,

sobrevivieron las cofradías en general (especialmente las destinadas al culto de la Semana Santa) a una crisis intermitente, pero en ocasiones dura. Los motivos deben buscarse en que este periodo es la época en la que prima la razón y la crítica, restringiéndose el poder y dominio de la Iglesia. El segundo tipo de asociación característica, el gremial, era de carácter económico, aglutinador de los artesanos de un mismo oficio, perdurando hasta fines de la Edad Moderna, momento en el que se abolieron. Algunos autores, han querido ver en ellos la semilla del sindicato moderno.

El nuevo sistema asilar, de considerable reducción, en cuanto a número de establecimientos, permaneció en vigor hasta el siglo XX, pese a arrastrar serios defectos, problemas y limitaciones. Las instituciones públicas fueron incapaces de absorber la demanda existente, lo que indirectamente potenció el desarrollo y operatividad del sector benéfico de índole particular. Esta situación favoreció, nuevamente, el liderazgo de la Iglesia en la acción social a fines del siglo XIX y principios del XX, pero con un sabor más estático y carente de sentido reformador de la red asistencial. Las órdenes religiosas, sobre todo las femeninas, asumieron, caritativamente y sin coste alguno, la asistencia de numerosas obras y establecimientos benéficos, paliando las precarias condiciones económicas en las que se encontraban. Esta situación trunco considerablemente la especialización de la red asistencial, empleando los sistemas de beneficencia precedentes a modo de pacificación social. Esta situación llevó a que la asistencia social prestada en Canarias, en esta última etapa, experimentara más un retroceso hacia la moderna concepción del *beneficio* que un avance hacia el contemporáneo concepto del *bienestar.* Canarias, por su condición geográfica, se vio beneficiada o perjudicada dependiendo de la situación. En lo referente a las instituciones de beneficencia isleñas estudiadas, estas sufrieron un proceso paulatino de adaptación a los cambios desarrollados en el siglo XIX y principios del XX, en los que está impreso un retraso importante en los «tiempos de ejecución», secundario, todo ello, a la larga distancia de la metrópolis, unido a la insularidad. En otros casos, y ya dentro de la década de los veinte del siglo XX, surgieron nuevos establecimientos de Beneficencia, con una marcada separación de las funciones sanitarias ejercidas por los hospitales y las funciones de asistencia social ejercidas por otros centros benéficos, amparados en los nuevos conceptos imperantes en la época.

El cambio en la forma de concebir la enfermedad, unido a los avances científicos en el campo de la medicina y las soluciones aportadas por los reformadores

del siglo XIX, establecen unos modelos y soluciones de corte más racionalizador y estatal. Es en este momento, cuando comienza a concebirse la pobreza y sus consecuencias, como un obstáculo material y no sólo como una realidad espiritual. La caridad, como un instrumento de defensa de la economía y de la sociedad, abandona esquemas en los que se tenía presente como un vehículo de salvación y defensa religioso, considerando represión y trabajo como tratamiento reformador de aquellas prácticas caracterizadas por la plétora caridad particular. En este proceso progresivo, la Caridad da paso a la Beneficencia y, más tarde, acabar transformada en un concepto novedoso en los esquemas establecidos hasta la fecha, la Previsión. Esta evolución presente en el proceso transformador que ha sufrido el concepto de Caridad, no ha sido compartida por algunos autores de corte católico, visualizando esta práctica como una labor solapada con la Beneficencia, pese a los cambios producidos en la sociedad.

El desmantelamiento de las estructuras del Antiguo Régimen que se producen a lo largo del XVIII y XIX, da paso a una nueva organización del Estado conocida por Nuevo Régimen. En estas nuevas estructuras y modalidades políticas, el asalariado perteneciente a la nueva clase proletaria y las relaciones laborales producen una «nueva pobreza», sobre la que se inclinan ahora las intervenciones «benéfico-sociales», mientras, el «antiguo pobreza» es conocido ahora como «miseria», situación degradada de exclusión, que toma papeles secundarios y tiende a diluirse tras las viejas fórmulas de atención social. Estos infelices y desamparados continuaron siendo asistidos en los centros que sobrevivieron a este proceso, a los que se acoplaron otros de nueva creación surgidos en la primera mitad del siglo XX en Tenerife, sustituyéndose los objetivos tradicionales de auxilio y control social de la pobreza, por otras aspiraciones enmarcadas dentro de una asistencia sanitaria ejecutada por profesionales formados e instruidos para la curación y el cuidado. Entre ellos hallamos un listado variopinto que incluye a médicos, cirujanos, practicantes, boticarios y otro personal auxiliar, como los hospitaleros, enfermeros y enfermeras, entre otros, que verán cómo se profesionalizan sus funciones a finales del siglo XIX y principios del XX. La actividad médica durante el siglo XIX, está caracterizada por una actividad muy próxima a las prácticas del siglo XVIII, manteniéndose alejada de los conocimientos y progresos científicos europeos. El cambio surge en la capital francesa, tras inaugurar la segunda mitad del siglo, donde se produce un cambio en la disciplina, emancipándose de los lastres pasados tales como la medicina especulativa, y entablando mirada con una visión científica de la Medicina. Tales son los

avances, que tanto la medicina interna como la patología desarrollan su campo del conocimiento hasta cotas desconocidas previamente. Canarias, fue la excepción del territorio español. La constante afluencia de franceses, ingleses y alemanes, sobre todo estos dos últimos, unos huyendo de la situación política y otros buscando la benevolencia climatológica, favoreció que muchos de estos conocimientos arribaran a las Islas.

Estos logros de la disciplina médica, no solo brotan como resultado de una madurez científica, sino como necesidad para solucionar los graves problemas que el desarrollo industrial traía aparejado. A la carencia de higiene en la vivienda y en las fábricas, secundaria al hacinamiento, se le sumaron las extensas jornadas de trabajo, los exiguos salarios y una alimentación precaria. Esta afluencia de población, entre la que no solo se hallaban individuos fuertes dispuestos a dejar su fuerza física en las fábricas, venía acompañada de enfermos, desamparados y jornaleros no cualificados, lo que provocó un aumento considerable de los marginados sociales. Esta situación no mejoró, y la falta de higiene de las ciudades y de las zonas rurales fue una constante creciente durante todo el siglo XIX e inicios del XX. Todas las directrices sanitarias eran adoptadas desde el Estado, atendiendo a los sucesos que acontecieran, y sin una estrategia clara y definida. La asistencia sanitaria prestada a la población era privada, teniendo los hospitales el encargo de la atención, tratamiento y cuidado de los pobres. Las particularidades del Archipiélago hicieron que fuera la figura del capitán general, unida a la de los jefes políticos locales y municipales, los que tuvieran el encargo de gestionar las competencias en salubridad, a lo que se unía la obligación asistencial dentro de la beneficencia municipal, con capacidad de mandato autónomo en relación a los recursos materiales y humanos de los que se disponían. El principio de fraternidad, como base social, dio lugar a dos modalidades que se caracterizaron por una actividad de orden individual, a la que se le unió otra de carácter público que conllevaba una asistencia a las personas carente de recurso y desvalidas. La ideología liberal que se afinca en el ámbito europeo tras las revueltas francesas de 1789, favoreció que surgieran estos estados de filantropía derivada del lema oficial republicano, *liberté, égalité, fraternité,* en el que este último, la «fraternité», al llevarla al terreno sanitario, se materializa de dos formas claramente definidas: en la humanización de los actos con la atendiendo al desvalido, como fue la Ley de Beneficencia de 1822; y en la contienda bélica con grupos de ayuda y socorro como «Asociación Universal de Socorro a los militares heridos de guerra», la

Cruz Roja Internacional.

Los avances, en materia sanitaria, que durante este momento histórico se producen en España, no se volverán a repetir hasta los inicios del siglo XX, con máximo apogeo durante la II República Española. Los primeros atisbos de cambio en el concepto de salud-enfermedad, aparecen tras los novedosos descubrimientos realizados en el campo de la Medicina, que proporcionaron otra idea diferente de las causas de la enfermedad, originando cambios en la asistencia, el diagnóstico y el tratamiento, que contaminaron todos los aspectos relacionados con la actividad sanitaria, entre ellos, la arquitectura. La curación no fue solamente la herramienta con la que se luchó contra las dolencias y afecciones; a partir de la segunda década del siglo XX se comienza a aplicar una actividad preventiva respaldada por los efectos benéficos de las vacunas, que entre 1924 y 1925, recogen los Estatutos municipales y provinciales. Aunque desde el periodo de la Dictadura de Primo de Rivera, existía una preocupación importante por la tuberculosis pulmonar, que afectaba considerablemente a la población, fue durante la II República Española, cuando se establece una ardua lucha contra esta enfermedad, procurándose dotar de dispensarios y sanatorio-enfermería a cada una de las provincias del territorio nacional. Esta actividad, aunque algunos autores la han querido ver como iniciativa de la Dictadura Franquista, tuvo su germen en el periodo republicano, siendo meros continuadores de los proyectos diseñados.

La preocupación por tener una población formada y sana, fue la misiva que caracterizó las políticas sanitarias republicanas. Desarrollaron importantes actividades de Salud Pública junto a una Atención Primaria que acerco la salud al entorno rústico, con la creación de los consultorios rurales. Figuras como los canarios Juan Negrín, último presidente de la República, o los trabajos realizados por Pedro García Cabrera, como consejero de la Corporación local, fueron trascendentales para la puesta en marcha de proyectos revolucionarios. Tras el alzamiento del 18 de julio y el comienzo del periodo dictatorial, la sanidad volvió a esquemas tradicionales previos, que la colocaban en un segundo plano. Los dispositivos asistenciales nuevos, tendrán que esperar a casi la mitad del siglo XX, para comenzar a ejecutarse intervenciones en este campo, como fue la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1943 o la elaboración del Plan de Instalaciones, con sus 16.000 camas a distribuir entre 67 residencias sanitarias, en 1947.

A comienzos del siglo XIX, España contaba con una población de 11,5 millones

de personas y se caracterizaba por una alta tasa de natalidad, morbilidad y mortandad. La carencia de fuentes censales que certifiquen las causas de muerte, ha provocado que se acuda a los registros parroquiales, fuente muy próxima a la realidad. Pese a ello, no están claros los motivos que propiciaron el fallecimiento, carentes de objetividad y lenguaje científico: afección, mal, irritación, dolor de pecho, tos, pulmonía y ataque al cerebro, entre otros. Las enfermedades infecciosas eran las dolencias más habituales, fatídicas y mortíferas de este siglo, muchas de ellas favorecidas por los conflictos bélicos, que se materializaron en las nefastas epidemias. Su propagación, estaba mediatizado por el escaso nivel de vida de una población, basada en un régimen agrario de subsistencia, a lo que se unía un bajo nivel cultural e higiénico, y escasez de recursos sanitarios. Este día a día, en el que enfermedad y muerte eran dos constantes, propició la denominación de éstas como enfermedades sociales típicas. A todo ello, se le unía una ineficacia por parte de las autoridades públicas, bien por desconocimiento, bien por apatía, que contribuyó a reforzar el carácter discriminador que la diferenciaba. Las epidemias y el hambre fueron la tónica general del primer tercio del siglo XIX, en el que estuvo presente la guerra, que entre 1808 y 1814, ayudada por el hambre segó la vida a más de 500.000 personas. Este conflicto bélico, la Guerra de Independencia, resultó la más letal de todas las guerras españolas contemporáneas. La alta mortalidad era el producto de un tripartito: hambre-guerra-epidemias. La peste, último conato en Mallorca en 1820, dio paso al paludismo, tifus exantemático, fiebre amarilla, cólera, y a pequeños brotes de sarampión, viruela, gripe, escarlatina y difteria, comúnmente conocida ésta como «garrotillo». El problema subyacía en el subdesarrollo económico, el bajo nivel de vida y, un insuficiente y tardío progreso médico-sanitario. La esperanza de vida entre 1860 y 1887 era de 29 años, enormemente inferior a la media Europea.

Canarias, pese a estar rodeada por el océano Atlántico, no se vio exenta de este mal, sufriendo epidemias que en su mayoría entraban por los puertos, procedentes de las metrópolis, tanto peninsulares como americanas. Desde el momento en que los europeos ponen sus pies en territorio canarios, consciente o inconscientemente, iniciaron una «guerra biológica» que aniquiló a la población aborigen, como fue el caso de la modorra. Paulatinamente fueron sufriéndose enfermedades que iban desde la peste de Lantres de 1582, al tabardillo y la viruela durante el XVIII, o la gran epidemia de fiebre amarilla de 1810; un respiro parece establecerse en la primera mitad del siglo XX, donde la gripe española no hizo su entrada hasta 1920, aunque estudios recientes

hablan que tan solo fue un proceso broncopulmonar. Otras enfermedades como la lepra y la tuberculosis surgieron fuertemente, ocasionando un daño importante a la población foránea, pese a que la leyenda adjudica la introducción de la primera a Jean de Béthencourt, normando que dio inicio a la colonización de las Islas; la segunda, fue producto de una industrialización rápida y el hacinamiento, considerándose a Canarias como uno de los climas más idóneos para su curación.

La actividad asistencial prestada a la población desconocía los métodos de propagación de las enfermedades, a lo que se unía una carencia de métodos higiénicos que se materializaba en cosas tan sencillas como el lavado de manos entre consultas. Ni siquiera se distinguía claramente entre unas enfermedades y otras con clínica parecida, presentando conceptos erróneos en cuanto a las causas de la fiebre amarilla y del paludismo, culpabilizando a la climatología, argumentada en una teoría miasmática que concebía a las enfermedades como producto de emanaciones pútridas de las aguas, del aire y de sustancias orgánicas, condicionadas por los cambios del tiempo atmosférico, especialmente por las lluvias y las altas temperaturas. Los métodos terapéuticos básicos empleados consistían en regímenes dietéticos generales, ejercicio físico, reposo, baños y masajes, sangrías, escarificaciones, empleo de ventosas, cauterización, transpiración, eméticos, purgantes, enemas y fumigaciones. Se disponía de multitud de plantas medicinales y remedios minerales, pero sólo un pequeño número tenían un fundamento fisiológico o incluso empírico: la quinina para la malaria, la digital para la insuficiencia cardíaca, la colquicina en la gota y los opiáceos para el dolor. Se utilizaban compuestos arsenicales para el tratamiento de la fiebre intermitente, la parálisis, la epilepsia, edemas, raquitismo, enfermedades cardíacas, cáncer, úlceras, y el antimonio para las infecciones parasitarias.

Estos nueva concepción de la higiene, la salubridad y la sanidad se prolongada hacia la arquitectura, no solo en edificios militares y religiosos, sino también en los civiles, del que la estrella será el hospital. Este concepto había ido evolucionando lenta, pero progresivamente, de una manera que desde sus acepciones medievales como centro destinado a la atención y hospedaje de pobres, enfermos y peregrinos, había alcanzado un significado más cercano al que en la actualidad tenemos. Los primeros hospitales surgieron, como ya se ha comentado, como respuesta a las necesidades sanitarias que iban apareciendo a medida que los castellanos consolidaban su poder y estatus en Tenerife. Los primeros centros hospitalarios se ubicaron en las ciudades más

destacadas: su capital, San Cristóbal de La Laguna y La Orotava; Santa Cruz de Tenerife deberá esperar al siglo XVIII para asumir, la tan disputada capitalidad, hasta el traslado de la Capitanía General de Canarias en 1723 por Lorenzo de Villavicencio; esta situación favoreció que se diera inicio a la construcción de una dotación sanitaria adecuada, que se materializó en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, bajo el protectorado y mecenazgo de los hermanos Logman. En el resto de la Isla se fundaron numerosos asilos que buscaban fines semejantes a los tres hospitales ya enumerados, pero carecían de los recursos oportunos para poder igualar su capacidad asistencial.

A medida que nos acercábamos al cambio de siglo, e influenciado por los avances tecnológicos y científicos, los edificios sanitarios se procuraron adaptar a las nuevas necesidades, entre ellas el aumento demográfico considerable, provocado por la importancia que tuvo el puerto de Santa Cruz en la Isla. A ello se unieron la introducción de nuevas tipologías arquitectónicas novedosas en el panorama insular, que procuraban dejar atrás todos aquellos modelos que hasta la fecha se habían ejecutado y que eran verdaderos deudores, como expone la catedrática Carmen Fraga, de la denominada arquitectura doméstica anterior a 1800. Este tipo de edificio, comúnmente, está compuesto por dos partes bien diferenciadas que se comunican: la iglesia y la zona hospitalaria. La primera, habitualmente, estaba formada por una sola nave y presbiterio, con cerramiento en su cubierta de material lignario, de raigambre mudéjar, presentaba su servicio a los asilados en el hospital, como a los vecinos de los alrededores. En su exterior se podemos encontrar una espadaña y senda portada, ambas en cantería roja o azul, en contraste con el calicostrado que recubre los paramentos externos del edificio y su tejado de teja árabe. En contraposición, la parte destinada a la actividad asistencial, ofrecía, habitualmente una distribución en dos plantas diferenciándose claramente dos zonas: la exterior, carente de decoración, con muros desnudos que solo son alterados por los vanos, cuya distribución en ocasiones es irregular; y la interior, articulado a partir de un patio con soportes de madera o piedra en la planta baja y galerías con ventanales en la parte superior, comunicadas ambas por escalera de acceso a los diferentes departamentos.

A finales del siglo XVIII, la arquitectura neoclásica llegó a Canarias, presentando una fuerte incidencias en el siglo siguiente. Esta novedosa forma arquitectónica tuvo una mayor incidencia en obras de carácter civil, doméstico o militar, influyendo en menor cuantía en la tipología constructiva religiosa, pese a que en este estilo se ejecutó

gran parte de la Catedral de la Diócesis de Canarias, y en su totalidad la recién creada, en 1819, de San Cristóbal de La Laguna. El lenguaje arquitectónico introducido en este periodo, como ya se ha comentado con anterioridad, influyó en la arquitectura civil, efectuando modificaciones en las formas que se venían desarrollando hasta la fecha, para dar soluciones a la tradicional arquitectura doméstica canaria. Gran número de las casas de las familias más pudientes de las Islas, apostaron por esta moda, renovando los caserones de las más destacas ciudades, para incorporar, sobre todo en sus fachadas y patios interiores, una renovación estilística que dejaba atrás los modelos cotidianos y representativos del Archipiélago: los vanos destinados a puertas y ventanas aumentan en superficie, al igual que los antepechos de madera de las ventanas que ayudarán a dar forma a los balcones anexos a ellas, decorándose con pinturas que modificaban la paleta cromática, con el uso de rojos y verdes; los cerramiento de la cubierta presentan un parapeto rectangular, eliminando el alero de teja, al que se le decoraba con un balaustre en algunas ocasiones; interiormente, los corredores, que desde antaño estaban presentes en los patios, se tienden a cerrar con cristales. Los edificios erigidos en este lenguaje presentaban dos finalidades claramente definidas: por un lado, eran emplazados en lugares estratégicos de la urbe o significativos para la población, buscando la ostentación de poder y grandeza; y por otro, estaban asociadas a una innovadora estrategia urbanística, que perseguía dar una imagen diferente de la ciudad orientada a un motor, el «turismo», que comenzaba a consolidarse en las Islas. Se dotó a las poblaciones de amplios espacios bien organizados, para plazas y alamedas, separados por calles y avenidas largas y anchas. Entre los edificios más destacados encontramos: la Capitanía General de Canarias, junto a la Comandancia de Marina, ubicadas ambas en Santa Cruz de Tenerife, y el Gobierno Militar de Las Palmas; entre las edificaciones civiles, están los ayuntamientos de Santa Cruz de Tenerife y La Orotava, así como los Hospitales de Nuestra Señora de los Desamparados y el Militar, ambos en la capital tinerfeña; por último destacar plazas como la del Príncipe y Weyler en Santa Cruz de Tenerife, junto al Teatro Guimerá, o el Teatro Pérez Galdós en Las Palmas.

Durante el último tercio del siglo XIX hasta la década de los veinte del siglo XX, se realiza un tipo de arquitectura cuyo campo se centró en el ámbito civil-doméstico, denominada modernista. Básicamente venía caracterizada por elementos decorativos en los que es una constante los dibujos de ornamentación floral en fachada, que persiguen emular la naturaleza. Además se pueden encontrar otros elementos

arquitectónicos como balcones con extremos en forma de curva, de reducido tamaño en mampostería, cuyos antepechos podía estar realizados forja o dotados de balaustres. Progresivamente, se observa una evolución hacia un estilo arquitectónico puramente funcional, donde los elementos decorativos circulares y curvos de la etapa anterior, van dando paso, poco a poco a un trazado lineal característico de la arquitectura racionalista. Junto a ese trazado lineal, aparece un estilo de formas planas y volúmenes abiertos, que en muchos casos conducen al anarquismo arquitectónico, en las primeras manifestaciones realizadas. A mediados del siglo XX, y tras los cambios políticos ocurridos en España que da paso a un periodo dictatorial, surge una arquitectura ecléctica, simuladora del tradicional balcón canario, caracterizada por el uso de elementos del neoclasicismo y otros estilos previos, a la vez que usa la cantería en sus esquinas y en torno a los huecos de los vanos. Además, como rasgos definitorios está la doble ventana de arco de medio punto, incluso en las esquinas divididas por una columna y parte superior, asimismo, en forma de bóveda.

Ciñéndome ahora, a todas aquellas cuestiones novedosas de este trabajo de investigación, deben reseñarse las siguientes aportaciones al conocimiento de la Historia del Arte:

PRIMERO.- El Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados durante la primera mitad del siglo XX, sufrió una constante *metamorfosis* con la realización de numerosas obras, a la que se la unieron la incorporación de un novedoso aparataje médico que procuraban igualar al establecimiento, en diagnóstico y tratamiento, con las actividades que se estaban realizando en diferentes puntos de la geografía española. El edificio, tras el incendio de 1888 del que tan solo se pudo salvar la espléndida fachada diseñada por Manuel de Oraá, no comienza con sus obras de ampliación, hasta 1919, trabajo para los que el arquitecto Antonio Pintor, propone un modelo decimonónico de crujías paralelas entre sí y perpendiculares al eje rector, articulado a partir de 5 pabellones. Al proyecto, que se respetó hasta su conclusión, tan solo se realizaron ligeras modificaciones que intentaban una adaptación de la fábrica del edificio a las necesidades que iban surgiendo, para procurar, en algunos casos, una mayor salubridad de las dependencias sanitarias. Destaca como la capilla será desplazada al ala oeste, ubicación poco habitual en este tipo de construcciones, destinándose la zona central a otro tipo de actividades.

El hospital, que hasta este momento había supuesto una aglutinación de los servicios sanitarios, poco a poco, va reubicando sus departamentos a medida que los va dotando de recursos, tanto materiales como humanos. Este es el caso de los pacientes psiquiátricos, que abandonan el centro, tras la inauguración del Manicomio Provincial, en el Barrio de Salamanca, la del Sanatorio-enfermería Antituberculoso de Ofra, o la creación de la Casa-Cuna, o Jardín de Infancia de la Sagrada Familia, posteriormente, en la zona de Hoya Fría, entre otros. Estos proyectos, aunque son ejecutados durante el franquismo y el auge del Mando Económico de Canarias, tienen sus orígenes en el periodo republicano, que por su «breve vida política», tan solo logró dejar propuestas empleadas a posteriori, modificando o no su estética, pero conservando sustancialmente su base.

Un hecho que es preciso recoger en este apartado es la propuesta que el consejero insular del Cabildo, Juan Rodríguez López realiza en enero de 1927, con lo que se podría considerar el primer intento de privatización de la Sanidad Pública canaria, ya desde el sistema de Beneficencia. Rodríguez López propone a la Corporación local la división de los nuevos pabellones del Hospital Civil en dos áreas: una destinada a la asistencia pública gratuita y otra a la creación de una clínica, donde los facultativos de toda la Isla puedan realizar intervenciones quirúrgicas a los enfermos pudientes, estableciendo un departamento dotado de salas de operaciones moderno y habitaciones unipersonales, contribuyendo al sostenimiento del asilo en general. La propuesta fue desechada en enero del mismo año.

SEGUNGO.- El proyecto propuesto para dotar a la isla de Tenerife de un hospital central, que se ubicó en todo momento en el Hospital Civil, a propuesta de la Junta Provincial de Sanidad y el alcalde de la Capital de Santa Cruz de Tenerife, el 14 de diciembre de 1929, fue una de las primeros intentos de reorganizar la sanidad insular. La propuesta, estructuralmente se organizaba de la siguiente manera: un hospital central, dotado de todos los recursos materiales y humanos más óptimos, enlazado con pequeños hospitales de urgencias y casas de socorro, situados ambos a lo largo de la geografía insular, y unidos por un servicio de coches de ambulancias.

Hasta el periodo republicano, no se retoma nuevamente esta propuesta, convirtiéndose el consejero insular, Pedro García Cabrera, en uno de los abanderados más férreos del proyecto. Los avatares del conflicto bélico civil que se desarrolló en el

territorio español, impidieron que se llevara a cabo, teniendo que esperar hasta 1938, para confeccionar un propuesta, de la mano del arquitecto José Enrique Marrero Regalado. Esta propuesta, será nuevamente modificada cuatro años más tarde, con tres variantes destacadas con respecto al proyecto republicano: primero, la inclusión en la red de los Hospitales de los Dolores en La Laguna y de la Trinidad en La Orotava; segundo, la construcción de un hospital en el sur de la Isla, en la zona de Granadilla de Abona, consolidando así la red sanitaria; y en tercer lugar, la creación de un equipo quirúrgico móvil para cirugía urgente. Además se propuso la creación de una nueva institución que prestara asistencia a los enfermos crónicos o incurables, sin dejar su ubicación dentro de la geografía insular.

TERCERO.- El Hospital Militar, pese a que las reformas y modificaciones han sido la nota predominante en la historia del Centro, se procuró mantener fiel a los esquemas preestablecido en su diseño. Quedan claro, a la hora de acercarnos a las fuentes documentales, la búsqueda y el intento tan solo adaptarse a las nuevas necesidades, a las que se unieron una número creciente de población militar presente en la Isla, así como las innovaciones médica propias de la época. Entre los dirigentes militares, no existió intención alguna de dotar al centro hospitalario de nuevos edificios que aumentaran su superficie destinada a la actividad asistencial, sino que hubo un aprovechamiento de las formas arquitectónicas ya construidas, lo que ocasionó que el edificio fuera adquiriendo, poco a poco, una distribución caótica, muy lejos de la intención proyectada en un primer momento.

Pese a ello, a partir de la década de los veinte es cuando comienza a verse un propósito de dotar a Tenerife de un nuevo edificio militar sanitario, que no se materializará hasta los años cuarenta. Destaca el intento de modificación de la estructura, que en 1922 se procuró realizar con una ampliación del edificio para albergar 25 camas más, distribuidas en dos pabellones y otras tantas dependencias. Nuevamente, en 1924, una reorganización de los servicios médicos militares, establece un camino dicotómico: la ampliación del edificio o su reubicación en un lugar con mayor espacio para un edificio de considerable tamaño. De las dos opciones, solo la primera se verá acometida, desechando la segunda por la carencia de recurso materiales para poder realizarla. Un segundo momento se establece durante la década de los cuarenta, momento en el que se proyecta una ampliación que si es ejecutada, aumentándose el número de camas hospitalarias, pero si modificar la estructura ya existente del edificio.

CUARTO.- Desde finales del siglo XIX, Juan Febles Campos había querido dotar a la provincia de un Manicomio Provincial, para el que se diseñó un proyecto, del que tan solo tenemos constancia por la prensa local, que el arquitecto Domingo Pisaca utiliza para la confección del diseño que elabora en 1929 retomando la terminación de los pabellones del complejo de los que tan solo uno estaba casi concluido, el otro quedaba su mitad; en agosto de 1932, las obras estaban completamente terminadas. Nuevamente, en 1937, se produce otro empuje del proyecto de 1929, al que se le unen ciertas reformas que persiguen una aumento del número de asilados en el centro. La precaria situación económica del país, no permitió concluir las obras hasta bien entrada la década de los años cincuenta. Este centro, estuvo caracterizado por una progresiva construcción, fruto de la escasez de posibles, a lo que se unió el concepto que en ese momento se tenía de la psiquiatría y los alienados.

No debo concluir este apartado sin hacer mención el intento que hubo de reubicar a la institución, bien porque Santa Cruz crecía hacia la zona de Salamanca, y lo que fue extrarradio prácticamente rural, se convirtió en zonas residenciales de la urbe; o porque el asilo precisaba de mayor espacio para albergar las dependencias. Seguramente las dos fueron las que precipitaron a las autoridades a la búsqueda de un solar para un nuevo Sanatorio, de entre 200 a 300 hectáreas, provistas de zonas de cultivo para el trabajo de los enfermos, a 25 kilómetros de la capital en el norte de Tenerife. Este proyecto se desechó, y no volvió a retomarse hasta la década de los setenta, momento en el que los cambios políticos de España, facilitaron el inicio de la Reforma Psiquiátrica, lo que motivó a que se buscara un emplazamiento diferente con unas características determinadas, que facilitaran la reinserción social y laboral del enfermo psiquiátrico.

QUINTO.- A pesar, que la propuesta inicial iba encaminada hacia una Tienda-Asilo y Cocinas Económicas, gracias a la intervención de Diego Guigou y Costa, evolucionó hasta la constitución de un Hospital de Niños, obra filantrópica sustentada con el buen hacer de los médicos de la capital y la limosna de las almas caritativas. La estructura arquitectónica primigenia se articulaba a partir de tres salas cuya capacidad era para 20 camas destinadas a medicina general, enfermos quirúrgicos y enfermos «contagiosos»; además, y destinado a las Siervas de María, un alojamiento para 2 religiosas y sirvienta, y un habitáculo con triple función: despacho médico, sala de Juntas y quirófano. Si difícil fue para el Manicomio Provincial la ampliación y construcción de su

proyecto original, pese a tener el respaldo estatal, el recorrido del Hospitalito fue muy tortuoso, eso sí, contaba a su favor con la simpatía de la población chicharrera que perduró hasta su cierre en la década de los noventa.

La primera ampliación de 1902 surgió ante la creciente demanda de sus primeros años de andadura, con un nuevo pabellón anexo destinado a sala de operaciones, de estilo clasicista. Posteriormente, se proyecta una edificación ecléctica de sencillez en estructura y fachada 1909, que incorporaba un segundo cuerpo al ya existente. La última reforma y ampliación que el centro sufre, ocurre a partir de 1937, marcada por una carencia de recursos, que preciso de un rescate estatal en 1941. Estas nuevas intervenciones comprendían un aumento en la capacidad, así como mejoras en el saneamiento del establecimiento y la incorporación de un departamento para lactante.

SEXTO.- A la hora abordar la «lucha contra la tuberculosis» que se desarrollo en Tenerife durante la primera mitad del siglo XX, es imprescindible tener en mente al médico Tomás Cerviá Cabrera. Tras realizar un estudio del archivo personal, que hoy en día está en poder de sus herederos, queda claro, que desde sus primeros pasos en la práctica galénica, Cerviá mostró un marcado interés por la tisiología. Muestra de ello fue la compra de terrenos que realiza en Vilaflor, junto a los también médico, Antonio Pérez Díaz, Tomás Zerolo Fuentes y Juan Friend Martín , para la construcción de una posible dispensario o sanatorio enfermería, o la combinación de ambos, información presente en la familia que oralmente ha pasado de generación a generación. El establecimiento no llegó a ver la luz por mor de las autoridades como deja ver, sutilmente, en su tesis doctoral.

En 1919 se propone la edificación de un dispensario en Las Cañadas, que fue sustituida por la reconstrucción del ya existente, seis años más tarde. Con la inauguración del dispensario antituberculoso, apoyado en la legislación de ese momento, en Santa Cruz en 1927, se da el pistoletazo de salida a la batalla contra la tuberculosis en la Isla, al mando de Tomás Cerviá. Su actividad se centraba en la educación sanitaria y la prevención, actividades novedosas para el momento, inmersas en las políticas sanitarias republicanas, que no descartaron la posibilidad de nuevos centros a lo largo de la geografía insular.

La necesidad de un recinto donde alojar y tratar a la población tuberculosa fue una necesidad que surgió, a la par, con el dispensario. Este sentir, estaba presente en las autoridades locales, como el ofrecimiento del Ayuntamiento de La Orotava, emprendida en 1932, de la construcción de dependencias en su municipio, a lo que aportaba el solar resultante de la demolición del Hospital de la Trinidad, para la instalación del Sanatorio. Tres años más tarde, a propuesta de la Corporación local, se insta a la Mancomunidad Sanitaria para emprender las actividades pertinentes. El resultado fue la construcción de un Sanatorio-Enfermería Antituberculoso, promovido básicamente por el médico Ángel Vinuesa, que por ese momento desempeñaba su actividad como Inspector Provincial de Sanidad. La zona de Ofra fue el lugar elegido, tras la búsqueda de un sitio con la mayor idoneidad, contemplándose, inicialmente, la combinación de sus instalaciones con las de la Leprosería Provincial, pendiente todavía de ubicar y construir. Las instalaciones buscaban una amplitud, donde el sol y el aire existieran en grandes dosis, procurando un íntimo contacto con la naturaleza, materializado en el bosque que se instaló en la finca del Sanatorio. En 1944, se inauguró el establecimiento, con 225 camas y las dependencias necesarias para el tratamiento y cuidado de este tipo de pacientes. En este mismo año, y ante la altísima prevalencia de la enfermedad en la población infantil, se propuso la creación de un Preventorio Infantil Antituberculoso en el municipio del Rosario, en La Esperanza, que pese a que se efectuaron las obras de abastecimiento de agua y acceso a la zona, nunca se llegó a concluir definitivamente la obra prefijada.

SEPTIMO.- Desde inicios del siglo XX, la preocupación de las autoridades locales en relación a los huérfanos y desamparados había estado candente dentro de su cartera de trabajo. La primera iniciativa sucede en 1927, momento en el que se proyecta la emancipación de este departamento, ubicado durante años en el Hospital Civil capitalino. Tres años más tarde, durante el periodo republicano, se incluyó en esta propuesta además a la Cuna de Expósitos y el departamento de Maternidad. La primera ubicación del centro, en 1932, fue en la zona de La Higuerita, en un solar propiedad de la Corporación local. Esta se desechó, ante el ofrecimiento que Álvaro Rodríguez López realiza en 1933, cediendo, primero en alquiler y luego en propiedad, los terrenos que poseía en Hoya Fría, donde los huérfanos llevaban años acudiendo durante los meses de estío.

El proyecto del nuevo edificio, una de las obras de mayor envergadura insulares del momento, encargado a Marrero Regalado en 1934, distó mucho del

producto final de 1949, denominándose primeramente como «Casa-Cuna», para ser sustituido por «Jardín Infantil de la Sagrada Familia» en 1938. El complejo se articuló a partir de tres bloque claramente delimitado: la casa de maternidad, el orfanato y la iglesia, con una disposición racional, donde algunos autores han querido ver una alternancia de lenguajes arquitectónicos como el regionalista, el neomudéjar y el barroco, donde en las fachadas de cada edificio encontramos un esquema compositivo moderno.

OCTAVO.- Al igual que en el Hospital Civil de Santa Cruz de Tenerife, las obras ejecutadas, tanto en el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores como en el de la Santísima Trinidad de La Orotava, no pasaron de ser meras intervenciones de mantenimiento o «ampliaciones tímidas». Mientras el primero en La Laguna, no había modificado drásticamente su fábrica desde su creación, el segundo fue el resultado de un aprovechamiento de un inmueble eclesiástico cuya orden religiosa había dejado de existir en aquella localidad norteña.

Si debe reseñarse como desde los años veinte existe una intención de dotar a la ciudad de La Laguna de un nuevo hospital de los Dolores que prácticamente quedó en papel. En 1922, ante la precaria situación en la que se encontraba el Hospital de Los Dolores, se adquieren terrenos próximos a la Cruz de Piedra para la construcción del edificio. El proyecto, obra del arquitecto Domingo Pisaca, articulado a partir de pabellones, tomaba como ejemplo la arquitectura higienista anglosajona empleada en el Hospital de Niños de Penlebury. La propuesta arquitectónica establecía un gran eje central cortado por crujías que formaban los diferentes pabellones, ubicando 4 edificios en cada una de las esquinas del solar; los pabellones estaban divididos por especialidades como infecciosas, enfermedades comunes, cirugía, maternidad e infancia, que se unían a una crujía central y cuya capacidad era para 130 enfermos. Se iniciaron las obras de vallado y cimentación, abandonándose por falta de fondos.

El intento de construir un nuevo edificio hospitalario, será retomado por Pedro García Cabrera, solicitando una nueva redacción del proyecto al arquitecto Antonio Pintor, siendo como el anterior, nuevamente desechado, pero en esta ocasión ante la idea de la construcción de un Hospital Central y la reorganización de sistema asistencial sanitario de la Isla.

NOVENO.- Desde los inicios de la cultura europea en las Isla, se había emplazado en Gran Canaria, en la zona de Tafira, el Hospital de San Lázaro, destinado a alojar a enfermos leprosos y con elefantiasis. El viejo edificio, fundado en 1556 bajo Patronato Regio, constituía un centro carente de las mínimas condiciones higiénicas que lo deberían caracterizar. A él, confluían todos los enfermos malatos de las Islas, donde eran tratados, alojados y custodiados, evitando la propagación de una enfermedad que en el territorio canario era considerada como endémica. Pocas intervenciones se realizaron en su fábrica, que prácticamente se mantuvo perenne hasta el siglo XX, salvo en los inicios del siglo XVII, momento en el que fue precisa su reconstrucción tras el ataque de Van der Does a las Palmas, que le confirió un estado ruinoso.

Las autoridades locales de Tenerife, desde el siglo XVIII, habían barajado la posibilidad de dotar a la Isla de un dispositivo sanitario que cubriera la creciente necesidad de los aquejados de lepra. A finales del XIX, se habilitó una sala en el Hospital de Desamparados con tal fin, pero era tal la demanda, que fue imposible cubrir por completo esta necesidad. La alta prevalencia de leprosos a finales de la década de los treinta del siglo XX, llevó a que el Jefe Provincial de Sanidad, se planteara la posibilidad de construcción de un establecimiento en la isla de Tenerife, argumentando la inexistencia de plazas suficientes en la isla vecina. La primera propuesta seria, fue realizada en 1941, momento en el que se propone la zona de «Cuevas Blancas», en la costa de la zona de El Chorrillo, muy próxima a Santa Cruz y emplazada en la vertiente sur de la isla, lugar que por sus características climatológicas se mostraba con una considerable idoneidad. La proximidad a la urbe, unido al inicio del turismo, motor económico de la Isla durante lustros, y la carencia de fondos, llevó a olvidar tal oferta. El edificio propuesto por el arquitecto Marrero Regalado, en el que se decantaron por una tipología a caballo entre el sanatorio o colonia, se articulaba a partir de tres edificios bien diferenciados: Pabellón Clínico, edificio Central de Sirvientes Sanos y el edificio destinado a la Comunidad Religiosa.

Hubo que esperar a finales de la década de los cuarenta, para que, con el apoyo del Mando Económico de Canarias, pese a que se hace público el proyecto desde 1942, denominándolo como «Preventorio para hospitalización transitoria de leprosos». Esta vez, más al sur, se inclinaron por colocarlo en la costa de Arico, en un lugar llamado Abades, que cumplía con la mayoría de los requisitos estipulados primeramente. En lo referentes a la articulación de esta propuesta de nueva fábrica, el arquitecto Marrero

Regalado contempló la separación absoluta entre los enfermos y los individuos sanos por sexos, aislando a su vez a los enfermos infectantes de los no infectantes. En el proyecto, se opta por un modelo en el que se combina sanatorio-colonia, tomando de cada uno aquellas cosas que mejor se adapten a las necesidades y características de los enfermos y el entorno. Para el cumplimiento de estos requisitos, se elaboraron dos propuestas: la solución A y la solución B; la primera fue la elegida. El complejo se articulaba a partir de tres secciones: una para recinto de enfermos (hospital, espacio de recreo, comedores y servicios generales); una zona residencial para los enfermos (escuela e iglesia); y por último, la zona para individuos sanos. El proyecto quedó inconcluso y abandona tras los descubrimientos efectuados sobre la enfermedad y su tratamiento, que no hacían necesario un complejo con estas características para el tratamiento de los malatos.

DECIMO.- El Dispensario de Profilaxis Antivenérea, junto a la propuesta de un Sifilicomio para la Isla, resultan de los proyectos más interesantes hasta la fecha. El primero fue creado en 1929, siendo su domicilio en uno de los pabellones del Hospital Civil, al frente del cual se puso al médico Gumersindo Robayna Galván y al practicante José Ballesteros Gómez. En diciembre de 1930, se procede desde la Corporación insular republicana a establecer en los terrenos no ocupados por el Observatorio Meteorológico, las dependencias del Dispensario, sufragado por la Comisión Provincial de Sanidad, concluyéndose las obras a finales de 1932, momento en el que se instalan en el nuevo edificio. Con respecto al segundo, desde la Jefatura Provincial de Sanidad, en 1938, se propuso suprimir la Sala de Prostitución del Hospital Civil, para ubicar un Sifilicomio, de entre 16 a 20 camas, en los locales del Dispensario Antivenéreo, atendido este por el personal ya existente en este dispositivo. La falta de fondos no permitió que se llevara a cabo.

A modo de conclusión final, queda patente, que el acercamiento a las fuentes documentales, muchas de ellas «inéditas» desde su almacenamiento y organización, ha dado como fruto el hecho de resolver aquellas cuestiones y dudas que sirvieron de partida en este camino, a la vez que ha proporcionado satisfacción al hallar datos y hechos que eran desconocidos hasta la fecha. En el texto precedente a estas conclusiones, no se pretende confeccionar un listado de sucesos acaecidos en relación a las reformas y construcciones llevadas a cabo en los establecimientos benéficos de la isla de Tenerife, sino que se ha procurado dar un hilo conductor que permita comprender

los avatares y situaciones que caracterizaron el funcionamiento de la red asistencial isleña y el producto que ha llegado hasta nuestros días.

Debe dejarse constancia, que la finalización del presente trabajo de investigación sobre la arquitectura hospitalaria en la Isla de Tenerife hasta 1950, no constituye un punto y final, sino un puesto de partida para embarcarme en nuevos búsquedas, indagaciones y averiguaciones sobre el desarrollo de esta área en el resto de las Islas, profundizando en el futuro, conscientes ya de su amplitud y complejidad del tema abordado.

Abreviaturas y Siglas:

ACIT - Archivo del Cabildo Insular de Tenerife, en San Cristóbal de La Laguna.

ADSCLL - Archivo Diocesano de San Cristóbal de La Laguna.

AHCAC - Archivo Histórico del Colegio Oficial de Arquitectos de Canarias.

AHPFC - Archivo del Hospital Psiquiátrico-Febles Campos de Santa Cruz de Tenerife.

AMSCLL - Archivo Municipal de San Cristóbal de La Laguna.

AMSCT - Archivo Municipal de Santa Cruz de Tenerife.

AMSCLP - Archivo Municipal de Santa Cruz de La Palma.

AHPSCT - Archivo Provincial de Santa Cruz de Tenerife.

ARSAPT - Archivo de La Real Sociedad de Amigos de País de Tenerife.

APTCC - Archivo Privado Tomás Cerviá Cabrera.

BMSCLL - Biblioteca Municipal de San Cristóbal de La Laguna.

BMSCT - Biblioteca Municipal de Santa Cruz de Tenerife.

BNE - Biblioteca Nacional de España.

BULL - Biblioteca de la Universidad de La Laguna en Santa Cruz de Tenerife.

FAULL - Fondo Antiguo de la Universidad de La Laguna en Santa Cruz de Tenerife.

LMTULL- Legado Miguel Tarquis en el Departamento de Arte de la Universidad de La Laguna.

FUENTES DOCUMENTALES.

DOCUMENTOS FOTOGRÁFICOS.

ARCHIVO PRIVADO TOMÁS CERVIÁ CABRERA.

APTCC– Fotografías varias del Sanatorio Antituberculoso de Ofra.

APTCC– Fotografías del Hospital Nuestra Señora de los Desamparados.

ARCHIVO HISTÓRICO PROVINCIAL DE SANTA CRUZ DE TENERIFE.

AHPSCT- Negociado de Diputación y Mancomunidad Interinsular de Cabildos; caja nº 1239: Papeles sueltos sin clasificar; fachada y parte de la crujía a la calle San Carlos del Hospital de los Desamparados de Santa Cruz de Tenerife antes del incendio acaecido en 1888 y años después de éste. Anónimo: Fachada y parte de la crujía a la calle San Carlos del Hospital antes del incendio acaecido en 1888 (segunda mitad del siglo XIX).

DOCUMENTOS ESCRITOS.

ARCHIVO DE LA DIÓCESIS DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA.

ADSCLL – Memorial de Agustín de Miranda, administrador y Mayordomo del Hospital de Santa Cruz de Tenerife. Papeles por ordenar.

ARCHIVO PARROQUIAL DE LA IGLESIA DE LA CONCEPCIÓN, DE SANTA CRUZ DE TENERIFE.

APIC – Legajo 31 (número 17).

APIC – carpeta nº 4.

ARCHIVO DEL CABILDO INSULAR DE TENERIFE, EN SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA.

Libros de Actas de Sesiones.

ACIT – Libro de Actas de Sesiones nº 8, nº 9, nº 10, nº 11, nº 12, nº 13.

Negociado de Beneficencia.

ACIT – Índice de expedientes de Beneficencia.

ACIT – Expedientes de las cajas: nº 883-4, nº 883-6, nº 6962, nº 6968, nº 6975, nº 6976, nº 6980, nº 6982, nº 6983, nº 6985, nº 6986, nº 6988, nº 7001-7002, nº 7008, nº 7009, nº 7011-12, nº 7013, nº 7017-7018, nº 7019, nº 7023-7024, nº 7028, nº 7040, nº 7044, nº 7048, nº 7064, nº 7065, nº 7066, nº 7084, nº 7086, nº 7087, nº 7182, nº 7183, nº 7184-7185, nº 7186, nº 7187, nº 7188, nº 7189.

ARCHIVO HISTÓRICO PROVINCIAL DE SANTA CRUZ DE TENERIFE.

AHPSCT – Expedientes Gobierno Civil – caja 2.6 (1932-51), caja 2.6.1. (1936-48), caja 2.6.1. (1943-59), caja 2.6.2. (1941-60), caja 2.6.2. (1941), caja 2.6.3. (1973-80), caja 2.6.4. (1936-79), caja 2.6.5. (1936-79), caja 2.6.6. (1936-79).

AHPSCT – Expedientes Mancomunidad Interinsular (Acción Social) – caja 149, caja 151, caja 153, caja 169, caja 171, caja 174, caja 191, caja 1237, caja 1239, caja 1240, caja 1241, caja 1245, caja 1246, caja 1247, caja 1249, caja 4911, caja 4912, caja 4913.

AHPSCT – Expedientes Mancomunidad Interinsular (expedientes de Beneficencia del Hospital Psiquiátrico Provincial) – caja 150, caja 152, caja 153, caja 155, caja 160, caja 163, caja 165, caja 166, caja 168, caja 169, caja 171, caja 172, caja 173, caja 177, caja 178, caja 179, caja 181, caja 182, caja 183, caja 184, caja 185, caja 187, caja 188, caja 189, caja 191, caja 192, caja 194, caja 195, caja 196, caja 197, caja 201, caja 202, caja 205, caja 207, caja 208, caja 209, caja 210, caja 211, caja 212, caja 213, caja 214, caja 216, caja 219, caja 222, caja 227, caja 228, caja 230, caja 232, caja 233, caja 234, caja 235, caja 237, caja 238, caja 1188, caja 1190, caja 1192, caja 1193, caja 1194, caja 1195, caja 1196, caja 1197, caja 1199, caja 1200, caja 1203, caja 1206, caja 1207, caja 1208, caja 1209, caja 1210, caja 1218, caja 1219, caja 1220, caja 1221, caja 1222, caja 1223, caja 1224, caja 1225, caja 1226, caja 1228, caja 1229, caja 1230, caja 1231,– caja 1234, caja 1960, caja 4398, caja 4399, caja 4400, caja 4401.

AHPSCT – Expedientes Mancomunidad Interinsular (Intervención) – caja 151, caja 153, caja 169, caja 171, caja 174, caja 191, caja 1237, caja 1245, caja 1246, caja 4005, caja 4006, caja 4007, caja 4008.

AHPSCT – Expedientes Mancomunidad Interinsular (Mancomunidad Sanitaria) – caja 1248, caja 1250, caja 1251, caja 1263 (1, caja 1263 (2, caja 1264, caja 1265, caja 1266, caja 1267, caja 1274, caja 1280, caja 1302, caja 1309, caja 1310, caja 1311, caja 1312, caja 1313, caja 1314, caja 1325, caja 1328, caja 1330, caja 1331, caja 1335, caja 1336, caja 1338, caja 1340, caja 1341, caja 1343, caja 1344, caja 1345, caja 1346, caja 1348, caja 1349, caja 1350,caja 1352, caja 1353, caja 1355, caja 1356, caja 1357, caja 1359, caja 1360, caja 1361, caja 1362, caja 1363, caja 1364, caja 1365, caja 1367, caja 1368, caja 1370, caja 1371, caja 1373, caja 1375, caja 1376, caja 1377, caja 1378, caja 1379, caja 1385, caja 1386, caja 1388, caja 1389, caja 1390, caja 1391, caja 1392, caja 1393, caja 1394, caja 1395, caja 1396, caja 1397, caja 1398, caja 1400, caja 1401, caja 1402, caja 1403, caja 1404, caja 1405, caja 1406, caja 1407, caja 1409, caja 1411, caja 1419, caja 1430, caja 1432, caja 1437, caja 1440, caja 1442, caja 1445, caja 1446, caja 1447, caja 1448, caja 1450, caja 1451, caja 1452, caja 1454, caja 1455, caja 1456, caja 1459, caja 1460, caja 1461, caja 1462, caja 1463, caja 1465, caja 1467, caja 1468, caja 1470, caja 1472, caja 1473, caja 1481, caja 1497.

AHPSCT – Libro de Actas de la Diputación Provincial 1887.

AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 605, C.6 (1510-1511, folio 407 reverso); C.16 (1510-1511, folio 822 anverso); C.23 (1510-1511, folio 745 reverso).

AHPSCT- escribano Antón de Vallejo, nº 606 (1512-13, C. 25, folio 1162 anverso); C.5 (1512-1513, folio 350 reverso); C.23 (1512-1513, folio 1053 reverso); C.23 (1512-1513, folio 1059 anverso); C.25 (1512-1513, folio 1162 anverso).

AHPSCT- escribano Sebastián Páez, nº 2 (1506-1509, folio 716 reverso); nº 5 (1508, folio 134 reverso); nº 8 (1510-11, folio 594 reverso); nº 9 (1509, folio 628 reverso); nº 10 (1510-1512, folio 5 anverso); nº 10 (1510-1512, C. 14, folio 879 reverso); nº 10 (1510-1512, folio 666 reverso); nº 10 (1510-12, folio 754 reverso).

AHPSCT-Libro de Actas de la Junta de Caridad de esta Ciudad, años 1796-1835; Luciano Anglés, legajo VI-115, folio 70 anverso.

AHPSCT- Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, Actas: signatura VI-115, folio 2 reverso y 6 reverso; signatura VI-115, 1799-1835, folio 4 reverso y folio 55 recto; signatura Ben 25,2, 1822-1859, folio 13 recto; signatura Ben 39, 1823-1833, sin folio; signatura: VI-115, 1795, folio 1 reverso.

AHPSCT- Bethlemitas: signatura Ben 19,3; 1830; folio 2 anverso.

AHPSCT- José Albertos: legajo 11, año 1812, s/n.

AHPSCT- Depósito: signatura V-37, 1835, s/n.

AHPSCT- Esteban de Baños: legajo 16, año 1841, s/n.

AHPSCT- Edificio. Obras de reparación en el edificio del Hospital de Dolores: legajo Beneficencia 59, 11, s/n; 1887.

AHPSCT.: Hospital de San Sebastián, Correspondencia, signatura Ben 62, 25, 1787, folio 18 vuelto.

AHPSCT- escribano público Rodrigo Fernández, Protocolos de Ycoden y de Daute y sus comarcas (1536-folio 297).

AHPSCT- Protocolos de Juan de Arzola (1555-folio 296).

AHPSCT- Libro 2466, folio 370, numeración antigua. Testamento de Pedro Afonso y escritura de donación a Francisco Calderón.

AHPSCT-Protocolos de Gaspar Martín, 1558-folio 394.

AHPSCT- Protocolos de Juan de Pineda, Salvador Pérez de Guzmán y Pedro Méndez de León (libro 685, folio 50; libro 2495, folio 429; libro 2487, folio sin numeración).

AHPSCT- Registro de escrituras pasadas ante Roxas Montiel (1638, 1643 y 1655, folios 65, 151 y 46).

ARCHIVO DE HOSPITAL DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE LA OROTAVA.

AHSTLO- Libros de cuentas sin fechas; Libro de Relaciones (2º); Libros de Fábrica; Documento donde se exponen las diferentes quejas sobre el antiguo edificio del Dispensario ubicado en el llano de San Sebastián, fechada el 5 de abril de 1840.

ARCHIVO MUNICIPAL DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA.

AMSCLL-signatura H-VI.9, 1821; M-II, legajo 36, sin fechar, folio 2 recto; Luis Romana: legajo 1º, número 18 (1812); Signaturas: H-VI.2 (1618); H-VI.3 (1620); H-VI.4 (1659); signatura: H-VI.5, 1798, folio 1 anverso-folio 2 reverso; signatura: H-VI.8, 1812, folio 11 reverso y 12 anverso; Sección Segunda, signatura H-VI. 9, 1821, s/folio; signatura M-II, legajo 36, sin fechar, folio 2 recto.

ARCHIVO MUNICIPAL DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA.

AHMSCLP-Libro primero de fundación de la Casa-hospital de los Dolores (Santa Cruz de La Palma); Estante 35, legajo 629; Estante 36, legajo 631.

ARCHIVO DE LA REAL SOCIEDAD ECONÓMICA DE AMIGOS DE PAÍS DE TENERIFE.

ARSEAPT- Enseñanza y Beneficencia, número 20, cuaderno 15, 1778, folio 28 recto; Enseñanza y Beneficencia, número 20, cuaderno número 15, 1778; p. 26; Enseñanza y Beneficencia, número 20, cuaderno 15, 1778; Sig. H-VII, Legajo 3 (1620).

BIBLIOTECA HISTÓRICA MILITAR DE SANTA CRUZ DE TENERIFE.

BHMSCT-Fondo Mando Económico de Canarias. Memoria de las actividades realizadas por este organismo durante el tiempo de su funcionamiento. Capítulo XVI, Obras Sanitarias y de Beneficencia; septiembre de 1941- febrero de 1946.

BHMSCT – Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife.

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE.

BULL- Papeles varios, tomo 96, Memorial de Don Antonio Miguel de los Santos. Sobre educación de la juventud de estas islas, 1777, folio 3 recto.

ARCHIVO PRIVADO TOMÁS CERVIÁ CABRERA.

APTCC– Escritura de compra-venta de terreno en Vilaflor de Chasna para la instalación de un Sanatorio Antituberculoso.

FUENTES.

FUENTES INÉDITAS.

CAMINO GALICIA, J. *Conferencia sobre higiene y profilaxis tuberculosa en el Ejército*. Impartida al Regimiento de Infantería de Asturias nº 31 el día 30 de mayo de 1914 por el Doctor D. Julio Camino Galicia. Madrid: Imprenta del Regimiento, 1914.

GUIGOU COSTA, D. M. *Ponencia sobre el origen, evolución, estado actual y posibilidades futuras del «Hospital de Niños (Fundación Dr. Guigou)» de Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: [s.e.], 10 de septiembre de 1962.

HOSPITAL DE NIÑOS (SANTA CRUZ DE TENERIFE): *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941*. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta A. Romero, 1941.

FUENTES ESCRITAS.

PUBLICACIONES IMPRESAS.

AA. VV. *Sesión Literaria en homenaje a la memoria de su Ilustre Presidente el Excmo. Sr. Dr. Don Diego Guigou y Costa.* Santa Cruz de Tenerife: Real Academia de la Medicina, 1946.

ABELLA, J. *Tratado de sanidad. El Consultor de los ayuntamientos y de los Juzgados Municipales*. Madrid: Publicaciones Abella, 1914.

Álbum del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina; Madrid: Artes Gráficas Mateu, 1909.

BASSOLS Y PRIM, A. *Climatoterapia española en la tisis pulmonar.*Barcelona: Jaime Seix Editor, s.f.

BELMAS, M. *El lazareto de Gando: comunicación al subsecretario del ministerio de la gobernación*. Madrid: Impresión de Enrique Teodoro, 1901.

BUSTOS Y BLANCO, F. del. *Topografía médica de las Islas Canarias*. Sevilla: Imprenta de la Andalucía, 1864.

CERVIÁ CABRERA, T. *Estudio sobre la epidemiología antituberculosa en Santa Cruz de Tenerife*. Tesis Doctoral dedicado al Dr. Juan Negrín López y Dr. Francisco Rozabal Farnes. Madrid: Universidad Central de Madrid, 1936.

JAUME Y MATAS, P. *Beneficencia Pública. Conferencia dada en el Colegio Médico-Farmacéuticos de Palma de Mallorca*; Palma de Mallorca: Tipografía de las hijas de Juan Colomar, 1900.

Manifiesto de la Junta de Beneficencia del Hospital del Divino Salvador, da al público sobre el estado en que encontró dicho hospital y en el que lo deja. Méjico: Imprenta de Tomás Uribe y Alcalde, 1844.

Memoria del Hospital Provincial de Madrid, 1878.

MÉNDEZ ÁLVARO, F. *El Siglo Médico*. Tomo XXVIII. Madrid: 1881.

PISACA BURGADA, A.; ACUÑA DORTA, B. *Jardín Infantil de la Sagrada Familia. Memorias y Antecedentes 1956-60*. Santa Cruz de Tenerife: Litografía A. Romero, 1960.

Plan preservorio y curativo de las enfermedades contagiosas de son servera y arta. Palma: Imprenta de Felipe Guasp., 1820.

Proyecto de Ley Orgánica de Sanidad Pública de la Monarquía Española. Madrid: Imprenta de Albán y Compañía, 1822.

Proyecto de Reglamento General de Sanidad. Madrid: Imprenta de Alban y Compañía, 1822.

TABOADA, M. *Concepto histórico de la higiene en sus relaciones con la Administración Sanitaria*. Madrid: Imprenta de Enrique Teodoro, 1885.

Reglamento del Colegio de la Paz de Madrid. Madrid: Imprenta de D. José María Alonso, 1849.

Reglamento de las Compañías de Sanidad que han de establecerse en esta Isla. La Habana: Imprenta del Gobierno y Capitanía general por S.M., 1851.

SANTERO, F.J. *Elementos de higiene privada y pública;* tomo primero. Madrid: El Cosmos Editorial, 1885.

VINUESA ÁLVAREZ, A. *Bases para un proyecto de Sanatorio-Leprosería en Tenerife*. Madrid: Junta Central Consultiva contra la Lepra, 1942.

ZEROLO, T. *Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar en la Península Española, Islas Baleares y* Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Vicente Bonnet, 1889.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS.

ACKERNECHT, E. H. Medicina y sociedad en la Ilustración. In, *Historia Universal de la Medicina*, Tomo V, 1973, p. 143-151.

ALCAIDE, R. La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. In, *Scripta Nova*. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. nº 50; Barcelona: Universidad de Barcelona, 1999.

- La higiene y su reflejo legal en la Administración pública española: los contenidos del compendio de Legislación sanitaria de Pedro Felipe Monlau (1700-1862). In *La introducción y el desarrollo del Higienismo en España...*; Barcelona: Universidad de Barcelona, 1999.
- *Las publicaciones sobre higienismo en España durante el período 1736-1939: un estudio bibliométrico*. In *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, nº 37; Barcelona: Universidad de Barcelona, 1999.

AMASUNO SÁRRAGA, M. El control social de la práctica médica. In, GARCÍA BALLESTER, Luis (Dir.). *Historia de la ciencia y de la técnica en la Corona de Castilla*. Tomo I. Salamanca: Junta de Castilla-León, 2002, págs. 827-830.

ANTA FÉLEZ, J. Revisitando el concepto de pobreza. In *Espiral*, enero-abril 1998, Tomo IV, nº 11. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

ARRAIGADA, I. Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. In *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL), 2006, número 85.

ARROBA JUZGADO. Dispensarios antituberculosos. In *Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931.* Madrid: Libro de actas Plus Ultra, 1933.

BALIL, A. Casa y Urbanismo en la España Antigua. In *Boletín del Seminario de Arte y Arqueología de Valladolid*, 39. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1973.

BALSALOBRE GARCIA, J. A. Lazaretos, historia y proyectos de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (II). In *Revista Espacio, Tiempo y Forma*; Serie VII, Historia del Arte, tomo 16. Madrid: UNED, 2003.

BETHENCOURT ALFONSO, J. La Higiene en Santa Cruz de Tenerife. In, *La Revista de Canarias*, Año I, nº 6, 23 de febrero de 1879. Partes I y II, p. 81-82; Parte III, nº 7, p. 105-106; Partes IV, V, y VI, nº 17, p. 264-266.

Boletín Oficial del Estado, nº 8 y 151 (17 de enero y 19 de diciembre de 1883, respectivamente); nº 126, 25 de septiembre de 1889.

BONASTRA, Q. Innovaciones y continuismo en las concepciones sobre el contagio y las cuarentenas en la España del siglo XIX. Reflexiones acerca de un problema sanitario, económico y social. In *Scripta Nova*, *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, nº 69. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2000.

BORGES SALAS, M: *Amigo Martí, se acabó el carbón*. *El Día*, Santa Cruz de Tenerife, 31 de julio de 1977.

BOSCH MILLARES, J. Hospitales de Gran Canaria: El Hospital de San Lázaro. In, *El Museo Canario*, Año XI, nº 33-36. Las Palmas de Gran Canaria: Museo Canaria, enero-diciembre 1950, p. 45-48.

- El Hospital de San Pedro Mártir de Telde. In *Revista de Historia*, nº 56. La Laguna, 1941, p. 322.
- El Hospital de San Lázaro y de Curación de la Ciudad de Telde. In, *El Museo Canario,* Año XIII, nº 41-44. Las Palmas de Gran Canaria: enero-diciembre 1952, p. 68-96.

BUENDÍA, R. La vivienda higiénica, factor importantísimo en la profilaxis antituberculosa. In *Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931.* Madrid: Libro de actas Plus Ultra, 1933.

BURNS, R. Los hospitales del reino de Valencia en el siglo XIII. In *Anuario de Estudios Medievales*, II, Valencia, 1965, p. 136-138.

CÁMARA, M. de: Saneamiento de Santa Cruz de Tenerife. In, *Revista de Canarias,* nº 37, p. 166-168 y nº 38, p. 180-182, ambos de 1880.

CAPEL, H.; TATJER, M. Reforma social, serveis assistencials i higienisme a la Barcelona de final del segle XIX (1876-1900). In *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Institut Municipal de la Salut, 1991.

CARDONA, J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. [En línea]. In *Revista Centroamericana de Administración Pública* nº 12, Julio-Diciembre 1987, URL: <http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/RCAP/12/art8_12.pdf>. p. 103-136.

CARO BAROJA, J. Los núcleos urbanos de la España cristiana medieval. In, *Vivienda y Urbanismo en España.* Madrid: Banco Hipotecario, 1982.

CARRERA PACHÓN, A. La odontología en España durante los siglos XVI y XVII. In *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* nº 14, 1975.

CARRILLO, J.; RIERA PERELLÓ, P.; GAGO, R. La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica. (J.M. Aréjula-M.J. Cabanellas). In *Medicina & Historia. Revista de Estudios Históricos Informativos de la Medicina*, nº 67. Barcelona: Centro de Historia de la Medicina de J. Uriach & Cía. S.A., 1977.

CASADO, D., GUILLÉN, E. *Los* servicios sociales en perspectiva histórica. In, *Documentación Social***,** Tomo 64**,** 1986**,** p. 9-21.

CAVILLAC, M. La Reforma de la Beneficencia en la España del siglo XVI, obra de Miguel Giginta. In *Estudios de Historia Social*, nº 10-11. Madrid: 1979.

CERVIÁ CABRERA, T. Vivienda y lucha antituberculosa. Ponencia presentada a la II Asamblea Antituberculosa Médico-social-Madrid en junio de 1931. In, *Práctica Médica*, Año IV, nº 42, julio de 1931, p. 1061-1070.

CLAVIJO HERNÁNDEZ, F. El Hospital de San Salvador de Sevilla en el siglo XV. *III Coloquio de Historia Medieval Andaluza.* Jaén: Diputación Provincial de Jaén, 1984.

COLÓN DOMÉNECH, G. Filología y sífilis. Sobre el «mal de simiente» o «mal de sement». In *Revista de Filología Española* 7/3-4, 1998, p. 275-308.

DARIAS PRÍNCIPE, A. Hospital de los Desamparados. In, *Basa*, nº 1, diciembre 1983.

- Aportaciones de los consignatarios a la arquitectura del Novecientos en Santa Cruz de Tenerife». In *Barro como metáfora visual y portador de valores eternos, El*, [s.n.]. Málaga (España): 1984.
- Hospital de los Desamparados. In *Revista Basa*, nº 1. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Arquitectos de Canarias, 1983.
- Una aportación a la arquitectura canaria decimonónica: el Hospital de la Ampuyenta. In *II Jornadas de Historia de Lanzarote y Fuerteventura*. Lanzarote: Cabildo Insular de Lanzarote, 1990.
- Nuevas aportaciones al estudio del Hospital de los Desamparados. In, *Homenaje al profesor Dr. Telesforo Bravo.* Tomo II. La Laguna: Universidad de La Laguna, 1991, p. 181-182.
- Nuevas aportaciones al estudio del Hospital de los Desamparados. In *Homenaje al profesor Dr. Telesforo Bravo.* Madrid: Tauro Producciones S.L., 1995. Tomo II.

DARIAS Y PADRÓN, D. V. El real Hospital de Nuestra Señora de los Dolores. *El Día*, Santa Cruz de Tenerife, Año XV, número 6039, 28 de enero de 1954.

DELGADO CAMPOS, S. M. En torno a cierta arquitectura de Canarias. In *Rincones del Atlántico,* nº 5, Arquitectura y paisaje. La arquitectura tradicional en el medio rural de Canarias. Tomo I. Miscelánea. [Sitio Web]. 2003-2011. URL: <http://www.rinconesdelatlantico.es/num5/8_miscelanea_2.html>.

DÍAZ PÉREZ, A. M. Las distintas sedes de la Capitanía General de Canarias en Santa Cruz de Tenerife. In, *VIII Coloquio de Historia Canario-Americana (1988)*. Las Palmas: Cabildo Insular de Gran Canaria, 1991, Tomo II.

DOLS, M. W. The origins of the Islamic Hospital: myths and reality. In *Bulletin of the History of Medicine*, 61 (1987), Volumen 61, nº 3, p. 367-390.

EGOZCUE, M. T. Arquitectura hospitalaria, arquitectura sanitaria, arquitectura de la medicina? Arquitectura para la salud. In *Egozcue Vidal + Pastorino Pozzolo Arquitectos*. [Sitio web]. Buenos Aires, 2010. URL: <http://www.evpp-arq.com.ar/site/ideas/309/In:es>.

EIRAS, A. La casa de expósitos del real hospital de Santiago en el siglo XVIII. In *Boletín de la Universidad Compostelana (75-76),* 1967-1968, p. 295-355.

FERNÁNDEZ, P. El fundador de San Cristóbal de La Laguna. *El Día* (Santa Cruz de Tenerife), 30 de junio de 2012.

FERNÁNDEZ MÉRIDA, M. D. Aproximación a la Historia de la Arquitectura Hospitalaria. In, *Cuadernos de Arte e Iconografía*, Tomo XV, nº 29. Madrid: primer semestre 2006.

FOX, J. P. Epidemiología: el hombre y la enfermedad. In *La Prensa Médica Mexicana*. México: 1984.

GARCÍA BALLESTER, L. Aproximación a la historia social de la medicina bajomedieval en Valencia. In, *Cuadernos de la Historia de la Medicina Española*, VIII, 1969, p. 45-68.

- Introducción general. In, GALENO, *Sobre la localización de las enfermedades (De locis affectis)*. Trad. y notas por Salud Andrés. Madrid: Editorial Gredos, 1997, vol. I, p. 7-120.

GARCÍA BALLESTER, L. y AMASUNO SÁRRAGA, M. El control social de la práctica médica. In, *Historia de la ciencia y de la técnica en la Corona de Castilla*. Salamanca: Junta de Castilla y León, 2002, Tomo 1.

GIL DE ARRIBA, C. La difusión social y espacial del modelo balneario: de la innovación médica al desarrollo de las prácticas de ocio. In *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias sociales*, núm. 69 (40). Barcelona: Universidad de Barcelona, 2000.

GIRÓN IRUESTE, F. Los hospitales islámicos. Historia de los hospitales. *In Revista El médico,* nº 8. Madrid: 1993.

HERRERA HERNÁNDEZ, M. Retazos de la historia dela medicina infantil en Gran Canaria. In *Pediatría canaria. Progresos y perspectivas.* Granada: Editorial Comares, 1997.

HIDALGO DE AGÜERO, B. Thesoro de la verdadera cirugía y vía particular contra la común… Barcelona, por Sebastián de Comellas, 1622. In, CARRERAS PACHON, A. *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1976; p. 91.

HUERTAS, R. Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la IIª República. In *Revista Española de Salud Pública*, nº 74, p. 35-43.

IBORRA, P. Historia del Protomedicato en España (1477-1822). In *Acta histórico-médica vallisoletana XXIV*. Salamanca: Universidad de Valladolid, 1987.

IBARROLA MONASTERIO, R. e IBARROLA SUÁREZ, F. Vivienda en la profilaxis de la tuberculosis. In *Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931*. Libro de actas Plus-Ultra. Madrid: 1933.

IBARROLA SUÁREZ, F. Alimentación. In, *Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931*. Libro de actas. Madrid: Plus-Ultra, 1933.

JETTER, D. Los hospitales en la Edad Media. In, LAIN ENTRALGO, P. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Editorial Salvat, 1972, Tomo 3, p. 263-295.

LAÍN ENTRALGO, P. La Medicina Hipocrática. In, *Revista de Occidente*. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset, 1970, p. 37-56.

LEMAY, R. De la scolastique à l'histoire par le truchement de la philology: Itinéraire d´un médiéviste entre Europe et Islam. In, SCARCIA AMORETTI, B. (ed.). *La diffusione delle scienze islamiche nel medio evo europeo*. Convegno internazionale, Roma, 2-4 ott. 1984. Roma: Accademia Nazionale dei Lincei, 1987, p. 399-538.

MARAVALL, J. De la misericordia a la Justicia social en la economía del trabajo: la obra de Fray Juan de Robles. In, *Moneda y Crédito* nº 148, 1979, p. 66-70.

MARCO DORTA, E. *Descripción de las Islas Canarias, hecha en virtud de mandato de S, Af. por un tío del Ldo. Valcárcel;* Revista de Historia, IX; 1943; p. 201.

MARTIN DEL CASTILLO, J. F. Primeros pasos de la Estación Sanitaria del Puerto de Las Palmas y la prevención marítima (1901-1913). In, *Revista de Historia Canaria*, nº 179, p. 161-179.

MARTIN RODRIGUEZ, F. G. Manuel de Oraá. Primer arquitecto provincial de Canarias. In *Revista Basa*, nº 4. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Arquitectos de Canarias, noviembre 1985.

MORÁN, V. Carlos María Cortezo y Prieto de Orche. In, *Revista de la Organización Médica Colegial*, octubre de 1998.

MOYANO BAZZANI, E. L. Notas sobre la Beneficencia en Canarias a mediados del siglo XIX. In *VIII Congreso Internacional de Historia de América (AEA)***,** Las Palmas de Gran Canaria, Casa de Colón/Cabildo de Gran

Canaria, 2000, [Sitio web]. Gran Canaria, 2000. URL:< http://www.americanistas.es/biblo/textos/08/08-159.pdf>.

MUÑIZ FERNÁNDEZ, C. Hospitales españoles. In, MUÑOZ GARRIDO, R. Y MUÑIZ FERNÁNDEZ, C. *Fuentes legales de la medicina española, siglos XIII-XIX*. Cuadernos de la Historia de la Medicina Española, Monografías XI. Salamanca: 1969.

MUÑOZ GARRIDO, R. Empíricos sanitarios españoles de los siglos XVI y XVII. In, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. nº 6; 1967, p. 101-133.

NAVARRO SEGURA, M. I. Modernidad e Historia: Regionalismo, clasicismo y racionalismo arquitectónico, en Marrero Regalado (1897-1956). In *La Arquitectura como escenografía*. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Arquitectos de Canarias (COAC), 1992.

- Las fundaciones de ciudades y el pensamiento urbanístico hispano en la era del Descubrimiento. [En línea]. *Scripta Nova, Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Volumen X, nº 218(43). Universidad de Barcelona. Agosto 2006. URL: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-218-43.htm>.

ORTEGA VALCÁRCEL J. El microcosmos humanizado: Los núcleos urbanos y las comunicaciones. In, *Historia de la ciencia y de la técnica en la Corona de Castilla*. Tomo I. Salamanca: Junta de Castilla y León, Consejería de Educación y Cultura, 2002, p. 277-278.

PADILLA BARRERA, J. M. Los ingenieros militares en la gesta del 25 de julio de 1797. In *Seminario El General Gutiérrez y su época*. Santa Cruz de Tenerife: Centro de Historia y Cultura de la Zona Militar de Canarias, 1997.

PAIVA, V. Medio Ambiente Urbano: Una mirada desde la historia de las ideas científicas y las profesiones de la ciudad. Buenos Aires 1850-1915. In, *Revista de Urbanismo,* nº 3, agosto de 2000.

PLANAS Y VIVES, G. Biografía del Dr. Don Rafael Rodríguez Méndez. In, *Revista de Higiene y Policía Sanitaria*, Año III, nº 28, Barcelona: 1892, p. 50-55.

PÉREZ, V. Tenerife como estación médica. Juicio del profesor Jaccoud. In, *Revista de Canarias*, nº 58, p. 115-116 y nº 59, año III, mayo de 1881, p. 129-130.

PIERNAS HURTADO, J. Vocabulario de la Economía. Manuales Soler, IX: Economía política. Barcelona: Sucesores de Manuel Soler, 1910, Cuarta edición. [Edición digital]. *Torre de Babel Ediciones*. Portal de Filosofía, Psicología y Humanidades en Internet. <http://www.e-torredebabel.com/Economia/diccionario-economia/vocabulario-economia.htm>.

PERROTTA, C. La disputa sobre los pobres en los siglos XVI y XVII: España entre desarrollo y regresión. In, *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, nº 37, 2000.

PLANAS Y VIVES, G. Biografía del Dr. Don Rafael Rodríguez Méndez. In *Revista de Higiene y Policía Sanitaria*, nº 28, Año III. Barcelona, 1892.

QUEVEDO V., E. Cuando La Higiene Se Volvió Pública. In *Revista de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia* 52, nº 1, 2004, p. 83-90.

QUINTANA ANDRÉS, P. C. La lepra y la elefancía en Canarias a comienzos del siglo XIX: su desarrollo, prevención e intentos de erradicación por las instituciones civiles y eclesiásticas. In, *Anuario de Estudios Atlánticos*, nº 46. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria-Casa Museo Colón, 2000.

RIERA, J. L'Academia de Matemàtiques a la Barcelona Ilustrada (1715-1800). In *Actas del II Congreso Internacional de Historia de la Medicina Catalana*. Barcelona, 1975, p. 73-128.

RODRIGUEZ MORALES, C. El hospicio agustino de Santa Cruz de Tenerife. In *Anuario de Estudios Atlánticos nº 46.* Las Palmas de Gran Canaria: Patronato de la Casa de Colón, 2000, p. 365-380.

ROSA OLIVERA, L. de la. Prontuario de lo que se ha de observar por ahora, en el RI. Hospital de Sn Carlos de las Yslas Canarias, interin se arreglan los estatutos combenientes para esta, y las demás casas de

misericordia que se hayan de erigir… *El Museo Canario*, Año VIII, nº 21-22. Las Palmas de Gran Canaria: Museo Canario, enero-marzo, abril-junio 1947, p. 103-104.

- Catálogo del Archivo Municipal de La Laguna. In, *Revista de Historia Canaria* nº 125-126 y 127-158, 1959.
- Los primeros hospitales de Tenerife y un retablo de 1513. *El Museo Canario*, XLI. Las Palmas de Gran Canaria: Museo Canario, 1980-1981, p. 91-92.

RUIZ ALVAREZ, A. Matrícula de extranjeros en la isla de Tenerife a fines del siglo XVIII. In, *Revista de Historia Canaria*, nº 105-108, Tomo XX (1954). La Laguna: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de La Laguna.

RUMEU DE ARMAS, A. Historia de la previsión social en España; Cofradías, gremios, hermandades y montepíos. In *Revista de Derecho privado*. Madrid: 1944. Premio Marva, 1942.

SAN MARTÍN, H. La noción de salud y la noción de enfermedad. In, *Salud y enfermedad, ecología humana, epidemiología, salud pública, medicina preventiva, sociología y economía de la salud*. México D.F. La Prensa Médica Mexicana, 1981, p. 7-10.

SANTANA PEREZ, J. M. Hospital de San Pedro Mártir de Telde. In *VIII Congreso Internacional de Historia de América (AEA)***.** Las Palmas de Gran Canaria: Casa de Colón/Cabildo de Gran Canaria [Sitio web], Gran Canaria, 2000. URL: <http://www.americanistas.es/biblo/textos/08/08-163.pdf >.

SOLER, A. Importancia de la Higiene. Discurso leído en sesión de la Academia Médico-Quirúrgica de Canarias el 22 de enero de 1882. In, *Revista de Canarias*, nº 77 y 78, p. 38-41, y nº 79, p. 69-72.

TORRES, E. DE. El Convento de Monjas Bernardas. *El Día* (Santa Cruz de Tenerife), 25 de septiembre de 1955.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. Tomo I, abril 1933-diciembre 1934. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Instituto de Higiene de Tenerife, Librería y Tipografía Católica, 1935.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central del Estado de Santa Cruz de Tenerife. Fascículo II, 1935. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Instituto de Higiene de Tenerife, Librería y Tipografía Católica, 1936.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central del Estado de Santa Cruz de Tenerife. Fascículo III, 1936-1937. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Instituto de Higiene de Tenerife, Librería y Tipografía Católica, 1939.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. Fascículo IV-V, 1938-1941. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Patronato Nacional Antituberculoso, Librería y Tipografía Católica, 1942.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. Fascículo VI, 1942-1943. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Patronato Nacional Antituberculoso, Librería y Tipografía Católica, 1944.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central y del Sanatorio Antituberculoso de Ofra de Santa Cruz de Tenerife. Fascículo VII, 1944-1945. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Patronato Nacional Antituberculoso, Librería y Tipografía Católica, 1946.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central y del Sanatorio Antituberculoso de Ofra de Santa Cruz de Tenerife; fascículo VIII, 1946-1947. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Patronato Nacional Antituberculoso, Librería y Tipografía Católica, 1948.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central y del Sanatorio Antituberculoso de Ofra de Santa Cruz de Tenerife; volumen IX, 1948-1949. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Patronato Nacional Antituberculoso, Librería y Tipografía Católica, 1950.

Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central y del Sanatorio Antituberculoso de Ofra de Santa Cruz de Tenerife; volumen X, 1950-1951. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones del Patronato Nacional Antituberculoso, Librería y Tipografía Católica, 1952.

URTEAGA, L. Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. In, *Geocrítica*. Cuadernos críticos de Geografía Humana. Año V, nº 29; Barcelona: Universidad de Barcelona, noviembre de 1980, p. 6.

- Barcelona y la higiene urbana en la obra de Monlau. In, *Estudis i recerques*. *El nacimiento de la infraestructura sanitaria en la ciudad de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1987, p. 89-99, Serie Salut Pública, nº 6. p. 92.

VALDEÓN BARUQUE, J. Problemática para un estudio de los pobres y de la pobreza en Castilla a fines de la Edad Media. In *A pobreza e a asistencia dos pobres na Península Iberica durante Idade Media. Actas das Primeras Jornadas luso-espanholas de História Medieval*. Lisboa, 25-30 setembro de 1972. Lisboa: 1973, Tomo II, p. 891-892.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV. *Actas de Congreso Internacional Pedro García Cabrera. La Gomera 10-14 de octubre de 2005;* [coordinadora: Belén Castro Morales]. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna, 2007, Tomos I y II.

AA. VV. *Canarias en la II Guerra Mundial. Capitán General García-Escámez*. Edición al cuidado de Francisco José Santos Miñón. Santa Cruz de Tenerife: Vicerrectorado de Extensión Universitaria de la Universidad de La Laguna; Museo Militar Regional de Canarias; Cátedra Cultural General Gutiérrez, 2001.

AA. VV. *Cien años de Pediatría en Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Fundación Canaria de Salud y Sanidad, 2001.

AA. VV. *Gran Enciclopedia de El Arte en Canaria. Santa Cruz de Tenerife:* Centro de la Cultura Popular Canaria, 1998.

AA. VV. *Historia del Arte en Canarias;* Las Palmas de Gran Canaria: Ediciones Edirca, 1982.

AA. VV. *Medicina. La historia de la curación. De las tradiciones antiguas a las prácticas modernas*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1979.

ABÚ NARS AL-FARABI. *La ciudad ideal.* Madrid*:* Editorial Tecnos, 1995.

ACKERNECHT, E. H. *Medicina y Antropología social*. Madrid: Editorial Akal, 1971.

AGUIRRE Y RESPALDIZA, A. *La ciencia positiva en el siglo XIII, Rogerio Bacon*. Barcelona: Editorial Labor, 1935, p. 27-268.

ALAMO, N. *El marqués de Branciforte*. Las Palmas de Gran Canaria: Ed. Néstor Álamo, 1945.

ALLEN HERNÁNDEZ, J. y CASTRO BORREGO, F. *La modernidad y vanguardias en Canarias: 1900-1939*. Santa Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria: Viceconsejería de Cultura y Deporte, Gobierno de Canaria, 2010. Historia Cultural del Arte en Canarias, volumen VII.

ALLOZA MORENO, M.A.; RODRIGUEZ MESA, M. *Misericordia de la Vera Cruz en el beneficio de Taoro desde el siglo XVI.* Santa Cruz de Tenerife : [s.n.], 1984 (Gráficas Tenerife).

ALMEIDA AGUIAR, A. S. *Higienismo, salud y educación física en Canarias (1850-1914). Sevilla:* Ediciones Idea, 2006.

ÁLVAREZ CRUZ, L. *El Hospital de Niños*. In *El Día* (Santa Cruz de Tenerife) 28 de mayo de 1959.

ÁLVAREZ URÍA, F. *Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets, 1983.

ALZOLA, J. M. *Domingo Déniz Grek: 1808-1887*. Las Palmas de Gran Canaria: El *Museo Canario*, 1961.

ARENAL, C. *La Beneficencia la Filantropía y la Caridad (1861).* Madrid: *Obras* completas, 1927.

ARENAL PONTE, C. *El pauperismo*. Madrid: Librería de Victoriano Suárez, 1897.

Arte en Canarias, siglos XV-XIX : una mirada retrospectiva : [exposición, Centro de Arte "La Regenta", Las Palmas de Gran Canaria, junio-julio, 2001 ; Sala de Exposiciones "La Granja", Círculo de Bellas Artes, Santa Cruz de Tenerife, septiembre-octubre, 2001] / Comisaria María de los Reyes Hernández Socorro. Canarias: Viceconsejería de Cultura y Deportes, D.L. 2001, volúmenes I-II.

ARTOLA, M. *Enciclopedia de Historia de España*. Madrid: Alianza Editorial, 1991, Tomo V.

ARRECHEA, M. J. *Arquitectura y Romanticismo. El pensamiento arquitectónico en la España del siglo XIX.* Valladolid: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid, 1989.

AZNAR VALLEJO, E. *Documentos canarios en el Registro del Sello (1476-1517)*. Tomo 1. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1981.

BENEDICTO JUSTO, A. M. *La introducción de la noción higienista en España (1850-1900). Equipamientos hospitalarios en Santa Cruz de Tenerife*. Tesina dirigida por Mª Isabel Navarro Segura. La Laguna: Universidad de La Laguna, [s.n.] 2003.

BÉRIAC, F. *Histoire des lépreux. París:* Editorial Imago, 1988.

BETANCOR GÓMEZ, M. J. *Epidemias y pleito insular. La fiebre amarilla en Las Palmas de Gran Canaria en el periodo isabelino*. Madrid: Ediciones del Cabildo de Gran Canaria y CSIC, 2002.

BLOCH, M. *La sociedad feudal*. Madrid: Ediciones Akal, 2002.

BONASTRA TOLDÓS, J. *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del lazareto*. Tesis Doctoral dirigida por Pedro Fraile Pérez de Mendigurem. Barcelona: Universidad de Barcelona, [s.n.] 2006.

BONET CORREA, A. *La polémica ingenieros-arquitectos en España, siglo XIX.* Madrid: Colegio Oficial de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos, 1995.

BOSCH MILLARES, J. *El Hospital de San Martín (Estudio histórico desde la fundación hasta nuestros días).* Las Palmas de Gran Canaria: Tipografía Minerva, 1940.

- *Historia de la Medicina de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria:* Cabildo Insular de Las Palmas de Gran Canaria, 1967, Tomos I y II.

BOSCH MILLARES, J.; BOSCH HERNANDEZ, J. *La Medicina en la Provincia de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria:* Mancomunidad de Cabildos, Plan Cultural y Museo Canario, 1981, Colección Guagua.

BOUYER, L. Milagro*.* In *Diccionario de Teología.* Barcelona: Herder, 1968.

BURNET, M., WHITE, D.: *Historia natural de la enfermedad infecciosa*. Madrid: Editorial Alianza, 1982.

BURGOS NUÑEZ, A. *Los orígenes del hormigón armado en España*. Tesis doctoral dirigida por Juan Calatrava Escobar. Universidad de Granada: Granada, 2009.

CABRERA ACOSTA, M. A. (ed.): *La Guerra Civil en Canarias*. La Laguna: Francisco Lemus Editor, 2000.

CABRERA ARMAS, L.G.; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, J. F. *UNELCO. Historia de la Electricidad en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: UNELCO, 1988, p. 25-39.

CALERO RUIZ, C., CASTRO BRUNETTO, C. J. y GONZALEZ CHÁVES, C. M. *Luces y sombras en el siglo ilustrado: la cultura canaria del setecientos. S*anta Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, Viceconsejería de Cultura y Deportes, 2008. Colección Historia cultural de arte en Canarias, tomo IV.

CÁMARA Y CRUZ, M.: *El puente del Cabo*. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Isleña, J. Benítez, 1883.

CÁMARA Y CRUZ, M.; SCHWARTZ MATTOS Y SAYER. *Observaciones relativas a la nueva organización de la provincia de Canarias*. Madrid: Establecimiento Tipográfico, 1910, volúmenes 1, 2 y 3.

CAMPOS DÍEZ, M. *El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 1999.

CANDELAS ANTEQUERA, M. *Federico Ozanam, modelo de identidad para los jóvenes*. Madrid: Editorial La Milagrosa, 1990.

CAPEL, H.; GARCÍA, L.; MONCADA, O.; OLIVÉ, F.; QUESADA, S.; RODRIGUEZ, A.; SÁNCHEZ J. E.; TELLO, R. *Los ingenieros militares en España, siglo XVIII. Repertorio bibliográfico e inventario de su labor científica y espacial*; Barcelona: Ediciones y Publicaciones de la Universidad de Barcelona, 1983. Colección «Geocrítica. Textos de Apoyo».

CAPEL, H; SÁNCHEZ, J. E. y MONCADA, O. *De Palas a Minerva. La formación científica y la estructura institucional de los ingenieros militares en el siglo XVIII*. Barcelona: Ediciones del Serbal/CSIC, 1988.

CARASA SOTO, P. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1985.

- *Historia de la beneficencia en Castilla y León. Poder y pobreza en la sociedad castellana.* Valladolid: [s.e.], 1991.

CARDINI, F.: *Magia, brujería y superstición en el Occidente medieval.* Barcelona: Traducciones Antonio Moya, 1982.

CARDONA, J. *Enfermedad y sociedad en los tiempos modernos*. Sevilla: Secretaría de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005.

CARO BAROJA, J. *Las brujas y su mundo*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

CARR, E. H. *¿Qué es la Historia?*. Barcelona: Editorial Seix Barral, 1970.

CARRERA PACHÓN, A. *La peste y los médicos en la España del Renacimiento.* Salamanca: Editorial Generic, 1976.

- *El problema del niño expósito en la España Ilustrada*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1977.

CARRILLO DE ALBORNOZ Y GALBEÑO, J.: El Cuerpo de Ingenieros y la fortificación en los siglos XVI al XVIII. In *Cartografía,* 2000.

- Los ingenieros militares en Canarias, siglos XVI al XVIII. In *Sociedad*, 2001.

CARTOGRAFÍA. *Cartografía y fortificaciones en Canarias, siglos XV al XVIII. Ciclo de conferencias*. Santa Cruz de Tenerife: Cátedra Cultural General Gutiérrez (IV Jornadas), 2000.

CARTWRIGHT, F. F. A. *Social History of Medicine: Themes in British.* Londres*:* Editorial Longman, 1977.

CASTIGLIONI A. *Historia de la Medicina*. Barcelona; Buenos Aires: Editorial Salvat, 1941.

CASTILLO, P. A. DEL. *Descripció de las Yslas de Canaria compuesta por D. Pedro Agustín del Castillo y León... dirigida al muy Ilustra Señor D. Francisco Bernardo Varona….Año de 1686.* Facsímil. Madrid: Ediciones del Cabildo Insular de Gran Canaria (Servicio Insular de Cultura), 1994.

CASTILLO Y LEÓN, P. A. del. *Descripción de las Yslas de Canaria compuesta por...* (1686). Edición y estudio de Antonio Betehncourt Massieu, Las Palmas de Gran Canaria: Ediciones del Cabildo Insular de Gran Canaria, 1994. 2 volúmenes.

CASTRO GONZÁLEZ, M. P. *Los cuidados asistenciales ante la enfermedad y la pobreza en la provincia de León, (S. XV-XVI)*. Tesis Doctoral dirigida por Prisciliano Cordero del Castillo. León: Universidad de León, 2009.

CHIRINO, A. y GONZÁLEZ PALENCIA, Á. *Menor daño de la medicina y espejo de medicina*: *Con un estudio preliminar acerca del autor y sus obras*. Palencia: Imprenta Cosano, 1945, Biblioteca Clásica de la Medicina Española, Tomo 14.

CIORANESCU, A. *La Laguna. Guía histórica y monumental*. La Laguna: Lit. Ángel Romero, 1965.

- *Historia de Santa Cruz de Tenerife*. IV Tomos. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife, 1979, Tomos I, II, III y IV.
- *Historia del Cabildo Insular de Tenerife 1913-1988*. Santa Cruz de Tenerife: Cabildo Insular de Tenerife, 1988.
- *Diccionario biográfico Canarios-Americanos.* Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Canarias-CajaCanarias, 1992.

CLAVIJO HDEZ., F.; LUIS BRITO, M.; CHAVES, A. *Hospitales esta es su Historia. Hospitales del Excelentísimo Cabildo de Tenerife*. [s.l.]: [s.e.], 1990.

- *El Hospital 1971-1996 (Aproximación a la Historia del Hospital Universitario de Canarias).* Santa Cruz de Tenerife: Burgado Editorial, 1996.

COE, R.M. *Sociología de la medicina.* Madrid: Alianza Universidad, 1979.

COELLO GÓMEZ, M. I.; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, M.; PARRILLA LÓPEZ, A. *Protocolos de Alonso Gutiérrez (1522-1525)*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife; Instituto de Estudios Canarios, 1980. Colección «Fontes Rerum Canariarum XXIV».

COHEN L. B. *Florence Nightingale*. [s.l.]: Scientific American, 1984.

COLA BENÍTEZ, L. *Santa Cruz, Bandera amarilla. Epidemias y calamidades (1494-1910);* Santa Cruz de Tenerife: Organismo Autónomo de Cultura, Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 1996.

- *Fundación, raíces y símbolos de Santa Cruz de Santiago de Tenerife: apuntes históricos*. Santa Cruz de Tenerife: Ayuntamiento, Organismo Autónomo de Cultura, 2006.

COLLINS, P. *Los ideales de la arquitectura moderna; su evolución (1750-1950)*. Barcelona: Gustavo Gili, 1998.

CONTRERAS DUEÑAS, F. y SUÁREZ INCLÁN, R. *Historia de la lepra en España.* Madrid: Gráficas Hergón, 1973.

COSME RAMÍREZ, M. y ROSAS MARTÍNEZ, M. *La evolución de las funciones económicas del Estado en la segunda postguerra*. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, 1999.

CRISLIP, A. T. *From Monastery to Hospital: Christian Monasticism and the Transformation of Health Care in Late Antiquity*. s.l.: University of Michigan Press, 2005, p. 103-110.

CUCÓ GINER, M. J. *Antropología urbana*. Barcelona: Editorial Ariel, 2008.

DARIAS PRÍNCIPE, A. *Arquitectura de la renovación urbana en Canarias: Islas Occidentales (1874-1931)*. Director Jesús Hernández Perera; Tesis-Universidad de La Laguna; La Laguna: [s.n.], 1984.

- *Arquitectura y arquitectos de las Canarias Occidentales: 1874-1931*. Santa Cruz de Tenerife: Caja General de Ahorros de Canarias, 1985. Premio de Investigación «Agustín de Bethencourt».

- *Panorama del modernismo arquitectónico en Canarias*. *In Separata de V Congres espanyol d'historia de l'art, Barcelona (1984)*. Cataluña: [s.e.], 1987.

- *Manuel de Oraá y la difusión provincial de los ideales académicos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1994.

- *Memorias de Santa Cruz de Tenerife*. Madrid: Tauro Producciones S.L., 1995.

- *Ciudad, arquitectura y memoria histórica 1500-1981: Santa Cruz de Tenerife;* Santa Cruz de Tenerife: Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 2004.

DAXELMÜLLER, C. H. *Historia social de la magia*. Barcelona: Editorial Herder, 1997.

DEL VAL VALDIVIESO, M.I. *Usos sociales del agua en las ciudades hispánicas de la Edad Media*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2002.

DEL VAL VALDIVIESO, M.I.; SANTO TOMÁS PÉREZ, M. *Los baños públicos en Valladolid. Agua, higiene y salud en el Valladolid medieval;* Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid y Aguas de Valladolid, 2002.

DESCARTES, R. *El tratado del hombre.* Madrid: Alianza Editorial, 1990.

DESIRÉ DUGOUR, José. *Apuntes de la Historia de Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Benítez y Cía, 1875.

DE SÁ BRAVO, H. *Boticas monacales y medicina naturista en Galicia*. León: Editorial Everest, 2007.

DE SOTO, Fr. D. *Deliberación en la causa de los pobres*. Salamanca: [s.e.], 1545.

DÍAZ PÉREZ, A. M. *Arquitectura militar en Santa Cruz de Tenerife*. Tesina dirigida por Carmen Fraga González. La Laguna: [s.n.], 1978.

DÍAZ PÉREZ, A. M. Y FUENTE PERDOMO, J. G. de la: *Estudio de las grandes epidemias en Tenerife. Siglos XV-XX*. Santa Cruz de Tenerife: ACT, Cabildo de Tenerife, 1990.

DODIN, A. *San Vicente de Paúl y la caridad*. Salamanca: CEME, 1977.

DOMINGUEZ APARICIO, J.; DOMINGUEZ DE CASTRO, S. *Leganés en el Archivo Histórico de Protocolos: Colección documental (siglos XVI-XVIII)*. Madrid: Editorial Vision net, 2007.

DONAHUE, M. P. *Historia de la Enfermería. Barcelona:* Ediciones Doyma, 1988.

DROSTE, M. *Bauhaus, 1919-1933*; Italia: Editorial Taschen, 2006.

DUBY, G. *Diálogo sobre la historia*. Madrid: Alianza Editorial, 1988.

Eduardo y Maud Westerdahl: 2 miradas del siglo 20: [exposición] Centro Atlántico de Arte Moderno de Las Palmas de Gran Canaria, del 30 de junio al 21 de agosto de 2005 / [comisariado Fernando Castro Borrego, Ángel Mollá Román]. Las Palmas de Gran Canaria: Centro Atlántico de Arte Moderno (CAAM), 2005.

El Cabildo Insular y la ciudad racionalista: [exposición conmemorativa del 50 Aniversario del inicio de las obras de la actual Sede Corporativa]. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de las Palmas de Gran Canaria, 1987.

ENCINOSO HERNÁNDEZ, A. *Guía del forastero*. Santa Cruz de Tenerife: Tipografía de Juan Sanz Cartanya, 1930.

EZQUERRO SOLANA, A. *Capitanía General de Canarias: Cien años de historia (1886-1986).* Santa Cruz de Tenerife: Zona Militar de Canarias, 1986.

ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. El hospital de Ycod de los Vinos. In *Homenaje a Alfonso Trujillo.* Tomo I. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura del Cabildo Insular de Tenerife, 1982.

FEBVRE, L. *Combates por la Historia.* Barcelona: Editorial Ariel, 1970.

FERNÁNDEZ, C. *Fuentes legales de la Medicina Española (siglos XIII-XIX).* Salamanca: Universidad de Salamanca, 1969.

FERNÁNDEZ ARIENZA, J. *La desconocida creación del colegio de médicos de León en 1898*; *Tierras de León*. León: 1997.

FETSCHER, I.; GREBING, H.; DILL G. *El socialismo de la lucha de clases al estado providencia.* Barcelona: Plaza y Janes S.A. Editores, 1976.

FERNÁNDEZ y FERNÁNDEZ, C. *La farmacia en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.* Santa Cruz de Tenerife: Centro Farmacéutico de Tenerife, 1966.

FONTAINE, J. *Isidoro de Sevilla et la culture classique dans l´Espagne visigothique* II. 3 Tomos. París: Études Augustiniennes, 1959.

FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México; Buenos Aires: Siglo XXI, 1978.

FOUCAULT, M. (Dir); ALLIAUME, J. M.; BARRET-KRIEGEL, J.-M.; BÉGUIN, B.; RANCIÈRE, D.; et alii. *Politiques de l'habitat: 1800-1850*. Paris: Collège de France/Equipe de recherches de la Chaire d'histoire des systèmes de pensée, 1977. (Informe para el Comité para la Investigación y el Desarrollo en Arquitectura). Paris: Corda, 1977.

FOUCAULT, M. y otros: *Les Machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Paris: P. Mardaga, 1979.

FRAGA GONZALEZ, C. *Arquitectura mudéjar en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1976.

- *Arquitectura neoclásica en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1977.
- *El arquitecto Manuel de Oraá y Arcocha (1822-1889)*. Santa Cruz de Tenerife: Instituto de Estudios Canarios, 1999.

FRAMPTON, K. *Historia crítica de la arquitectura moderna* (traducción de Jorge Sainz). Barcelona: Editorial Gustavo Gili S. A., 2005.

FRANCO SÁNCHEZ, F. *Muhammad As- Safra: El médico y su época*. Alicante: Universidad de Alicante, 1990.

FRENCH, R. Astrology in Medical Practice. In, ARRIZABALAGA, J. y CUNNINGHAM, A. (ed.). *Practical Medicine from Salerno to the Black Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, p. 30-59.

FRESQUET FEBRER, J. L. *Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderado*. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1990. Colección Textos clásicos de Salud Pública, nº 14.

FRIED, A. y ELLMAN, R. *Charles Booth's London*. Londres: Hutchinson, 1969.

Gaceta de arte: 1932-1936. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Arquitectos de Canarias, 1989.

Gaceta de arte y su época, 1932-1936: [exposición], Centro Atlántico de Arte Moderno, Las Palmas de Gran Canaria, 18 de febrero-20 de abril de 1997; y Sala de Exposiciones «La Granja» y Colegio Oficial de Arquitectos de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, 9 mayo-8 de junio de 1997. Las Palmas de Gran Canaria: Centro Atlántico de Arte Moderno, 1997.

GALANTE GÓMEZ, F. J. *Elementos del gótico en la arquitectura canaria.* Las Palmas de Gran Canaria: Edirca S.L., 1983.

- *Arquitectura canaria: el ideal clásico (desde la segunda mitad del siglo XVIII hasta finales del siglo XIX*). Las Palmas de Gran Canaria: Edirca, 1989.

GALLARDO PEÑA, M. *El clasicismo romántico en Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1992.

GALVÁN RODRÍGUEZ, E. *El origen de la autonomía Canaria. Historia de una Diputación provincial (1813-1925)*. Madrid: MAP, 1995.

GARANTILLA, P. *Breve Historia de la Medicina. Del Chaman a la Gripe A*. Madrid: Nowtilus saber, 2011.

GARCIA, C. *La primera sanidad de la isla de Tenerife. Médicos, boticarios y principales hospitales de La Laguna y otras localidades*. In *La Ciudad Relatos históricos y Tradicionales de La Laguna.* San Cristóbal de La Laguna: [s.e.], 1996

GARCÍA BALLESTER, L. *Los orígenes del saber anatómico occidental: del Corpus Hippocraticum a la anatomía alejandrina*. Revista *Medicina e Historia*, nº 25. Barcelona: Editorial Rocas, Publicaciones Médicas Biohorm, 1964-1971.

- *Galeno en la sociedad y en la ciencia de su tiempo*. Madrid: Ediciones Guadarrama, 1972.
- *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España Medieval*. Barcelona: Editorial Península, 2001, *Historia, Ciencia, Sociedad, 321*.

GARCÍA CAMARERO, E. *La polémica de la ciencia española*. Madrid: Alianza, 1970.

GARCIA DE CORTÁZAR, J. A. (Dir.). *Organización social del espacio en la España medieval. La Corona de Castilla en los siglos VIII al XV*. Barcelona: Editorial Ariel, 1985.

GARCÍA DE CORTAZAR, F.; GONZÁLEZ VEGA, J.M. *Breve Historia de España*. Madrid: Alianza Editorial, 1994.

GARCÍA MARTÍN-CARO, C. y MARTÍNEZ MARTÍN, M. L.. *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Editorial Elsevier, 2007.

GARCÍA MELERO, J. E. *Historicismo y eclecticismo en el debate internacional sobre la curva del auditorio teatral durante la Ilustración.* Madrid: Goya, Fundación Lázaro Galiano, 1995.

- *Arte español de la Ilustración y del siglo XIX: en torno a la imagen del pasado. Madrid:* Encuentro L., 1998.

- *Literatura española sobre artes plásticas.* Madrid: Editorial Encuentro, 2002. Tomos 1 y 2.

GARCÍA MELERO, J. E.; VIÑUELAS GONZÁLEZ, J. M. *Historia del arte español moderno y contemporáneo.* Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), 2001.

GARCÍA NIETO, V.; HERNÁNDEZ GONZALEZ, J. *Páginas médicas canarias de ayer.* Tenerife: Ediciones Idea, 2007.

GARCÍA NIETO, V.; HERNÁNDEZ YANES, J. R.; CONCEPCIÓN ALONSO, S. *La obra pediátrica de Diego Guigou y Costa.* Santa Cruz de Tenerife: Industrias Gráficas Canarias (JSP), 1991.

GARCÍA SANCHIZ, F. *Nuevo descubrimiento de Canarias.* Madrid: Biblioteca Renacimiento, 1910.

GARCÍA VALDÉS, A. *Historia de la medicina.* Madrid: Editorial Interamericana-McGraw-Hill, 1987.

GARGANTILLA, P. *Breve Historia de la Medicina. Del Chaman a la Gripe A*. Madrid: Nowtilus saber, 2011.

GARMA, S.; PESET, J.L.; PÉREZ GARZÓN. *Ciencia y revolución burguesa en España*. Madrid: Editorial Siglo XXI, 1994

GARRIGA GUITART, D. *Del Bimaristán al Hospital Psiquiátrico. Historia de la Enfermería y la Salud Mental en el Islam*. Madrid: Edita la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), 2010.

GEREMEK, B. *La piedad y la horca. Historia de la miseria y de la caridad en Europa*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

GIMÉNEZ ROMERA, W. *Crónica de las Islas Canarias*. Madrid: Editores Rubio, Grilo y Vitturi, 1868.

GIL MARÍN, J.C. *Codex Canariensis. Compilación de los documentos constitutivos del hecho diferencial archipelágico*. Madrid: Cultiva Comunicaciones, S.L., 2009.

GIORDANO, O. *Higiene y buenas maneras en la Alta Edad Media*. Madrid: Gredos, 2001.

GLAS G. *Descripción de las Islas Canarias, 1764*. Tenerife: Instituto de Estudios Canarios; Goya Ediciones, 1982.

GÓMEZ ARANDA, M. *Sefarad científica: Ibn Ezra, Maimónides, Zacuto: la visión judía de la ciencia en la edad media*. Madrid: Nivola, 2003.

GONZÁLEZ, F.; NAVARRO, A.; SÁNCHEZ, M. A.; y Cols. *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Madrid: Editorial Ars Medica, 2004.

GONZÁLEZ BETHENCOURT, J. V. *Curándonos en salud. Claves de la Sanidad en Canarias.* Tenerife: Planeta, 2009.

- *El médico de los pobres. Manuel Bethencourt del Rio*. Tenerife: Ediciones Idea. Memoria Histórica, 2008.

- *Diario y Cartas de la cárcel. Manuel Bethencourt del Rio.* Tenerife: Ediciones Idea. Memoria Histórica, 2008.

GONZÁLEZ DE FAUVE, M.E. *Medicina y sociedad: curar y sanar en la España de los siglos XIII al XVI.* Madrid: Universidad de Buenos Aires; Instituto de Historia de España Claudio Sánchez Albornoz, 1996.

GONZALEZ DE PABLO, A. *Enfermedad, clínica y patología. Estudios sobre el origen y desarrollo de la Medicina Contemporánea.* Madrid: Editorial Complutense, 1993. Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia nº 1.

GONZALEZ DIAZ, F. *A través de Tenerife.* Las Palmas de Gran Canaria: Tipología de Domingo Solís y Lorenzo, 1903.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, E. *Tomás Cerviá Cabrera, un médico en la Historia de Canarias*. Discurso de ingreso en el Instituto de Estudios Canarios, 23-4-1987. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, 1987.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, O. *El Hospital de Nuestra Señora de los Dolores. Estudio histórico-artístico*. La Laguna: Ayuntamiento de La Laguna, 1995.

GONZALEZ LEMUS, N. *Clima y medicina. Los orígenes del turismo en Canarias.* Tenerife: Ediciones Idea, 2007.

- *El turismo en la Historia del Puerto de la Cruz a través de sus protagonistas.* Puerto de la Cruz: Escuela Universitaria de Turismo Iriarte, 2010.

GONZÁLEZ PADRÓN, A.M. *Telde: Mito y realidad*. Telde: Ayuntamiento de Telde, 1996, p. 38.

GRANJEL, L. S. *El libro médico en España (1808-1936)*. Salamanca: Ediciones del Instituto Médico de Historia de la Medicina Española, 1975.

- *Historia de los hospitales en el siglo XVIII*. Valladolid: [s.e.], 1980.

GRAVAGNUALO, B. *Adolf Loos: teoría y obras*. Madrid: Editorial Nerea, 1988.

GUERRA, F. *El hospital en Hispanoamérica y Filipinas, 1492-1898*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica, 1994.

GUERRA, J. P. de. *Diario*. Santa Cruz de Tenerife: Biblioteca de Autores Canarios, Aula de Cultura de Tenerife, 1976. Vols. 1 y 2.

Guía del forastero de Santa Cruz de Tenerife. La Laguna: Imprenta de N. Vera, 1927.

GUIMERÁ, A. *Fortificaciones canarias y sistema defensivo imperial (siglos XVI-XVIII)*. In *Cartografía*, 2000.

- *Guerra y sociedad en el siglo XVIII canario.* In *Sociedad,* 2001.

GUIMERÁ, M. *El pleito Insular (1808-1936)*. Madrid: Instituto de la Administración Local, 1987.

GUIMERÁ FRAGOSO, J. *Hospital de Niños: Memoria Reglamentaria en que se relata la Historia de este benéfico Asilo, desde su fundación en 1901, hasta el año actual;* Santa Cruz de Tenerife: Tipografía El Comercio*,* 1914.

GUTIERREZ, R. *Arquitectura y urbanismo en Iberoamérica*. 4ª Edición. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A., 1983.

GYÖRKÖ, A. C. *La lepra en el Archipiélago canario;* Trabajo presentado al X Congreso Internacional de Dermatología en Londres los días 21 y 26 de julio de 1952, con prólogo de Juan Bosch Millares. Las Palmas de Gran Canaria: 1952.

HASKINS, C. H. *Studies in the History of Mediaeval Science*. Cambridge-Mass. Harvard University Press, 1924

HAUSER, P. H. *Madrid bajo el punto de vista médico-social*. Madrid: Suc. De Rivadeneyra, 1905.

HENRIQUES DE NORONHA, H. *Memórias seculares e eclesiásticas para a composiçãda história da Diocese do Funchal na Ilha da Madeira.* Funchal: Centro de Estado de História do Atlântico, Secretaria Regional do Turismo e Cultura, 1996.

HERNÁNDEZ, J.; GARCIA NIETO, V.; BETANCOR GÓMEZ, M. J. *Revista médica de Canarias (1896).*Tenerife: Litografía Romero S.A., 2001.

HERNÁNDEZ ANDREU, J. *Historia monetaria y financiera de España*. Madrid: Editorial Síntesis, 1996.

HERNANDEZ CONESA, J. *Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995.

HERNANDEZ GONZALEZ, M. *Enfermedades y muerte en Canarias en el siglo XVIII. Sevilla:* Ediciones Idea, 2004. Tomo I.

- *La enfermedad, la violencia y las catástrofes*. Sevilla: Ediciones Idea, 2004. Tomo II.

HERNÁNDEZ GUTIERREZ, A. S. y GONZÁLEZ CHÁVEZ, C. M. *Arquitectura para la ciudad burguesa. Canarias, siglo XIX.* Santa Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, Viceconsejería de Cultura y Deportes, 2009. Colección Historia cultural de arte en Canarias, tomo VI.

HERNÁNDEZ IGLESIAS, F. *La beneficencia en España.* Madrid: [s.e.], 1876. Tomos I y II.

HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M. C. *Los maestros de obras en las Canarias occidentales (1785-1940)*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura del Cabildo de Tenerife, 1992.

HERNANDEZ ROMERO, F. *Contribución al estudio de las aguas minero-medicinales de El Pozo de la Salud. Sabinosa. Isla de El Hierro*. Tesis Doctoral dirigida por Eduardo Navarro García y Simeona Alonso Díaz. La Laguna: Universidad de La Laguna, [s.n.] 2010.

HERNÁNDEZ SOCORRO, M. R., FUENTES PÉREZ, G. y GAVIÑO DE FRANCHY, C. *El despertar de la cultura en la época contemporánea: artistas y manifestaciones culturales del siglo XIX en Canarias.* Santa Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, Viceconsejería de Cultura y Deportes, 2009. Colección Historia cultural de arte en Canarias, tomo V.

HERRERA HERNÁNDEZ, M.; LÓPEZ SAMBLÁS, J. P. *Pediatría canaria. Progresos y perspectivas*. Granada: Editorial Comares, 1997.

HIMMELFARB, G. *La idea de la Pobreza. Inglaterra a principios de la era industrial*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

HOWARD, J. *The state of the Prisions in Englad and Wales* (1777).

- *An Accout of the principal lazaretos in Europe* (1789).

IGLESIAS PICAZO, P: *La habitación del enfermo. Ciencia y arquitectura en los hospitales del Movimiento Moderno.* Barcelona: Fundación Caja de Arquitectos, 2011.

INSUA CABANAS, M. *Arquitectura hospitalaria gallega de pabellones*. A Coruña: Servicio de Publicaciones de la Universidade da Coruña, 2002.

ISASI, J.; PIELTAIN, A. *Hospitales. La arquitectura del Insalud. 1986-2000*. Madrid: Insalud, 2000. Publicación nº 1.768.

Isla raíces: visiones insulares en la vanguardia de Canarias: [exposición] / [comisario, Federico Castro Morales]. Santa Cruz de Tenerife: Fundación Pedro García Cabrera, 2005.

JACQUART, D. y MICHEAU, F. *La Médecine arabe et l´occident médiéval*. París: Maisonneuve & Larose, 1990.

JARAMILLO ANTILLÓN, J. *Historia de la filosofía de la medicina*. San José- Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica, 2005.

JIMÉNEZ LUCENA, I. *Cambios políticos y alternativas sanitarias: el debate sanitario en la Segunda República.* Tesis doctoral dirigida por Jesús Alberto Castellanos Guerrero. Málaga: Universidad de Málaga [s.n.], 1995.

JIMÉNEZ SALAS, M. *Historia de la Asistencia Social en España en la Edad Moderna.* Madrid: C.S.I.C., 1958. Monografías histórico-sociales, volumen IV.

JIMENO Y BRUN, E.R. *Breves nociones de higiene privada y social*; 2ª edición; Imprenta de Eduardo Uría; Oviedo; 1883.

JONES, E. *Vida y Obra de Sigmund Freud*. Barcelona: Editorial Anagrama, 2003, Tomo I.

KRIER, R. *El espacio urbano*. Barcelona: Gustavo Gili, 1981.

KUHN, T. S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Tecnos, 1975.

La arquitectura como escenografía: José Enrique Marrero Regalado (1897-1956). Canarias: Demarcación de Tenerife-Gomera-Hierro, Colegio de Arquitectos de Canarias, 1992.

LADIVAR HEREDIA, J., LADIVAR ESCALADA, M. E. y PRIETO CÁRDENAS, Z. M. *Historia de la Medicina. Guía de clases*. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2004.

LAFUENTE, A. *Carlos III y la ciencia de la Ilustración*. Madrid: Alianza Universidad, 1988.

LAHUERTA GARCÍA, J. *La Cruz Roja en Canarias: 125 años de labor humanitaria (1875-1999).* Sevilla*:* Ediciones Idea, 2004.

LAÍN ENTRALGO, P. *Enfermedad y pecado*. Barcelona: Editorial Troya, 1961.

- *Historia Universal de la Medicina*. 7 Tomos. Barcelona, Editorial Salvat, 1972-1975.
- *Historia de la medicina*. Barcelona: Editorial Salvat, 1978.

LAORDEN RAMOS, C. *Los Ingenieros Militares y las fortificaciones de Canarias.* In *Cartografía,* 2000.

LEISTIKOW, D. *Edificios hospitalarios en Europa durante diez siglos. Historia de la arquitectura hospitalaria*. Ingelheim am Rhein: C.H. Boehringer Sohn, 1967.

LEMOYNE, G. *Memorias biográficas de Juan Bosco*. Turín: Escuela Tipográfica Salesiana, 1917.

LE GOFF, J. *Una historia del cuerpo en la Edad Media*. Barcelona: Editorial Paidós, 2005.

LEÓN, F. M. de. *Apuntes para la historia de las islas Canarias 1776-1868.* Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura Canaria, 1966.

LINDEMANN, M. *Medicina y sociedad en la Europa Moderna*, *1500-1800*. Madrid: Editorial Siglo XXI, 2000.

LIVI BACCI, M. *Historia de la población europea.* Barcelona*:* Editorial Crítica, 1999.

LÓPEZ, R. S. *El nacimiento de Europa.* Barcelona: Editorial Labor, 1965.

LÓPEZ ALONSO, C. *La pobreza en la España medieval*. Estudio histórico-social. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1986.

LÓPEZ GARCÍA, J. S. *La Arquitectura del Renacimiento en el Archipiélago Canario.* La Laguna (Tenerife): *Instituto* de Estudios Canarios, 1983; p. 17-50.

LÓPEZ GARCÍA, J. S. y CALERO RUIZ, C. *Arte, sociedad y arquitectura en el siglo XVII: la cultura del barroco en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria: Viceconsejería de Cultura y Deporte, Gobierno de Canaria, 2008. Historia Cultural del Arte en Canarias, volumen III.

LÓPEZ PIÑERO, J. M. *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.

- *Diccionario histórico de la Ciencia Moderna en España*. 2 Tomos. Barcelona: Editorial Península, 1983.
- *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza, 2000.

LÓPEZ TERRADA, M.L. *El tratamiento de las sífilis en un hospital renacentista: la sala del mal de siment del Hospital General de Valencia*. In *Asclepio*, nº 41 (2), 1989.

LUQUE HERNANDEZ, A. *La Orotava, corazón de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Ayuntamiento de La Orotava, 1998.

MADAIGAN DE UGARTE, V. *Manual de Servicio Social*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile, 1970, 5ª edición.

MADOZ, P. *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*. Madrid: Estudio Literario y Tipográfico de P. Madoz y L. Sagasti, 1846. Tomo V.

MAFFIOTE, L. *Los periódicos de las Islas Canarias. Apuntes para un catálogo (1758-1905).* Madrid: Alonso Impresor, 1905-06.

MALUQUER Y VILADOT, J. *Recuerdos de un viaje a Canarias.* Barcelona: Imprenta de Henrich y Compañía en Comandita, 1906.

MARRERO, M., PADRON, M. y RIVERO, B. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. VI, 1538-1544.* La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1998. Colección Fontes Rerum Canariarum.

MARTIN DEL CASTILLO, J. F. *Los primeros laboratorios de Las Palmas (1904-1926)*. Las Palmas de Gran Canaria: Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, 1996.

- *La voluntad de Hipócrates: principales episodios de la Junta Municipal de Sanidad y la salud pública en Las Palmas de Gran Canaria, 1875-1915;* Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea, 2009.

MARTINEZ GALINDO, P.M. *La vid y el vino en Tenerife en la primera mitad del siglo XVI*. La Laguna (Tenerife): Instituto de Estudios Canarios, 1998.

MARTIN RODRIGUEZ, F. G. *Arquitectura doméstica canaria.* Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, 1978.

- *La primera imagen de Canarias. Los dibujos de Leonardo Torriani*. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Arquitectos de Canarias, 1986.
- *Santa Cruz de la Palma : la ciudad renacentista*. Santa Cruz de Tenerife: Cepsa, 1995.

MARTÍN RUIZ, J. F. La *población de Canarias. Análisis sociodemográfico y territorial (el debate actual).* Las Palmas de Gran Canaria: Anroart Ediciones, 2005. Colección Textos Universitarios.

MARTÍNEZ ALCUBILLA, M. *Diccionario de Administración, obra de utilidad práctica para los alcaldes y ayuntamientos y para todos los funcionarios públicos en el orden judicial y administrativo*. Madrid: Imprenta de A. Peñuelas, 1858, Tomo II.

MARTÍNEZ CUADRADO, M. *Restauración y crisis de la Monarquía (1874-1931)*. Madrid: Alianza Editorial, 1991. Colección Historia de España, volumen 6.

MARTÍNEZ DE LA PEÑA, D.: *La arquitectura del siglo XIX en Canarias*, en *Historia de Canarias*; Tomo III; Editorial Planeta; Madrid; 1981.

MARTÍNEZ-PEREZ, J., PORRAS GALLO, Mª I., SAMBLÁS TILVE, P. y DEL CURA GONZÁLEZ, M. *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 2004.

MARTÍNEZ VIERA, F. *El antiguo Santa Cruz. Crónica de la capital de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Instituto de Estudios Canarios, 1967.

MATEOS ROYO, J.A. *Auge y decadencia de un municipio aragonés: el Concejo de Daroca en los siglos XVI y XVII*. Daroca: Centro de Estudios Darocenses, 1997.

MAYNTZ, R. *Sociología de la organización*. Madrid: Alianza, 1972.

MAZA, E. *Pobreza y asistencia social en España. Siglos XVI al XX. Aproximación histórica*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, 1987.

MELLADO, F. de P. *Enciclopedia moderna. Diccionario Universal de Literatura, Ciencias, Arte, Agricultura, Industria y Comercio*. Tomo I. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Mellado, 1864.

MENDOZA-VEGA, J. M. D. *Lecciones de Historia de la Medicina*. Segunda edición aumentada y corregida. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2003, Colección Ciencias de la Salud.

MEZZADRI, L. *Vida Breve de San Vicente*. Salamanca: CEME, 1990.

MOIX MARTÍNEZ, M. *El derecho de pobres isabelino.* In *Revista de trabajo* nº 48, 1974, p. 225-257.

MOLINA JIMÉNEZ, I.; ACUÑA ACOSTA, V. H.; GUTIÉRREZ, J. M.; JARAMILLO ANTILLÓN, J.; PÁEZ, J.; JIMÉNEZ, M. *Balances del siglo XX: historia, microbiología, medicina y física*. San José-Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Escuela de Estudios Generales (Sección de Historia de la Cultura), 2004, Serie Cuadernos de Historia de la Cultura nº 11.

MOLLAT, M. *Les pauvres au Moyen Âge. Étude sociale*. Paris: Hachette, 1978, p. 14.

- *Pobres, humildes y miserables en la Edad Media*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 10-12.

MOLERO MESA, J. *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral dirigida por Esteban Rodriguez Ocaña. Granada: Universidad de Granada [s.e.], 1989.

MOLINA JIMENEZ, I., ACUÑA ACOSTA, V.H., GUTIERREZ, J.M.; JARAMILLO ANTILLÓN, J., PÁEZ, J. y JIMÉNEZ, M. *Balances del siglo XX: historia, microbiología, medicina y física.* San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Escuela de Estudios Generales (Sección de Historia de la Cultura), 2004. Serie Cuadernos de Historia de la Cultura nº 11.

MONLAU, P. *Elementos de Higiene Pública*. Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra, 1862.

MORALES LEZCANO, V. *Síntesis de la Historia Económica de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1966.

MORALES y MORALES, A. *Geografía médica del término municipal de Los Silos (Tenerife)*. Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Afra, 1982.

MORELL, A. *La legitimación social de la pobreza*. Barcelona: Anthropos, 2002.

MORENO FUENTES, F. *Las datas de Tenerife (Libro primero de datas por testimonio)*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios (C.E.C.E.L.), 1992.

MOUTINHO, M. *A arquitectura popular portuguesa*. 3ª edición. Lisboa: Editorial Estampa, 1995.

MUÑOZ MACHADO, S. *La sanidad Pública en España*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos, 1975.

- *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J. L. y GONZÁLEZ SEARA, L. *Las estructuras del Estado de Bienestar en Europa*. Madrid: Editorial Civitas, 2000.

MURRAY, A. *Razón y sociedad en la Edad Media*. Madrid: Editorial Taurus, 1982.

NADAL, J. *La población española*. Barcelona: Editorial Ariel, 1975.

NAVARRO SEGURA, M. I. *Arquitectura de la postguerra en Canarias*. Las Palmas de Gran Canaria: Mancomunidad de Cabildos, Plan Cultural: Museo Canario, 1981.

- *Arquitectura del Mando Económico en Canarias. La posguerra en el Archipiélago*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1982.
- *El racionalismo en Canarias: manifiestos, arquitectura y urbanismo*. Santa Cruz de Tenerife: Cabildo Insular de Tenerife, 1988.
- *José Enrique Marrero Regalado (1897-1956): La arquitectura como escenografía*. Santa Cruz de Tenerife: Demarcación de Tenerife-Gomera-Hierro, Colegio de Arquitectos de Canarias, 1992.
- *La Laguna 1500: la ciudad-república. Una utopía insular según "Las Leyes" de Platón*. La Laguna: Edei-Ayuntamiento de La Laguna 1999.
- *Eduardo Westerdahl y Alberto Sartoris, correspondencia (1933-1983) : una maquinaria de acción.* Santa Cruz de Tenerife: Instituto Óscar Domínguez de Arte y Cultura Contemporánea, Cabildo Insular de Tenerife, 2005.

NAVARRO SEGURA, M.I. y MEDINA ESTUPIÑAN, G. *Canarias: Arquitecturas desde el siglo XXI*. Santa Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria: Viceconsejería de Cultura y Deporte, Gobierno de Canaria, 2011. Historia Cultural del Arte en Canarias, volumen IX.

NIGHTINGALE, F. *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Editorial Masson, 1999.

Novísima recopilación de la Leyes de España dividida en XII libros, en que se reforma la Recopilación… Madrid, 1805. [Edición facsímil]. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1975, 6 Tomos.

NÚÑEZ DE LA PEÑA, J. *Conquista y antigüedades de la isla de la Gran Canaria (Madrid, 1676)*. Edición facsímil. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 1994.

OLIVE, P. *Diccionario Estadístico-administrativo de las Islas Canarias.* Barcelona: [s.e.], 1865.

OLIVEIRA RAMOS, L. A. Do Hospital Real de Todos os Santos à história hospitalar. In *Revista da Faculdade de Letras. Historia,* número 10, 1993.

Ordenanzas Municipales de la M.L.N.I. y M.B. ciudad de Santa Cruz de Tenerife; Santa Cruz de Tenerife: Librería y Tipografía Católica, 1926.

OSSUNA Y VAN DEN-HEEDE, M. de: *El regionalismo en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Talaya Ediciones, 1983.

PADILLA BARRERA, J.; EZQUERRO SOLANA, A. *Apuntes históricos sobre la construcción del Palacio de la Capitanía General de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura Canaria, 1981.

PALENZUELA, N. *El primer Pedro García Cabrera*. Madrid: Ediciones del Cabildo Insular de Gran Canaria, 1991.

PARDO DE SANTAYANA, F. El ejército español en Canarias en el siglo de la Ilustración. In *Sociedad*, 2001, p. 67-91.

PAREDES ALONSO, F. J. *Historia contemporánea de España: Siglo XIX.* Barcelona: Editorial Ariel, 2008.

- *Historia contemporánea de España: Siglo XX.* Barcelona: Editorial Ariel, 2008.

PAULIER, A. *Manual de Higiene pública y privada*. Valencia: Librería de Pascual Aguilar, 1881.

PAYNE, S. G. *La primera democracia española. La Segunda República 1931-1936*. Barcelona: Paidós, 1995, p. 103-150. Colección Estado y Sociedad.

PRADA VILLALOBOS, M. *Asistencia y hospitalidad en León durante la Edad Media*. León: Universidad de León, 2003.

PEÑA, C. Y GIRÓN, F. *La prevención de la enfermedad en la España Bajo Medieval*. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2006.

PERAZA DE AYALA, J. *Ordenanzas de la Isla de Tenerife y otros estudios para la Historia municipal de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1976.

PEREZ GONZALEZ, R. *Las ciudadelas de Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1982.

PÉREZ MORERA, J. y RODRIGUEZ MORALES, C. *Arte en Canarias: del gótico al manierismo*. Santa Cruz de Tenerife; Las Palmas de Gran Canaria: Viceconsejería de Cultura y Deporte, Gobierno de Canaria, 2008. Historia Cultural del Arte en Canarias, volumen II.

PEREZ PARRILLA, S. *La arquitectura racionalista en Canarias (1927-1934)*. Las Palmas de Gran Canaria: Excma. Mancomunidad de Cabildos, 1977.

PÉREZ QUINTANA, F. *Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen*. In *Estudios de Historia Social*, nº 4. Madrid: 1978.

- *Evolución organizacional de un hospital*. Tesis doctoral dirigida por Florencio Jiménez Burillo. La Laguna: Universidad de La Laguna, 1987.

PÉREZ y PÉREZ, J. *Historia y realidad del Sanatorio psiquiátrico provincial*. In *El Día,* 18 de diciembre de 1977.

PERONA LARRAZ, J. L. et alii: *Historia hospitalaria de la Vía de la Plata*. Salamanca: Sedisa Siglo XXI. Club Rotario Puerta de Hierro, Consejería de Sanidad de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura y Caja Duero, 2009.

PEVSNER, N: *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona: Gustavo Gili, 1979.

PIEDROLA GIL, G., DEL REY CALERO, J., DOMÍNGUEZ CARMONA, M. Y Cols. *Medicina Preventiva y salud pública*. Barcelona: Editorial Masson, 1991, 9ª edición, p. 44-56.

PLUTARCO. *Obras morales y de costumbres (Moralia)*. Madrid: Editorial Gredos, 1995, p. 81F-82A.

POGGI Y BORSOTTO, F. M. *Guía Histórica descriptiva de Santa Cruz de Tenerife* [Edición facsímile de la edición original, Santa Cruz de Tenerife: Imprenta Isleña, 1881). Santa Cruz de Tenerife: Organismo Autónomo de Cultura del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 2004.

POLANCO ESQUIVIAS, B. *¡Agua va! La higiene urbana en Madrid (1561-1761).*Madrid: *Ayuntamiento* de Madrid*,* 1988.

POLLARD, E. F. *Florence Nightingale, la amiga del soldado herido*. Bizkaia: Colegio de Enfermería de Bizkaia y la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia, 2010.

PRATT, A. *Los salvadores del niño o la invención de la delincuencia*. México D.F.: Siglo XXI, 1983.

PRIMAVERA, H.; DE SANZO, C y COVAS, H. *Reinventando el mercado: la experiencia de la Red Global de Trueque en Argentina*. Buenos Aires: PAR, 1998.

PRIMO DE LA GUERRA, J. *Diario I-II [1775-1820]*. Edición e Introducción por Leopoldo de la Rosa Olivera. Biblioteca de Autores Canarios. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1976.

Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre la vida administrativa de su mancomunidad, cabildos, ayuntamientos y algunas de sus entidades oficiales, durante el primer quinquenio de la dictadura. Santa Cruz de Tenerife: [s.n.], 1929.

Relaciones artísticas entre Portugal y España : [Simposio hispano-portugués, celebrado en Salamanca, los días 2,3 y 4 de mayo de 1985] / coordinador Jesús Mª Caamaño. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Educación y Cultura, 1986.

Res gloriam decorant: RGD: arte sacro en la Laguna: [exposición] / La Laguna: Ayuntamiento de la Laguna, 1998.

RIERA, J. *Planos de Hospitales Españoles del siglo XVIII*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1975.

- *Ordenanzas y asientos de hospitales militares en España (siglo XVIII)*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1992.

RIVERA GARRETA, M. *La diferencia social en la Historia*. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia, 2005.

RODRÍGUEZ CABALLERO, J. *La economía laboral en el período clásico de la historia del pensamiento económico.* Valladolid: Universidad de Valladolid, 2003.

RODRÍGUEZ CABEZAS, Á. y RODRÍGUEZ IDÍGORAS, M. I. *Historia ilustrada de la medicina.* Málaga: Editorial Algazara, 1996.

RODRIGUEZ GONZÁLEZ, M. *Panorama artístico de Tenerife en el siglo XVIII: Santa Cruz de Tenerife a través de las escribanías.* Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura del Cabildo Insular, 1983.

RODRÍGUEZ DE GRACIA, H. *Pobreza y beneficencia en la provincia (1500-1800).* Toledo: Diputación Provincial de Toledo, 1983.

RODRÍGUEZ MAFFIOTE, C. *Historia de la medicina* .Santa Cruz de Tenerife: Conrado Rodríguez Maffiote L., 1981.

RODRIGUEZ MOURE, J. *Guía histórica de La Laguna*. La Laguna, Tenerife: Instituto de Estudios Canarios, 1935.

RODRIGUEZ MORALES, C. *Cristóbal Hernández de Quintana.* Canarias: Viceconsejería de Cultura y Deportes, 2003.

- *Cristóbal Hernández de Quintana.* Canarias: Viceconsejería de Cultura y Deportes, 2003.
- *Los conventos agustinos de Canarias. Arte y religiosidad en la sociedad insular de la época moderna*. Tesis Doctoral dirigida por Margarita Rodríguez González. La Laguna: Universidad de La Laguna, 2011.

RODRÍGUEZ RUIZ, D. *Arquitectura del siglo XX*. Madrid: Editorial Historia 16, 1989. Volumen nº 47

ROMERO SAMPER, M. *La oposición durante el franquismo*. El exilio republicano. Madrid: Ediciones Encuentro, 2005.

Roque de Montpellier: iconografía de los santos protectores de la peste de Canarias: [exposición] / IV Centenario de la Advocación de San Roque en Garachico, 1606-2006, Exconvento de San Francisco, Villa y Puerto de Garachico, 20 de octubre - 3 de diciembre de 2006; [comisario, Jesús Pérez Morera; estudios, Jesús Pérez Morera, Lorenzo Santana Rodríguez, Juan Gómez Luis-Ravelo]. Canarias: Viceconsejería de Cultura y Deportes, Gobierno de Canarias, 2006.

ROSA OLIVERA, L. de la. *Evolución del régimen local de las Islas Canarias*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1946.

ROSA OLIVERA, L. de la y MARRERO, M. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. V, 1525-1533.* La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1986. Colección Fontes Rerum Canariarum.

ROSEN G. *History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.

ROXBOROGH, J. *The Legacy of Thomas Chalmers*. In, *International Bulletin of Missionary Research* nº 23-24, 1999.

RUBIO VELA, A. *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*. Valencia: Diputación Provincial, Institución Alfonso el Magnánimo, 1984.

RUIZ RODRÍGUEZ, F. *José Enrique Marrero Regalado, un arquitecto de la generación de 1925*. Tomo I-II. Tesis doctoral dirigida por Mª Isabel Navarro Segura. La Laguna: Universidad de La Laguna, 1994.

RUMEU DE ARMAS, A. *Piratería y ataques navales contra las Islas Canarias*. Tomo II. Madrid: Instituto Jerónimo Zurita, 1947-1950.

- *Ciencia y tecnología en la España Ilustrada. La Escuela de Caminos y Canales*. Madrid: Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos, 1980.

SÁNCHEZ ALVAREZ, J. *El Protomedicato navarro*. Pamplona: Universidad de Navarra, 1990.

SÁNCHEZ ARCAS, M.; LAGARDE, E.; LABAYEN, J.; AZPIPURÚA, J.M. *Memoria del anteproyecto de un hospital en San Sebastián*. Madrid: Artes Gráficas Faure, 1933.

SÁNCHEZ GRANJEL, L. *La medicina española del Renacimiento*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1980.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. A. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Editorial Masson, 2002.

SÁNCHEZ ROBAYNA, A. *La literatura y su crítica en Gaceta de Arte: 1932-1936.* Barcelona: Universidad de Barcelona, Departamento de Filología Española, 1989.

- *Canarias: las vanguardias históricas.* Tenerife: Centro Atlántico de Arte Moderno y Gobierno de Canarias (Viceconsejería de Cultura y Deporte), 1992.

SANTAMARIA ALMOLDA, R. *La tipología hospitalaria española en la Real Academia de las Bellas Artes de San Fernando (1814-1875).* Tesis doctoral dirigida por José Enrique García Melero. Madrid: Publicaciones de la UNED, 2000.

SANTANA PÉREZ, J. M. y MONZÓN PERDOMO, M. E. *Hospitales de La Laguna durante el siglo XVIII.* Tenerife: Excelentísimo Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna, 1996.

SANTO TOMÁS PÉREZ, M. *La asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media*. Tesis Doctoral dirigida por Mª Isabel del Val Valdivieso. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2002.

SANTOS PERDOMO, A. y SOLÓRZANO SÁNCHEZ, J. *Datos para la Historia del abastecimientos de aguas de Santa Cruz de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife: Publicaciones de la Empresa Municipal de Aguas, 1982.

SANZ VALERO, M. *et alii*. *Dispensarios antituberculosos de la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalidad Valenciana, 1999.

SEBASTIÁN CARAZO, L. de. *La solidaridad: Guardián de mi hermano*. Barcelona: Ariel, 1996.

SERRA RÀFOLS, E. *Las datas de Tenerife: libro V de datas originales*. La Laguna, Tenerife: Instituto de Estudios Canarios, 1978.

- *Acuerdos del Cabildo de Tenerife I, 1497-1507*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1996.

SERRA RÀFOLS, E.; ROSA OLIVERA, L. de la. *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. II, 1508-1513*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1952. Colección Fontes Rerum Canariarum.

- *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. III, 1514-1518*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1965. Colección Fontes Rerum Canariarum.

- *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. IV, 1518-1525*. La Laguna: Instituto de Estudios Canarios, 1970. Colección Fontes Rerum Canariarum.

SHELDON, W. *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2000.

SIGAL, P. A. *Les marcheurs de Dieu. Pélérinages et pélérins au Moyen Âge*. Paris: Armand Colin, 1974.

SOSA, FRAY J. de. *Topografía de la isla afortunada de Gran Canaria*. Las Palmas de Gran Canaria, Ediciones del Cabildo Insular, 1994.

SOSA, J. DE. *Topografía de la isla afortunada de Gran Canaria*. 1ª edición. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria, 1994.

SOSA DÍAZ-SAAVEDRA, J. A. *Arquitectura moderna en Canarias: 1925-1965*. Tenerife: Colegio de Arquitectos de Canarias, 2002.

STEFANO, Maestro. *Libro de visitaciones e conciliaciones medicorum*. Madrid: Biblioteca Nacional de España, ms. 18052, col.

STEVENS, H.: *The American hospital of the twentieth century, a treatise on the development of medical institutions, both in Europe and in America, since the beginning of the present century*. Nueva York: Architectural Record, 1918.

STONE, O.M. *Tenerife y sus seis satélites*. Tomo I. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria, 1995.

SUAREZ GRIMÓN, V. *La propiedad pública, vinculada y eclesiástica en Gran Canaria en la crisis del Antiguo Régimen*. Tomo I. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo Insular de Gran Canaria, 1987.

SUTCLIFFE, J. *Breve historia de la medicina: desde la prehistoria hasta el año 2020*. Barcelona: Editorial Blume, 1993.

TARQUIS RODRÍGUEZ, P. *Diccionario de arquitectos, alarifes y canteros que han trabajado en las Islas Canarias. Siglo XVIII.* Madrid-Las Palmas: Anuario de Estudios Atlántico, nº 12; 1966.

TARQUIS, M.; VIZCAYA, A. *Documentos para la Historia del Arte de las Islas Canarias;* Tomo I en *Fontes Rerum Canariarum X*; Excmo. Cabildo Insular de Tenerife; Santa Cruz de Tenerife, 1977.

- *Retazos históricos*. *Santa Cruz de Tenerife, siglos XV al XIX*. Santa Cruz de Tenerife: [s.e.], 1973.

TARQUIS, M. y VIZCAYA, A. *Documentos para la Historia del Arte de las Islas Canarias.* Santa Cruz de Tenerife: Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, 1977. Fontes Rerum Canariarum X, Tomo I.

THOMPSON, J. D.; GOLDIN, G. *The Hospital: A Social and Architectural History;* New Haven; London: Yale University Press, 1975.

TOLEDO TRUJILLO, F.M. y HERNANDEZ DE LORENZO MUÑOZ, M. *Historia de la medicina palmera y sus protagonistas.* Tenerife*:* Litografía Romero S.A., 2001.

TORRIANI, L. *Descripción e historia del Reino de las Islas Canarias antes afortunadas, con el parecer de sus fortificaciones*. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Goya, 1978.

TOUS MELIÁ, J. *Tenerife a través de la Cartografía, 1588-1899*. Santa Cruz de Tenerife: Museo Militar Regional de Canarias y Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna, 1994.

- *Guía histórica del Museo Militar Regional de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Producciones Gráficas S. A., 2000.

TUY, L. de. *Crónica de España.* Madrid: Editorial de Julio Puyol, 1926.

URTEAGA, L. *Ideas medio-ambientales en el siglo XVIII. «Naturaleza, Clima y Civilización».* Madrid: Akal, 1997. Colección Historia de la Ciencia y de la Técnica, nº 27.

VALLE BENITEZ, J. *Los Cabildos Insulares de Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Seminario de Derecho Administrativo de la Universidad de La Laguna, 1970.

VALVERDE MOLINA, J. *El Proceso de Inadaptación Social*. Madrid: Editorial Popular, 1988.

VARELA ORTEGA, J. *El poder de la influencia. Geografía del caciquismo en España (1875-1923)*. Madrid: Centro de estudios Constitucionales, 2001.

VÁZQUEZ DE BENITO, M. C. *Obra médica. Averroes*. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1998.

VIERA Y CLAVIJO, J. de: *Noticia de la Historia General de las Islas Canarias.* IV Volúmenes. Santa Cruz de Tenerife: Goya Ediciones, 1950-1952, Libro XIII, capítulo XVIII y ss.

- *Extractos de las actas de la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Las Palmas (1777-1790)*. Las Palmas de Gran Canaria: Real Sociedad Económica de Amigos del País, 1981.

VILAR, P. *Historia de España*. Madrid: Barcelona, 2008.

VIÑES RUEDA, J. *La sanidad española en el siglo XIX a través de la junta provincial de la sanidad navarra (1870-1902)*. Pamplona: Gobierno de Navarra, 2006.

VITRUBIO POLIÓN, M. *Los diez libros de la Arquitectura*. Introducción, Delfín Rodríguez, «Vitruvio y la piel del clasicismo». Madrid: Editorial Alianza, 1995; 2009.

WARD, R.: *The Desigh and equipment of hospital*. Londres: Tindall and Cox, 1949.

WEBB, S. y WEBB, B. *English Poor Law History*. Londres: Longmans & Green, 1927-1929. (Reedición, Londres: Frank and Co., 1963).

WILDE, W. R. *Narrative of a voyage to Madeira, Teneriffe and along the shores of the Mediterranean*. Dublin: Willian Curry, 1844.

WOODHAM-SMITH, C. *Florence Nightingale. Nueva York:* Ediciones McGraw-Hill Book Co, 1951.

CRÉDITOS DE LAS ILUSTRACIONES

1. Michiel Jansz van Mierevelt: *Lección de anatomía del Dr. Willem van der Meer* (1617). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Michiel_Jansz_van_Mierevelt_Anatom_y_lesson_of_Dr._Willem_van_der_Meer.jpg> [Consulta: 1 de febrero de 2012].
2. Hans Holbein el Joven: *Le médecin* —El médico— (1538). BENÍTEZ, M. M. La peste. In *La Tecl@ Eñe. Revista Digital.* [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.icarodigital.com.ar/numero7/Dossier/lapeste.htm> [Consulta: 1 de febrero de 2012].
3. Bartolomé Esteban Murillo: *Joven mendigo* (ca. 1650). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bartolom%C3%A9_Esteban_Murillo_-_The_Young_Beggar.JPG?uselang=es> [Consulta: 1 de febrero de 2012].
4. Francisco de Goya: *Mendigo ciego con un perro* (1801-1825). Fundación Lázaro Galdiano. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.flg.es/HTML/Obras_4/Mendigoconunperro_4045.htm> [Consulta: 1 de febrero de 2012].
5. Pobres ante una institución de caridad. Diario *El Globo*, 4 de enero de 1905. IBÁÑEZ MARTÍ, C. *Salud Pública y Biopolítica (7): Ciudad y Biopolitica (la beneficencia, la higiene municipal y la ciudad higiénica)*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.madridmasd.org/blogs/salud_Publica/2009/01/28/111899> [Consulta: 1 de febrero de 2012].
6. Juan Luis Vives (1492-1540). CANCEL, M. R. El pensamiento social del Renacimiento. In *Pensamiento social. Bitácora de historia del pensamiento social y sociológico*, 23 de octubre de 2010. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://historiasociologia.wordpress.com/2010/10/23/el-pensamiento-social-del-renacimiento/> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
7. Domingo de Soto (1494-1570). Proyecto DeSoto-Retamar. Blog del Proyecto Retamar-Cansat. In *¿Quién fue Domingo de Soto?*, 09 de marzo de 2010. [Blog]. 2011-2012. [Referencia de febrero de 2012]. Disponible en URL: <http://retamarcansat.wordpress.com/2010/03/09/%C2%BFquien-fue-domingo-de-soto/> [Consulta: 15 de febrero de 2012].
8. San Vicente de Paúl (1581-1660). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:StVdP.jpg?uselang=es> [Consulta: 15 de febrero de 2012].
9. Federico de Ozanam (1813-1853). FAMVIN, La Familia Vicenciana. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://famvin.org/wes/images/7/76/FedericoOzanam.jpg> [Consulta: 15 de febrero de 2012].

10. Cristóbal Hernández de Quintana (1651-1725): *Ánimas del Purgatorio. Catedral de La Laguna*. RODRIGUEZ MORALES, C. *Cristóbal Hernández de Quintana.* Canarias: Viceconsejería de Cultura y Deportes, 2003, p. 139.
11. Jean Jacques Chifflet: *De linteis sepulchralibus Christi servatoris* (1668). Momia de Lázaro resucitada por Jesús. GALINDEZ, A. La momia de Jesús. In *Arqueotoponimia. Toponimia prerromana, hidronimia paleoeuropea, etnografía, megalitismo y arte rupestre*, 25 de abril de 2010. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://arqueotoponimia.blogspot.com.es/2010/04/la-momia-de-jesus.html> [Consulta: 15 de febrero de 2012].
12. Pierre Vigneron: Galeno (ca. 130-200). París, Lithographie de Grégorie et Deneux (ca. 1865). DOÑA, F. Galeno, médico de gladiadores. In *Tiempo para la memoria*, 01 de diciembre de 2010. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://tiempoparalamemoria.blogspot.com.es/2010_12_01_archive.html> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
13. Bernard Direxit: *Chirurgie* —cirugía— (1779). Amputación de mama. La Galerie Napoleón, París-Grabados antiguos. [En línea]. 2010. Disponible en URL: <http://www.french-engravings.com/grabados-antiguos/33/benard-es.html> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
14. Florence Nightingale atendiendo a enfermos. *London News*, 24 de febrero de 1855. McMILLAN, P. Florence Nightingale. In *Spartacus Educational*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <www.spartacus.schoolnet.co.uk/REnighte.JPG> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
15. *Adelantado Alonso Fernández de Lugo*, I. Salcedo, en Waldo Giménez Romera: *Crónica General de España. Islas Canarias*, Madrid, Ed. Rubio, Grilo y Vitturi (1868). CIORANESCU, A. *Historia de Santa Cruz de Tenerife*. IV Tomos. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Publicaciones de la Caja General de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife, 1979, Tomos I, p. 58.
16. Tiziano Vecellio: *Felipe II* (1551). Museo Nacional del Prado: Colección, Galería online. [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://www.museodelprado.es/coleccion/galeria-on-line/galeria-on-line/obra/felipe-ii/> [Consulta: 1 de febrero de 2012].
17. Anónimo: Capitanía General de Canarias, Santa Cruz de Tenerife (1885). EZQUERRO SOLANA, A. *Capitanía General de Canarias: Cien años de historia (1886-1986).* Santa Cruz de Tenerife: Zona Militar de Canarias, 1986, p. 20.
18. Rúbrica de Ángel José de Soverón (1820). CIORANESCU, A. (1979), *opus cit*, Tomos III, p. 191.
19. Anónimo: Fachada principal del Palacio de la Mancomunidad Provincial (1929). *Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre la vida administrativa de su mancomunidad, cabildos, ayuntamientos y algunas de sus entidades oficiales, durante el primer quinquenio de la dictadura*. Santa Cruz de Tenerife: [s.n.], 1929.
20. Anónimo: Primer Cabildo Insular de Tenerife (1913). CIORANESCU, A. (1979), *opus cit*, Tomos III, p. 144-145.
21. Anónimo: Rada de Santa de Santa Cruz de Tenerife (ca. 1945). Fotos antiguas de Santa Cruz de Tenerife, www.videoimagen.es. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL:

<http://videoimagen.blogspot.com/2008/07/fotos-antiguas-de-santa-cruz-de.html> [Consulta: 12 de febrero de 2012].

22. Anónimo: Sistema defensivo de Santa Cruz de Tenerife (1656). *Castillospenia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. [Referencia de febrero de 2012]. Disponible en URL: <http://www.castillospedia.com/cas120/santa-cruz-de-tenerife/murallas-de-santa-cruz.html> [Consulta: 1 de febrero de 2012].
23. Anónimo: Fuente de Morales inaugurada en 1838 (1899). Nuestra Isla: Tenerife, 30 de agosto de 2010. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://tenerifeantiguo.blogspot.com/2010/08/la-fuente-de-morales-en-santa-cruz-de.htm> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
24. Anónimo: Carro de la basura con el que se procedía a la recogida de los residuos urbanos (1878). *El recuerdo de aquella basura a pelo. El blog de Fernando Portillo*. Publicado por Fernando Portillo el 13 de febrero de 2009. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.lapalabradigital.es/blog/fernandoportillo/?paged=15> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
25. Juan González Méndez: Vista parcial: teatro y recova (1866). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL: <http://www.fotosantiguascanarias.org/buscador/album_pag.php?st=1&free=recova&page=1> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
26. Francisco J. Castro: Puerta de acceso al Cementerio de San Rafael y San Roque en Santa Cruz de Tenerife (2010).
27. Fernando E. Baena: Santa Cruz de Tenerife. Muelle (ca. 1930). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL: <http://www.fotoantiguascanarias.org/buscador/álbum_pag.php?st=4&Puertos=on&A=Tenerife&B=Cualquiera&DECADA=Cualquiera&Submit=Consultar&page=1> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
28. Santos María Pego: Maga tinerfeña, Tenerife (1885-1890). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL: <http://www.fotosantiguascanarias.org/buscador/album_pag.php?st=1&free=muelle&page=1> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
29. Anónimo: Publicidad de barcos para emigrantes (1890-1895). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL: <http://www.fotosantiguascanarias.org/buscador/album_pag.php?st=1&free=emigrantes&page=1> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
30. José de Rivera: Joven con molinillo y un viejo tirando de una carreta con un cadáver (ca. 1640). Museo Nacional del Prado: Colección, Galería online. [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://www.museodelprado.es/coleccion/galeria-on-line/galeria-on-line/obra/joven-con-molinillo-y-un-viejo-tirando-de-una-carreta-con-un-cadaver/?no_cache=1> [Consulta: 12 de febrero de 2012].
31. D. E. Rodríguez y Núñez: Personal del Hospital de Coléricos en Santa Cruz de Tenerife (1890). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL:

<http://www.fotosantiguascanarias.org/buscador/album_pag.php?st=4&Sanidad=on&A=Cualquiera&B=Cualquiera&DECADA=Cualquiera&Submit=Consultar&page=1> [Consulta: 12 de febrero de 2012].

32. Tomás Padró (Dibujo) y Capuz (Grabado): *Barcelona, Fiebre Amarilla* (1870). Fundación Joaquín Díaz. Centro Etnográfico. [En línea]. Valladolid, Diputación de Valladolid, 2012. Disponible en URL: <http://www.funjdiaz.net/ilustracion/revista.cfm?publicacion=14&num=27> [Consulta: 12 de marzo de 2012].
33. Anónimo: Hospital improvisado para socorrer a los afectados de la epidemia de gripe española ocurrida en el año 1920. ELPAÍS.com, La Comunidad El País. Blog de Alfonso Valencia. Perfil de un pueblo. EDICIONES EL PAIS, S.L., Publicado por Alfonso Valencia el 29 de abril de 2009 [Blog]. Madrid-España, 2009-2012. [Referencia de enero de 2012]. Disponible en URL: <http://lacomunidad.elpais.com/perfiles/2009/4/29/gripe-porcina-oms-pide-al-mundo-se-prepare-una> [Consulta: 12 de marzo de 2012].
34. Mary Beale: Retrato de Thomas Sydenham (1688).Historia de la medicina-Biografías. Publicado por José L. Fresquet Febrer, 11 de diciembre de 2011. [Blog]. Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia (Universitat de València-CSIC), 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.historiadelamedicina.org/sydenham.html> [Consulta: 12 de marzo de 2012].
35. Portada de *Memoria sobre la Naturaleza del contagio de la fiebre amarilla*, por Antonio Cibat (1805). CIBAT, A. *Memoria sobre la Naturaleza del contagio de la fiebre amarilla.* Barcelona: Imprenta de Brusi y Ferrer, 1805, portada.
36. Anónimo: Johan Peter Frank, Lanzedelly (1845). Images from the History of Medicine (IHM). [En línea]. U.S. National Library of Medicine, History of Medicine Division, 2011-2012. Disponible en URL: <http://ihm.nlm.nih.gov/luna/servlet/view/all/what/Frank,+Johann+Peter+1745-1821/> [Consulta: 12 de marzo de 2012].
37. Robert Koch, descubridor del bacilo de la tuberculosis (Fuente: *Les Prix Nobel*, 1907). [francés]. VIQUIPÈDIA. L'enciclopèdia Lliure. [En línea]. 2009-2012. Disponible en URL: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/07/RobertKoch.jpg> [Consulta: 12 de marzo de 2012].
38. SEOANE, M. *Memoria Histórica del cólera-morbo asiático en España*. Madrid: Imprenta de Manuel Álvarez, 1858, portada.
39. Anónimo: Retrato del médico Pedro Felipe Monlau y Roca (1840-60). [francés]. VIQUIPÈDIA. L'enciclopèdia Lliure. [En línea]. 2009-2012. Disponible en URL: <http://ca.wikipedia.org/wiki/Pere_Felip_Monlau_i_Roca/> [Consulta: 12 de marzo de 2012].
40. Bernardo Blanco Pérez: Francisco Méndez Álvaro (entre 1801 y 1900). Biblioteca Digital Hispánica. Fondos de la Biblioteca Nacional de España. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://bibliotecadigitalhispanica.bne.es/view/action/singleViewer.do?dvs=1331833861667~950&locale=es_ES&VIEWER_URL=/view/action/singleViewer.do?&DELIVERY_RULE_ID=10&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
41. Anónimo: Retrato del médico granadino Rafael Rodríguez Méndez (1901-05). Associació Pedra Tallada. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://pedratallada.org/cast/img-referentes.html> [Consulta: 15 de marzo de 2012].

42. Ildefons Cerdà. Proyecto de reforma y ensanche de Barcelona y sus cercanías (abril 1859). Geografía histórica. Mapas de época y actuales. Foro 1898-Punto de Encuentro (desde 1833 hasta 1900), 10 de mayo de 2007. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://1898.mforos.com/1026847/6469621-mapas-de-barcelona/> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
43. Anónimo: Condiciones de trabajo durante la revolución industrial (finales del siglo XIX). BBC (British Broadcasting Corporation). Mundo. Blog de los editores. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.bbc.co.uk/blogs/mundo/blog_de_los_editores/2011/05/periodismo_del_siglo_xxi_regre.html> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
44. Anónimo: Retrato del médico Juan Bethencourt Alfonso (1890-1900). Revista BienMeSabe.org número 417. [En línea]. 2006-2012. Disponible en URL: <http://www.bienmesabe.org/noticia/2006/Marzo/ii-premio-de-investigacion-historica-juan-bethencourt-alfonso> [Consulta: 15 de marzo de 2012]. ISSN 1885-6039.
45. Jordao da Luz Perestrello: Vista panorámica del Valle de La Orotava (1900-05). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria. Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL: <http://www.fotosantiguascanarias.org/buscador/album_pag.php?st=4&Paisaje__sprural=on&A=Tenerife&B=La+Orotava&DECADA=Cualquiera&Submit=Consultar&page=1> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
46. Jordao da Luz Perestrello: Vivienda de pajizo en el Valle de La Orotava (1900-1905). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria. Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL: <http://www.fotosantiguascanarias.org/buscador/album_pag.php?st=4&Arquitectura__sppopular=on&A=Tenerife&B=Cualquiera&DECADA=Cualquiera&Submit=Consultar&page=1> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
47. Anónimo: Vista panorámica de Santa Cruz de Tenerife (1893). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria. Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL: <http://www.fotosantiguascanarias.org/buscador/album_pag.php?st=4&Paisaje__spurbano=on&A=Tenerife&B=Santa+Cruz+de+Tenerife&DECADA=Cualquiera&Submit=Consultar&page=1> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
48. Joaquín González Espinosa (J.G.): Vista parcial de la calle de La Noria en Santa Cruz (1920-1925). Canarias: ratitos de nuestra historia. Publicado por Amparo Santos, 10 de diciembre de 2010. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://canariasratitosdenuestrahistoria.blogspot.com.es/2010/12/la-calle-de-la-noria-santa-cruz-de.html> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
49. Jaontiveros: Frontispicio de la Constitución Española de Cádiz (1812). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Constituci%C3%B3n_espa%C3%B1ola_de_1812> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
50. Anónimo: La reina Isabel II de España (1833-1868, finales del siglo XIX). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Isabel_II_de_Espa%C3%B1a> [Consulta: 15 de marzo de 2012].

51. Anónimo: El General Miguel Primo de Rivera y Orbaneja (1930). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Miguel_Primo_de_Rivera> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
52. Anónimo: Alegoría de la Segunda República Española (1931-1936). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Segunda_Rep%C3%BAblica_Espa%C3%B1ola> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
53. Pablo Picasso: *Guernica* (1937). Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Gobierno de España. [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://www.museoreinasofia.es/coleccion/autores-obras.html?id=322> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
54. Anónimo: Francisco Franco tras finalizar la Guerra Civil Española (1939). Kalipedia. Santillana. Prisa Digital S.L. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.kalipedia.com/historia-espanola/tema/tiempos-recientes/franco-bahamondefrancisco.html?x1=20110928klphishes_6.Kes&x=20070712klphishes_321.Kes> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
55. Hieronymus Bosch, El Bosco: Extracción de la piedra de la locura (ca. 1490). Museo Nacional del Prado. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Gobierno de España. [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://www.museodelprado.es/coleccion/galeria-on-line/galeria-on-line/obra/extraccion-de-la-piedra-de-locura/> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
56. Francisco J. Castro: Antiguo Hospital Civil de Santa Cruz de Tenerife (2011).
57. Maqueta de un *valetudinarium*. Reconstrucción del campamento militar de Legio VI. Panhistoria. [En línea]. 2000-2011. Disponible en URL: <http://www.panhistoria.com/Stacks/Novels/Character_Homes/home.php?CharID=1144> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
58. Malcom Farmer: Reconstrucción de la planta de la Abadía de Saint Gall en Suiza a partir de un pergamino del siglo IX (1875). PEVSNER, N. *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona: Gustavo Gili, 1979, p. 166.
59. Anónimo: Fachada del Ospedale Maggiore en Milán construido en la década de 1460 (1860-90). LEISTIKOW, D. *Edificios hospitalarios en Europa durante diez siglos. Historia de la arquitectura hospitalaria*. Ingelheim am Rhein: C.H. Boehringer Sohn, 1967, ilustración número 212.
60. Anónimo: Claustro del Real Hospital de Santiago de Compostela (1967). *Ibidem*, ilustración número 171.
61. C.-F. Viel y J.-B. Le Roy: *Proyecto para el Hôtel Dieu de París* (1773). PEVSNER, N. *Opus cit*, 1979, p. 179.
62. J. Guadet: *Éléments et théories de l'architecture* (1902). GUADET, J. *Éléments et théories de l'architecture*. Paris: Librairie de la Construction Modernè, 1902, tomo III. Portada. Foto: Francisco J. Castro.
63. Anónimo: *Mount Sinai Hospital* en Nueva York (1910). Hiroshima Peace Memorial Museum. [En línea]. 2001. Disponible en URL: <http://www.pcf.city.hiroshima.jp/virtual/VirtualMuseum_e/exhibit_e/exh0708_e/exh070809_e.html> [Consulta: 15 de marzo de 2012].

64. Francisco J. Castro: Reconstrucción de las plantas de las prístinas formas de hospital en Canarias (2012).
65. Francisco J. Castro: Imágenes y reconstrucción de la planta del Hospital de San Pedro Mártir de Telde, Gran Canaria (2012).

    Imagen izquierda: La población de Telde en el siglo XVI: Medicina, servidumbre, instrucción y distinción. Publicado por Jesús Emilio Rodríguez Calleja el 23 de marzo de 2008. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL:
    <http://www.teldeactualidad.com/img/secciones/geografia/teldefotoantiguahospital.jpg>; [Consulta: 01 de junio de 2012].

    Imagen derecha: Hospital de San Pedro Mártir en Telde en la actualidad. Patrimonio Histórico y Cultural. Cabido de Gran Canaria. [En línea]. 2012. Disponible en URL:
    <http://www.tomasmorales.com/portal/RWcab/IMAGENES/10/0_6510_14.jpg> [Consulta: 01 de junio de 2012].
66. Francisco J. Castro: interior de la iglesia del Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).
67. Orlando González: interior de la iglesia, con el coro al fondo, del Hospital de los Dolores y San Martín, La Laguna (1995). GONZÁLEZ GONZÁLEZ, O. *El Hospital de Nuestra Señora de los Dolores. Estudio histórico-artístico*. La Laguna: Ayuntamiento de La Laguna, 1995, p. 206.
68. Francisco J. Castro: acceso de entrada a la iglesia, precedida del compás, y a la casa-hospital del Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).
69. Francisco J. Castro: detalle del patio del Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012)
70. Francisco J. Castro: detalle del torno de expósitos (interior y exterior) en el acceso principal del Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava (2012).
71. Fernando G. Martín: detalle de la cocina y horno de la Casa de los Coroneles, La Oliva (1978). MARTÍN RODRÍGUEZ, F. G. *Arquitectura doméstica canaria*. 2ª edición. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura de Tenerife, 1978, p. 369.
72. Francisco J. Castro: detalle del exterior e interior de la galería superior del claustro en el Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).
73. Francisco J. Castro: arca de madera para almacenado de objetos: documentos, ropas y enseres, La Orotava (2012).
74. Francisco J. Castro: detalle de la tribuna con celosía y puerta de acceso a la iglesia desde el claustro en el Hospital de Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista, Icod de los Vinos (2012).
75. Pedro Agustín del Castillo y León: plano de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria (1686). CASTILLO, P. A. DEL. *Descripció de las Yslas de Canaria compuesta por D. Pedro Agustín del Castillo y León... dirigida al muy Ilustra Señor D. Francisco Bernardo Varona….Año de 1686.* Facsímil. Madrid: Ediciones del Cabildo Insular de Gran Canaria (Servicio Insular de Cultura), 1994.
76. Pedro Agustín del Castillo y León: detalle del Hospital de San Lázaro en el plano de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria (1686). *Ibidem*.

77. Anónimo: detalle del torreón del Lazareto de Santa Cruz de Tenerife (ca. 1880). Fotos antiguas de Santa Cruz de Tenerife, Blog 7 Islas. Publicada por Bernabé González el 9 de marzo de 2009. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://7islas.blogspot/2009/03/fotos-antiguas-de-santa-cruz-de.html> [Consulta: 1 de abril de 2012].
78. Francisco J. Castro: Reconstrucción de las plantas de los hospitales en pabellones en la isla de Tenerife (2012).
79. Anónimo: Perspectiva de conjunto del proyecto de ampliación del «Asilo de Dementes» (1929). *Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre la vida administrativa de su mancomunidad, cabildos, ayuntamientos y algunas de sus entidades oficiales, durante el primer quinquenio de la dictadura*. Santa Cruz de Tenerife: [s.n.], 1929, p. 31.
80. Anónimo: Vista parcial de la finca en el que se halla enclavado el «Asilo de Dementes» y dos de sus pabellones (1929). *Ibidem*.
81. Bruno Moretti: Vista de *Nueva York Hospital* (1935).
82. Bruno Moretti: Vista de *Hospital Beaujon* en la que se puede apreciar detalle de sus terrazas (1935). MORETTI, B. *Ospedali*. Milano: Industria Grafiche Italiane Stucchi, 1935, p. 24.
83. Bruno Moretti: Sección transversal del cuerpo principal del Hospital de Colmar (1935). *Ibidem*, p. 43.
84. Bruno Moretti: Interiores y alzado del *Sanatorio de «Roc de Fiz»* en Passy (1935). *Ibidem*, p. 151.
85. Bruno Moretti: Planta del *Hospital Sanatorio de Lucca*, «Tipo Nord» (1935). *Ibidem*, p. 130.
86. Bruno Moretti: Planta del *Hospital Sanatorio* de Trapani, «Tipo Sud» (1935). *Ibidem*, p. 131.
87. Francisco J. Castro: Reconstrucción de la planta del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra, Tenerife (2012).
88. A. Benítez: Vista de un lateral y fachada del área de hospitalización del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra (Fuente: APTCC-Fotografías interiores y exteriores).
89. A. Benítez: Vista panorámica del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra (Fuente: APTCC-Fotografías interiores y exteriores).
90. A. Benítez: Chalés para el personal del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra (Fuente: APTCC-Fotografías interiores y exteriores).
91. Periódico *El Día*, 29 de julio de 2001, p. 11-12.
92. Rafael: *Leo X Pont Max*. Detalle del *Retrato del Papa León X con sus primos, los cardenales Giulio de Medicis y Luigi de Rossi* (1518-19). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cardinal_Giovanni_de%27_Medici.jpg> [Consulta: 20 de marzo de 2012].
93. Orlando González González: Planta primera del edificio Hospital, siglo XVI (1995). GONZÁLEZ GONZÁLEZ, O. *El Hospital de Nuestra Señora de los Dolores. Estudio histórico-artístico*. La Laguna: Ayuntamiento de La Laguna, 1995, p. 193.
94. Anónimo: Recogida de un niño procedente de un torno procedente de una Cuna de Niños Expósitos (1890-1900). Niños en el bosque. Historia Ilustrada de la infancia. Publicado por Óscar Garay Cochea, 12 de agosto 2010. [Blog]. 2010. Disponible en URL: <http://garaycochea.wordpress.com/2010/08/12/ninos-expositos/> [Consulta: 20 de marzo de 2012].

95. José Rodríguez de la Oliva: *Bernardo de Fau* (1718). *Res gloriam decorant: RGD: arte sacro en la Laguna*: [exposición]/ La Laguna: Ayuntamiento de la Laguna, 1998, p. 141.
96. Orlando González González: Hospital de Dolores. Segunda planta, siglo XVII (1995). GONZÁLEZ GONZÁLEZ, O. (1995). *Opus cit*, p. 194.
97. Alejandro Cioranescu: Detalle de la puerta de acceso principal a la Iglesia del Hospital de los Dolores (1965). CIORANESCU, A. *La Laguna. Guía histórica y monumental*. La Laguna: Lit. Ángel Romero, 1965, p. 192.
98. Orlando González: vista del patio interior del Hospital de los Dolores (1995). GONZÁLEZ GONZÁLEZ, O. (1995). *Opus cit,* lámina número 22.
99. Alejandro Cioranescu: Interior de la iglesia del Hospital de Dolores. Retablo mayor. CIORANESCU, A. (1965). *Opus cit.,* p. 193.
100. Francisco J. Castro: Vista parcial de la fachada hacia la calle Real, actualmente de San Agustín (2004).
101. Orlando González: Hospital de los Dolores. Fachada a la calle Juan de Vera (1995). GONZÁLEZ GONZÁLEZ, O. (1995). *Opus cit,* lámina número 13.
102. Nikolaus Pevsner: Planta del Hospital de Niños de Pendlebury. PEVSNER, N. (1979). *Opus cit.,* p. 186.
103. Proyecto para el nuevo Hospital de La Laguna. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7182; expediente nº 232: sobre construcción de un nuevo edificio destinado a la instalación del Hospital de Ntra. Sra. de los Dolores de La Laguna (1923-24).
104. Detalle de una de las propuestas para la verja y puertas del cerramiento del Hospital Civil de La Laguna en proyecto. *Ibidem*.
105. Hospital de La Laguna. Reforma y saneamiento de un patio interior. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7023-7024; expediente nº 15: sobre obras secundarias a realizar durante el actual año en el Hospital de Ntra. Sra. de los Dolores de La Laguna (1938).
106. Leonardo Torriani: Ubicación del Hospital de San Sebastián en el plano de San Cristóbal de La Laguna (1588). Biblioteca Pública Municipal de La Laguna. Excmo. Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.bibliotecaspublicas.es/lalaguna/bpes_colaborar.htm> [Consulta: 20 de marzo de 2012].
107. Patio del Asilo y su iglesia antes de la remodelación del edificio en el siglo XX. Periódico *El Día*, 26 de febrero de 2012, p. 8.
108. Fachada del edificio actual ubicado en el antiguo emplazamiento del Hospital del San Sebastián (Fuente: Francisco J. Castro, 2011).
109. Anónimo: *Crucificado con Nuestra Señora de Los Dolores, San Sebastián y Pedro López de Villera* (1513). *Arte en Canarias, siglos XV-XIX : una mirada retrospectiva* : [exposición, Centro de Arte "La Regenta", Las Palmas de Gran Canaria, junio-julio, 2001 ; Sala de Exposiciones "La Granja", Círculo de Bellas Artes, Santa Cruz de Tenerife, septiembre-octubre, 2001] / Comisaria María de los Reyes Hernández Socorro. Canarias: Viceconsejería de Cultura y Deportes, D.L. 2001, volumen I, p. 198.
110. Plano del actual edificio ubicado en el antiguo solar del Hospital de San Sebastián (Fuente: Google Maps, 2012). *Google Maps*: vista satélite. [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://maps.google.es/maps?um=1&hl=es&q=Pero%20L%C3%B3pez%20de%20Villera&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&biw=1024&bih=571&wrapid=tlif133208521729631&ie=UTF-8&sa=N&tab=il> [Consulta: 20 de marzo de 2012].

111. Ubicación del Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava en la actualidad (Fuente: Google Maps, 2012). *Google Maps*: vista satélite. [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://maps.google.es/maps?hl=es&tab=wl> [Consulta: 20 de marzo de 2012].
112. Anónimo: Hospital de la Santísima Trinidad en su segunda ubicación, en el Llano de San Sebastián (1890-1900). ALLOZA MORENO, M.A.; RODRIGUEZ MESA, M. *Misericordia de la Vera Cruz en el beneficio de Taoro desde el siglo XVI.* Santa Cruz de Tenerife : [s.n.], 1984 (Gráficas Tenerife), p. 81.
113. Cubierta del opúsculo editado con ocasión de la salida de Canarias del Obispo Antonio Tavira Almazán: *A la salida del Ilustrísimo Señor Don Antonio Tavira…* (1796). *A la salida del Ilustrisimo Señor Don Antonio Tavira, Obispo de estas Islas Canarias desde la rada de Santa Cruz de Tenerife para Cadiz con destino á Osma, adonde [sic] habia sido trasladado* [ ] publicado en 1796, en la ciudad de La Laguna en la imprenta de Ángel Bazzanti. [En línea]. 2002-2012. Disponible en URL: <http://bvpb.mcu.es/es/consulta/registro.cmd?id=447562> [Consulta: 20 de marzo de 2012].
114. Anónimo: Patio secundario del Hospital (1929). *Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre..., opus cit*, 1929*,* [*s.n*.].
115. Francisco J. Castro: Fachada de la iglesia y del Hospital de la Santísima Trinidad en su ubicación actual (2011).
116. Francisco J. Castro: Acceso a las dependencias hospitalarias (2011).
117. Francisco J. Castro: Iglesia de San Francisco anexa al Hospital (2009).
118. Francisco J. Castro: Patio principal del Hospital (2011).
119. Francisco J. Castro: Puerta de acceso y del torno para expósitos del Hospital de la Santísima Trinidad (2011).
120. Reforma del patio central del hospital. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7028; expediente nº 264: incoado sobre obras secundarias a realizar durante el actual año en el Hospital Insular de La Orotava (1938).
121. Vista del patio principal del Hospital (1929). *Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre..., opus cit*, 1929*,* [*s.n*.].
122. Detalle de la reforma de galería del Hospital. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7023-7024; expediente nº 184: sobre obras secundarias a realizar durante el actual año 1936, en el hospital de La Orotava (1936).
123. EDUARDO ESPINOSA: Representación gráfica del lugar donde se ubicaba el primer emplazamiento en 1559 del hospital de Icod (1982). ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y MOAS, E. El hospital de Ycod de los Vinos. In *Homenaje a Alfonso Trujillo.* Tomo I. Santa Cruz de Tenerife: Aula de Cultura del Cabildo Insular de Tenerife, 1982, p. 336.
124. Francisco J. Castro: Vista del coro de la iglesia del Hospital Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista de Icod de los Vinos (2012).
125. Francisco J. Castro: Imagen de Nuestra Señora del Patrocinio. iglesia del Hospital Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista de Icod de los Vinos (2012).
126. Francisco J. Castro: Tumba del doctor Francisco Leonardo Guerra en la iglesia del Hospital Nuestra Señora del Patrocinio y San Juan Evangelista de Icod de los Vinos (2012).

127. Anónimo: Grabado holandés del desembarco y saqueo realizado por el corsario holandés Pieter van der Does a Las Palmas de Gran Canaria el 25 de junio de 1599 (siglo XVII). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ataque_van_der_does_las_palmas.jpg> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
128. Leonardo Torriani: Ubicación del Lazareto en su primer emplazamiento extramuros en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria (finales siglo XVI). ITACAS. Publicado por Fernando Toscano el 31 de agosto de 2008. [Blog]. 2008-2012. Disponible en URL: <http://itacasig.blogspot.de/2008_08_31_archive.html> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
129. Juan Bosch Millares: Vista general del Hospital de San Lázaro en Gran Canaria. BOSCH MILLARES, J.: *Hospitales de Gran Canaria: El Hospital de San Lázaro;* Revista *El Museo Canario*; Año XI, números 33-36; Las Palmas de Gran Canaria; enero-diciembre 1950; pp. 46, 47, 48 y 49.
130. Juan Bosch Millares: Planta del Hospital de San Lázaro, Gran Canaria**.** *Ibidem.*
131. Juan Bosch Millares: Planta alta Hospital de San Lázaro, Gran Canaria. *Ibidem.*
132. A. Vinuesa Álvarez: Proyecto A para la Leprosería de Tenerife. VINUESA ÁLVAREZ, A.: *Bases para un proyecto de Sanatorio-Leprosería en Tenerife;* Junta Central Consultiva contra la lepra; Madrid; 1942; p. 18, 21, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47.
133. **A. Vinuesa Álvarez**: Proyecto B para la Leprosería de Tenerife. *Ibidem.*
134. **A. Vinuesa Álvarez**: Emplazamiento de la Leprosería Provincial de Tenerife*. Ibidem.*
135. **A. Vinuesa Álvarez**: Planta y fachadas (principal, posterior y lateral) del pabellón residencial de enfermas. Leprosería Provincial de Tenerife*. Ibidem.*
136. Anónimo: Retrato de los hermanos Logman, Rodrigo (izquierda) e Ignacio (derecha). Iglesia de la Concepción, Santa Cruz de Tenerife (ca. 1747). COLA BENÍTEZ, L. *Fundación, raíces y símbolos de Santa Cruz de Santiago de Tenerife: (apuntes históricos)*. Santa Cruz de Tenerife: Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, 2006, p. 47-48.
137. Alberto Darias Príncipe: Planta baja y alta del Hospital (1995). DARIAS PRÍNCIPE, A. *Homenaje al profesor Dr. Telesforo Bravo. Nuevas aportaciones al estudio del Hospital de los Desamparados. Tomo II*. Madrid: Tauro Producciones S.L., 1995, p. 198-201.
138. Manuel Antonio de la Cruz: Retrato del Obispo Manuel Verdugo y Albiturria (segunda mitad del siglo XVIII). Real Academia de las Bellas Artes de Canarias de San Miguel. Museo Histórico de las Artes de Canarias. [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://www.racba.es/> [Consulta: 30 de marzo de 2012].
139. Luis Cola Benítez: Vista del antiguo Hospital desde la torre de la Iglesia de la Concepción. COLA BENÍTEZ, L. (2006). *Opus cit*, p. 71.
140. Alberto Darias Príncipe: Proyecto para el cementerio propuesto por Francisco de Tolosa en 1800 ubicado en unos de los laterales del Hospital. DARIAS PRÍNCIPE, A. (1995). *Opus cit*, p. 198-201.
141. Manuel de Oraá y Arcocha: Proyecto para la fachada del Hospital de los Desamparados. DARIAS PRÍNCIPE, A. Hospital de los Desamparados. In *Revista Basa*, nº 1. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Arquitectos de Canarias, 1983, ISSN 0213-0653, p. 62.
142. Anónimo: El arquitecto Manuel de Oraá y Arcocha (ca. 1880). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Manuel_de_Ora%C3%A1> [Consulta: 30 de marzo de 2012].

143. Anónimo: Fachada y parte de la crujía a la calle San Carlos del Hospital antes del incendio acaecido en 1888 (segunda mitad del siglo XIX). AHPSCT- Negociado de Diputación y Mancomunidad Interinsular de Cabildos; caja nº 1239: Papeles sueltos sin clasificar; fachada y parte de la crujía a la calle San Carlos del Hospital de los Desamparados de Santa Cruz de Tenerife antes del incendio acaecido en 1888 y años después de éste.
144. Anónimo: Incendio del Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados (1888). COLA BENÍTEZ, L. (2006). *Opus cit*, p. 80.
145. Anónimo: Retrato del arquitecto Manuel de Cámara y Cruz (1848-1921). Respetable Logia Masónica nº 33. Publicado por Respetable Logia Masónica nº33 el 31 de mayo de 2009. [Blog]. 2008-2012. Disponible en URL: <http://respetablelogiaanaza33.blogspot.com.es/2009/05/manuel-de-camara-y-cruz-nacion-en-santa.html> [Consulta: 15 de marzo de 2012].
146. Anónimo: Interior del Hospital tras la reconstrucción. ACIT- Negociado de Beneficencia-caja nº 6968; Papeles sueltos sin clasificar.
147. Anónimo: Pabellón en construcción del Hospital Civil (ca. 1929). *Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre..., opus cit*, 1929*,* [*s.n.*].
148. Proyecto de lavadero. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7183; expediente nº 73: incoado para realizar las obras del 3er. Pabellón de construcción y 4º del proyecto y otros anexos de la edificación de los Establecimientos insulares de Beneficencia (expediente Nº 71 año 1919, Ngdo. Beneficencia; 1931).
149. Proyecto de terminación de las obras de la sala de operaciones quirúrgicas. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6982; expediente nº 40: sobre la adquisición y colocación de los materiales para terminar la nueva sala de operaciones del Hospital de esta Capital (1931).
150. Adquisición de una lámpara Pantophos para la Sala de Operaciones. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6988; expediente nº 119: sobre la adquisición de una lámpara Pantophos para la Sala de Operaciones de los Asilos de esta Capital (1932).
151. Sala de esterilización. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7001-7002; expediente nº 95: sobre instalación que debe llevarse a cabo en la sala de esterilización anexa a la de operaciones asépticas en los Establecimientos insulares de Beneficencia de esta Capital (1932).
152. Cabina para instalar el cuadro de los Rayos X (1933). ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6988; expediente nº 134: incoado con motivo de oficio del Secretario-Contador de los Asilos de esta Capital, relacionado con construir una cabina para instalar el cuadro de los Rayos X (1933).
153. Anónimo: Vista parcial de la Sala de Cirugía tras las obras de ampliación (1924-29). *Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre... Opus cit*, 1929*,* [*s.n.*].
154. Anónimo: Botica del Hospital Civil (ca. 1929). *Ibídem*.
155. Proyecto de una galería Sur, Naciente y Poniente, Servicio de Farmacia, Depósito de Medicamentos, Laboratorio, Material de Laboratorios y Servicios, entre el primer y segundo pabellón. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 179: incoado para tramitar el proyecto de una galería Sur, Naciente y Poniente, Servicio de Farmacia, Depósito de Medicamentos, Laboratorio,

Material de Laboratorios y Watter Closs, entre el primer y segundo pabellón del Hospital Civil de esta Capital (1938).

156. Anónimo: Vista de patio interior. ACIT- Negociado de Beneficencia-caja nº 6968; Papeles sueltos sin clasificar. Fotografía de su interior del Hospital de los Desamparados de Santa Cruz de Tenerife tras la reconstrucción.
157. Planta del Hospital de los Desamparados de Santa Cruz de Tenerife tras el incendio acaecido en 1888. DARIAS PRÍNCIPE, A. (1983). *Opus cit*, p. 62.
158. Anónimo: Miguel de la Grúa Talamanca de Carini y Branciforte, Primer Marqués de Branciforte. Óleo sobre lienzo (segunda mitad del siglo XVIII). *Contribución Wikipedia. La Enciclopedia en línea*. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:MigueldelaGruaTalamancayBranciforte.jpg?uselang=es> [Consulta: 30 de marzo de 2012].
159. Anónimo: Fachada del Lazareto de Santa Cruz de Tenerife hacia 1880. Fotos antiguas de Santa Cruz de Tenerife, Blog 7 Islas. Publicada por Bernabé González el 9 de marzo de 2009. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://7islas.blogspot/2009/03/fotos-antiguas-de-santa-cruz-de.html> [Consulta: 1 de abril de 2012].
160. Anónimo: Interior del Lazareto de Santa Cruz de Tenerife (1880-90). BestPicturesof. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://en.bestpicturesof.com/finales%20siglo%20xix> [Consulta: 1 de abril de 2012].
161. J. Riera: Rúbrica del Comandante General Miguel López Fernández de Heredia (1769). Archivo Histórico de Adeje. Casa Fuerte. Ayuntamiento de Adeje. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.archivohistoricoadeje.es/index.php?option=com_cartas&view=carta&id=19042&Itemid=8> [Consulta: 1 de abril de 2012].
162. Planta del primer proyecto de Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife. RIERA, J.: *Planos de Hospitales Españoles del siglo XVIII; Actas Histórico-médica Vallisoletana;* Ediciones del Seminario de Historia de La Medicina; Valladolid; 1975. Plano y alzado del Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife, por Juan Guinther, año 1779. Escala de 100 mm. las 20 varas, realizado en tinta y colores al aguado. Presenta explicación de este. Tamaño de 355x484 mm. y recuadro de 315x443 mm. Documento del Archivo General de Simancas, Sección Guerra Moderna, legajo 2441. Plano en Archivo General de Simancas, Sección M.P. y D. XIII-63.
163. Anónimo: Valeriano Weyler (1898). Library of Congress. The world of 1898: the Spanish-Amercan War. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://www.loc.gov/rr/hispanic/1898/weyler.html> [Consulta: 1 de abril de 2012].
164. Anónimo: Hospital Militar (1890-95). Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASS). [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://www.iass.es/iass/DEFAULT/centrosociosanitariosantacruz_.html> [Consulta: 10 de abril de 2012].
165. José V. González Bethencourt: Fachada del Hospital Militar a la calle Galcerán a finales del siglo XIX. GONZÁLEZ BETHENCOURT, J. V. *Curándonos en salud: claves de la sanidad en Canarias.* Tenerife: Planet, 2009, p. 137.

166. Planta de la ampliación del Hospital Militar. AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Memoria del proyecto de ampliación del Hospital Militar y plano firmado el 11 de febrero de 1922.
167. Plantas de semisótano, baja y primera del Hospital Militar en 1925. AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Plano y distribución del Hospital Militar firmado por Leonardo Royo el 4 de agosto de 1925.
168. José V. González Bethencourt: Fachada del Hospital Militar antes de cerrarse en 1995. GONZÁLEZ BETHENCOURT, J. V. (2009). *Opus cit*, p. 139.
169. Imagen actual de la planta del edificio tras la reforma y su transformación en centro sociosanitario. Google Maps. [En línea]. 2012. Disponible en URL: <http://maps.google.es/maps?hl=es&tab=wl> [Consulta: 10 de abril de 2012].
170. Fragmento de la fachada del Cuartel de San Carlos, solar en el que primigeniamente estaba emplazado el Hospicio. Periódico *El Día*, 23 de mayo de 2001, p. 25-26.
171. Anónimo: Casa de Huérfanos (ejercicios gimnásticos y clases de labores, 1929). *Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre... Opus cit*, 1929*,* [*s.n*.].
172. Anónimo: Diego Guigou y Costa (ca. 1930). El Puerto de la Cruz. sus gentes y sus cosas. Publicado por Bernardo Cabo Ramón el 5 de agosto de 2010. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://bernardocabo.blogspot.com/2010/08/diego-guigou-costa-1861-1936.html> [Consulta: 10 de abril de 2012].
173. Anónimo: Carmen Monteverde y Cambreleng de Hamilton (1900-05). Notas sobre la familia Monteverde. [En línea]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://serra-hamilton.net/monteverde.htm> [Consulta: 10 de abril de 2012].
174. Planta del Hospital. *Diario de Tenerife*: 27 de mayo (nº 4340) de 1901.
175. Anónimo: Hospital (1936). Hospital de Niños (Santa Cruz De Tenerife): *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941;* Imprenta A. Romero; Santa Cruz de Tenerife; 1941; Lámina entre 52 y 53; pp. 63, 64, 65, 66 y 67.
176. Planta del Hospital. La superficie señalada en amarillo corresponde a la ampliación proyectada en 1937. *Ibidem.*
177. Planta del Hospital. La superficie señalada en amarillo corresponde a la ampliación proyectada en 1937. *Ibidem.*
178. Planta del Hospital. La superficie señalada en amarillo corresponde a la ampliación proyectada en 1937. *Ibidem.*
179. Fachada del Hospital (1937-41). *Ibidem.*
180. Anónimo: arquitecto Antonio Pintor y Ocete (1862-1946). Paseo virtual por Motril. Personajes históricos relacionados con Motril. Publicado por Gabriel Medina Vílchez el 20 de abril de 2003. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://coralarmiz.com/Motril/pintorocete.htm> [Consulta: 10 de abril de 2012].
181. Planta de la Reforma del Manicomio Provincial (1929). AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 174; expediente nº 428, legajo 28 de proyecto de reforma del Sanatorio Psiquiátrico Provincial (1929).
182. Proyecto de reforma del Sanatorio Psiquiátrico Provincial (1929). *Ibidem.*
183. Fachada principal de un pabellón (1929). *Ibidem.*

184. Anónimo: Manicomio Provincial (1905-10). Fondo de Fotografía-FEDAC. [En línea]. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, 2003-2012. Disponible en URL: <http://www.fotosantiguascanarias.org/buscador/album_pag.php?st=1&free=manicomio+tenerife&page=1> [Consulta: 1 de abril de 2012].
185. Rúbrica del arquitecto Domingo Pisaca y Burgada. DARIAS PRÍNCIPE, A. (1985). *Opus cit,* p. 106.
186. Proyecto para el pabellón de mujeres, 1947 (AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 171; expediente nº 389).
187. Proyecto para el pabellón de mujeres. 1947. *Ibidem*.
188. Proyecto para el Sanatorio Psiquiátrico Provincial, 1946-47. *Ibidem*.
189. Anónimo: Laboratorio del Instituto Provincial de Higiene (1929). *Provincia de Santa Cruz de Tenerife: datos sobre... Opus cit*, 1929*,* [*s.n*.].
190. Anónimo: Material de desinfección (1929). *Ibidem*.
191. Francisco J. Castro: Fachada del Instituto Provincial de Higiene en la actualidad (2012).
192. El médico Tomás Cerviá Cabrera. *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife (Lucha Antituberculosa de España)*; volumen I, abril 1933-diciembre 1934; Librería y Tipografía Católica; Santa Cruz de Tenerife; 1935; p. 6 y diferentes láminas sin numerar presentes en la publicación.
193. Anónimo: Cartel de la Lucha Antituberculosa durante la II República Española (1934). *Enfermería Avanzada*. Publicado por Jesús Rubio Pilarte y Manuel Solorzano Sánchez el 20 de septiembre de 2011. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://enfeps.blogspot.com.es/2011/09/la-cruz-de-lorena-y-eldispensario.html> [Consulta: 1 de abril de 2012].
194. Plano del Dispensario Antituberculoso de Santa Cruz de Tenerife. *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife* (1935). *Opus cit,* p. 6 y diferentes láminas sin numerar presentes en la publicación.
195. Fachada del Dispensario Antituberculoso de Santa Cruz de Tenerife. *Ibidem.*
196. Interior del Consultorio General de Tisiología. *Ibidem.*
197. Vista del Sanatorio Enfermería de Ofra (Foto A. Benítez). APTCC-Fotografías interiores y exteriores del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso en Ofra.
198. Fachada del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso de Ofra (Foto A. Benítez). *Ibidem*.
199. Proyecto para el ajardinado del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 96.
200. Terrenos destinados a la construcción del Preventorio Infantil de La Esperanza. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 240.
201. Anónimo: Niños jugando en los jardines del centro. Periódico *El País*, 6 de marzo de 2011, p. 26-27.
202. Anónimo: Álvaro Rodríguez López (primer tercio del siglo XX). *De la mar y los barcos*. Publicado por Juan Carlos Díaz Lorenzo el 15 de diciembre de 2010 [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://delamarylosbarcos.wordpress.com/2010/12/15/alvaro-rodriguez-lopez-el-naviero-mas-importante-de-canarias-en-el-siglo-xx/> [Consulta: 15 de abril de 2012].
203. Plano del Jardín Infantil de la Sagrada Familia. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7183; expediente nº 179: sobre las obras en la Casa-Cuna y donativos de materiales a las mismas (1937).

204. Iglesia y campanario del Jardín Infantil de la Sagrada Familia. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 155: incoado para tramitar La completa terminación del "Jardín Infantil de la Sagrada Familia" (1940).
205. Proyecto de ampliación y reforma del costado sur. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 45: incoado para tramitar el proyecto de ampliación y reforma del costado Sur del "Jardín Infantil de la Sagrada Familia" (1939).
206. Plano de la ampliación del pabellón destinado a servicios. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7188; expediente nº 229: incoado para tramitar la subasta de las obras de "Terminación de la nave lateral derecha del Jardín Infantil de la Sagrada Familia" (1951).
207. Anónimo: Vista de la Enfermería del Jardín de Infancia (1941). El ojo de Santa Cruz. Publicado por Sandra Camps el 15 de septiembre de 2011. [Blog]. 2011-2012. Disponible en URL: <http://blog.rtve.es/enprimerapersona/2011/09/el-infierno-de-la-casa-cuna-de-tenerife-en-primera-persona.html> [Consulta: 15 de abril de 2012].
208. Ubicación del futuro Dispensario Antivenéreo público, 1930. ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7182; expediente nº 256: incoado con motivo de oficio de la Inspección Provincial de Sanidad interesándose venda a la Junta provincial de Sanidad, un solar de 6932,25 m2 de la finca existente en la esquina formada por las calles de San Sebastián y los Molinos, con destino a la construcción de un edificio para Dispensario antivenéreo público (1930).
209. Fachada y lateral del Instituto Provincial de Sanidad en la actualidad (Fuente: Francisco J. Castro, 2012).
210. Detalle de la fachada del Instituto Provincial de Sanidad (Fuente: Francisco J. Castro, 2012).

ANEXOS DOCUMENTALES

ANEXOS DOCUMENTALES

INDICE DOCUMENTAL

Hospital de Santa María de la Antigua Misericordia

Escritura de donación del terreno para la construcción del Hospital de Nuestra Señora de la Antigua Misericordia. AHPSCT- escribano Sebastián Páez, legajo 185, cuaderno nº 9 (1509, folio 628 reverso).

Hospital de Nuestra Señora de los Dolores y de San Martín Obispo (en los primeros momentos de su fundación Real Hospital)

Documento recogido en las "*Actas del proceso movido por Martín de Jerez contra el vicario de la isla Diego de Herrera, con motivo de la fundación del Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, que se recogen en los apéndices documentales"*. AMSCLL- H-VI expediente 1 (1517).

Proyecto para la construcción de un nuevo Hospital de La Laguna. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7182; expediente nº 232: sobre construcción de un nuevo edificio destinado a la instalación del Hospital de Ntra. Sra. De los Dolores de La Laguna (1923-24).

Hospital de San Sebastián

Donación del solar de Pedro López de Villera para la construcción de un Hospital de San Sebastián. AHPSCT- escribano Sebastián Páez, legajo 185, cuaderno nº 9 (1509, folio 819 reverso).

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 444: incoado con motivo del escrito Del Sr. Consejero Don Andrés Lorenzo Cáceres, sobre ampliación de salas en El Asilo de Ancianos de La Laguna (1941).

Hospital de la Santísima Trinidad

AMLO- Expediente sobre la traslación del Hospital de la Santísima Trinidad de esta Villa de La Orotava al extinguido convento de San Francisco (1841). Caja 22 Patrimonio.

AMLO- Expediente promovido por la Alcaldía para la instalación de escuelas, Administración Municipal y Teatro en el punto céntrico del Convento de San Francisco trasladando el Hospital al de Sto. Domingo, con ventajosos resultados para unos y otros ramos (1864). Caja 6 Traslado Biblioteca.

Sanatorio Leprosería de Tenerife

Proyecto para la construcción de la Leprosería de Abades en Tenerife. VINUESA ÁLVAREZ, A. *Bases para un proyecto de Sanatorio-Leprosería en Tenerife.* Madrid: Junta Central Consultiva contra la lepra, 1942; pp. 18, 21, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47.

ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 60: incoado con motivo de acuerdo de la Comisión Gestora sobre apertura de concurso para la adquisición de terrenos con destino a la Leprosería insular. (1938).

ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 60: incoado para cumplimentar servicios relacionados con La construcción de una Leprosería en esta Isla, interesado por el Excmo. Sr. Gobernador Civil de La Provincia. Proyecto para la ubicación de la Leprosería Provincial en Cuevas Blancas-Santa María del Mar-1941).

Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7182; expediente nº 156: incoado a virtud de acuerdo de la Comisión Permanente de 20 de Enero de 1926, sobre organizar a base de los Establecimientos Insulares de Beneficencia de esta Capital los servicios obligatorios que determina el artículo 128, caso B) del Estatuto Provincial de 20 de Marzo de 1925, en la parte que actualmente no estén instalados (1925-26).

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6983; expediente nº 50: incoado con motivo de acuerdo de la Junta Provincial de Sanidad relacionado con la posibilidad de montar un Hospital único para toda la Isla (1930).

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6982; expediente nº 40: sobre la adquisición y colocación de los materiales para terminar la nueva sala de operaciones del Hospital de esta Capital (1931).

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6988; expediente nº 134: incoado con motivo de oficio del Secretario-Contador de los Asilos de esta Capital, relacionado con construir una cabina para instalar el cuadro de los Rayos X (1933).

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 179: incoado para tramitar el proyecto de una galería Sur, Naciente y Poniente, Servicio de Farmacia, Depósito de Medicamentos, Laboratorio, Material de Laboratorios y Watter Closs, entre el primer y segundo pabellón del Hospital Civil de esta Capital (1938).

Hospicio de San Carlos

ROSA OLIVERA, L. DE LA: *"*Prontuario *de lo que se ha de observar por ahora, en el RI. Hospital de Sn Carlos de las Yslas Canarias, interin se arreglan los estatutos combenientes para esta, y las demás casas de misericordia que se hayan de erigir…";* Revista *El Museo Canario*; Año VIII; números 21-22; Las Palmas de Gran Canaria; enero-marzo, abril-junio 1947; pp. 105-109.

Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife

Plano y alzado del Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife, por Juan Guinther, año 1779. Escala de 100 mm. las 20 varas, realizado en tinta y colores al aguado. Presenta explicación de este. Tamaño de 355x484 mm. y recuadro de 315x443 mm. Documento del Archivo General de Simancas, Sección Guerra Moderna, legajo 2441. Plano en Archivo General de Simancas, Sección M.P. y D. XIII-63. RIERA, J. *Planos de Hospitales Españoles del siglo XVIII; Actas Histórico-médica Vallisoletana;* Ediciones del Seminario de Historia de La Medicina; Valladolid; 1975.

AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Memoria del proyecto de sala de operaciones y reforma de las letrinas del Hospital Militar.

AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Plano de distribución de la crujía de fachada principal fechado el 18 de junio de 1901. Acompañan a un proyecto de consultorio y clínica de operados para familias de generales, jefes y oficiales de 1904.

AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Memoria del proyecto de ampliación del Hospital Militar y plano firmado el 11 de febrero de 1922.

Hospital de Niños

Hospital de Niños (Santa Cruz de Tenerife): *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941;* Imprenta A. Romero; Santa Cruz de Tenerife; 1941; Lámina entre 52 y 53; pp. 63, 64, 65, 66 y 67.

GUIGOU, D. M.: *Ponencia sobre el origen, evolución, estado actual y posibilidades futuras del "Hospital de niños (fundación Dr. Guigou) de Santa Cruz de Tenerife";* s.e.*;* Santa Cruz de Tenerife; 1962; pp. 1, 2 y 3.

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7028; expediente nº 50: relacionado con petición deducida por el Sr. Médico-Director del Hospital de Niños sobre construcción en dicho Establecimiento de un pabellón-enfermería destinado a los enfermos procedentes del Jardín Infantil de la Sagrada Familia (1942).

Manicomio Provincial

AHPSCT- Negociado de Beneficencia-Hospital Psiquiátrico Provincial: caja nº 172; expediente nº 403, legajo 25 de Reglamento de la Asociación constituida para la construcción del "Asilo de Dementes" (1894).

AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 174; expediente nº 428, legajo 28 de proyecto de reforma del Sanatorio Psiquiátrico Provincial (1929).

AHPSCT- Negociado de Beneficencia-Hospital Psiquiátrico Provincial: caja nº 173; expediente para la construcción del Pabellón de Hombres en el Instituto Psiquiátricos Provincial (1946).

AHPSCT- Negociado de Beneficencia-Hospital Psiquiátrico Provincial: caja nº 173; expediente para la construcción del Pabellón de Pago de Mujeres en el Instituto Psiquiátricos Provincial (1947-1950).

Sanatorio Antituberculoso de Ofra

APTCC-Escritura de terreno comprado en Vilaflor de Chasna para la construcción de un Sanatorio Antituberculoso (12 de marzo de 1928).

Conformación del proyecto de construcción de Sanatorio-Enfermería Antituberculoso en Tenerife. ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018: Oficios y escritos que no figuran en expedientes (1937).

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 240: sobre construcción de un Preventorio Antituberculoso en esta Isla, por El Estado, y ofreciendo de solar por El Cabildo ("La Esperanza"); 1944

Vista del Sanatorio Enfermería de Ofra (Foto A. Benítez). APTCC-Fotografías interiores y exteriores del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso en Ofra.

Jardín de Infancia de la Sagrada Familia

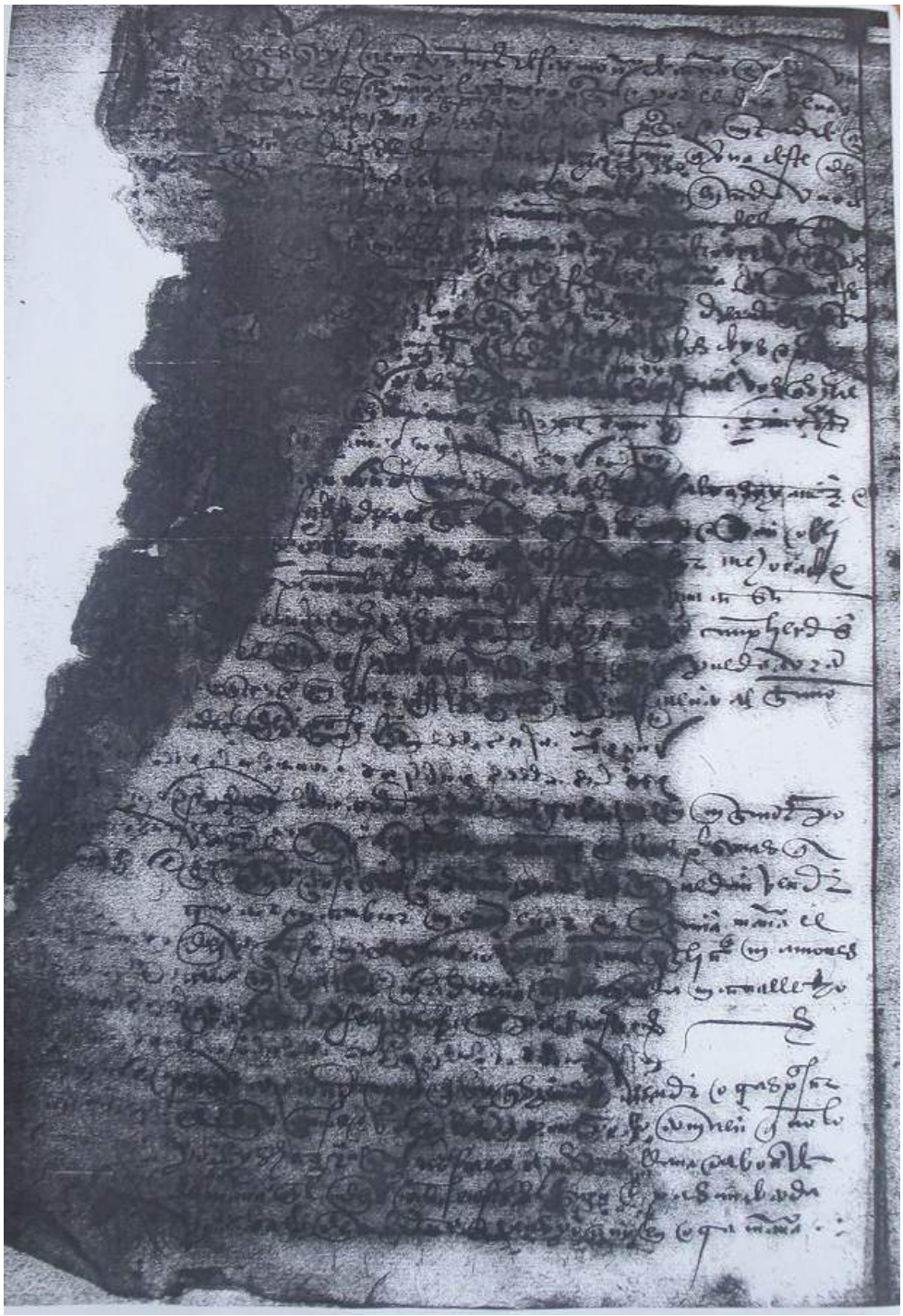
ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6983; expediente nº 142: incoado con motivo del oficio del Sr. Consejero Inspector de los Establecimientos Insulares de Beneficencia de esta Capital, proponiendo la construcción de un edificio destinado a albergar la Casa-Cuna de los referidos asilos (1927).

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 45: incoado para tramitar el proyecto de ampliación y reforma del costado Sur del "Jardín Infantil de la Sagrada Familia" (1939).

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 155: incoado para tramitar la completa terminación del "Jardín Infantil de la Sagrada Familia" (1940).

HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ANTIGUA MISERICORDIA.

Escritura de donación del terreno para la construcción del Hospital de Nuestra Señora de la Antigua Misericordia. AHPSCT- escribano Sebastián Páez, legajo 185, cuaderno nº 9 (1509, folio 628 reverso).



HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES Y DE SAN MARTIN OBISPO.

Documento recogido en las "*Actas del proceso movido por Martín de Jerez contra el vicario de la isla Diego de Herrera, con motivo de la fundación del Hospital de Nuestra Señora de los Dolores, que se recogen en los apéndices documentales*". AMSCLL- H-VI expediente 1 (1517).

Escrito presentado por Martín de Jerez.

"*NOBLE SEÑOR, Dotor Sancho de Lebrixa, teniente de Governador en estas islas de Thenerife y San Miguel de La Palma por el muy Manífico señor don Alonso Fernández de Lugo, Adelantado de Canaria, Governador en las dichas islas por la Reina y el Rei nuestros señores: Martín de Xerez, comendador y mayordomo del ospital de nuestra Señora de los Dolores e vezino desta dicha isla de Thenerife, paresco ante vuestra Merced e digo que ya sabe como yo ove ganado de nuestro muy Santo Padre León Décimo una bula, a instançia y cartas de sus Altezas el Rey nuestro señor don Fernando, que está en gloria, y la Reina doña Juana, nuestra señora, para fazer y edificar un espital de nuestra Señora de los Dolores, con otras muchas gracias y indulgencias en la dicha bulla contenidas, especialmente para que fiziesse y edificase el dicho ospital y para que toviesse un capellán o capellanes clérigo o religioso de qualquier orden que dixesse missa y administrase los sacramentos en él. E yo, conforme a la dicha bulla, desque vine a esta dicha isla edifiqué el dicho ospital y e tenido y tengo clérigo saçerdote que administra los sacramentos a los pobres y dize missa en el dicho ospital. E, asi es que por parte de Diego de Herrera, beneficiado y vicario desta dicha isla, a sido suspendidos que no digan missa Fernán García, clérigo y capellán del dicho ospital, y asimismo freí Juan Campuzano, capellán del dicho ospital, porque dixo misa y predicó en el dicho ospital el día de nuestra Señora de Agosta; a los quales mandó que no dixessen missa allí ni en otro cabo y los suspendió del dicho ofifio, y a los otros clérigos mandó que no la dixessen en el dicho ospital, y aunque el señor Adelantado mandó a su capellán Diego Fernández que dixesse missa en el dicho ospital, no la osó dezir el día de señor San Bartolomé por respecto del dicho vicario Diego de Herrera, lo cual no pudo ni puede fazer porque es contra el tenor y forma de la dicha bula y previlegios della y por quanto sus Altezas y los señores de su muy aho Consejo a mi instancia y pedimiento dieron y dicimieron ésta carta real para vuestra Merced y para todas las otras justicias desta isla, para que, conforme a la dicha bulla, dé favor y ayuda para que se faga y administre todo lo en ella contenido. Y porque el dicho vicario a fecho contra la dicha bula lo que dicho tengo y vuestra Merçed por rigor de justicia no le quiere conpeller, solamente le pido y requiero, conforme a la dicha carta real de sus Altezas, mande a vn escriuano público, señaladamente a Antón Vallejo, escriuano público desta dicha isla, que faga provanfa d« todo lo por mi desuso dicho y de lo demás que yo le pidiere en un interrogatorio que pressentaré, y, fecha la provança, me la dé ainada y sellada de manera que faga fe para la poder pressentar ante tui Altezas y ante los señores de su muy alto Consejo por que allí alcançe cunplimiento de juatifia. Y de cómo lo pido y requiero a vuestra Merçed lo pido por testimonio y a loa presientes ruego delio sean testigos."*

Martin de Jerez

Documento recogido en las "*ACTAS DEL PROCESO MOVIDO POR MARTÍN DE JEREZ CONTRA EL VICARIO DE LA ISLA DIEGO DE HERRERA, CON MOTIVO DE LA FUNDACIÓN DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES, QUE SE RECOGEN EN LOS APÉNDICES DOCUMENTALES*", (ARCHIVO MUNICIPAL DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA).

Carta de Sus Altezas y orden de Lebrija de tomar copia de ella

"E luego presentó leer notyficar fizo por mí, el dicho escrivano, al dicho señor dotor una carta real de sus Altezas, sellada con el sello de sus armas reales e firmada e librada de los tenores del su muy alto Consejo e oficiales de tu real casa e Corte, cuyo tenor es éste que se sygfue:

Antón de Vallejo, escrivano público y del Consejo desta isla de Tenerife: Yo vos mando que una carta real de sus Altezas que ante vos ovo presentado Martín de Xerés contra los abades en razón del espital de Nuestra Señora da los Dolores, de ques perpetuo administrador, le deis la dicha carta originalmente al dicho Martín de Xerés, quedando en vos un traslado abtorizado, lo qual hazed en el término de la ley so la pena della. Fecho a catorze de enero de mill e quinientos de dies e ocho años.

Lebrixa, dathor *Fernand Guerra, escrivano público*

Doña Juana y don Carlos su hijo, por la graçia de Dios Reyna de e Rey de Castilla, de León, de Aragón, de las dos Çe [çi]lías, de Iherusalen, de Navarra, de Granada, de Toledo, de Valencia, de Galiçia, de Çevilla, de Mallorcas, de Çerdeña, de Córdova, de Córsega, de Murçia, de Jaén, de los Algarves, de Algezira, de Gibraltar, de las yslas de Canaria, de las Yndias, yslas Tierra Firme del Mar Oçéano, Condes de Barcelona, señora de Viscaya e de Molina, Duques de Atenas e de Neopatria e de Roysellón e de Çerdania, Marqueses de Oristán e de Goçiano, Archiduques de Abstria, Duques de Borgoña e de Bravante, Condes de Flandes e de Tirol, etc., a vos el nuestro Governador de las yslas de Gran Canaria e a vuestro lugarteniente en el dicho ofiçio e a otras qualesquier justiçias e juezes de la ysla de Tenerife, e a cada uno e qualquier de vos a quien esta nuestra carta fuere mostrada, salud e graçia. Sepades que Martin de Xerés e Catalina Gutiérrez, su muger, vezinos de la ysla de Tenerife, nos fizieron relaçión por su petición diziendo que por serviçio de Dios e de nuestra Señora quisieron e quieren gastar la mayor parte de sus bienes en hazer un espital en la dicha ysla de Tenerife, de la ynbocación de Nuestra Señora de los Dolores, donde se acojan y alverguen los pobres y pelegrinos que por ella pasasen e diz que el Rey e la Reyna, nuestros señores padres, que santa gloria ayan, por que su buena intinçión se efectuase les dieron sus cartas por las quales enbiaron a soplicar a nuestro muy Santo Padre que concediese algunas gracias y perdones al dicho espital y casa que asy quyeren fazer e diz quél fué a Roma y su Zantidad conçedió una bula con muchas gracias yudilugençias e perdones e jubeleos, e que asymismo traxo otra bula de perdones e indulijençias de veynte cardenales para que pudiese pedir limosna por tiempo de dos años para la redeficación de la dicha casa, según dixo que paresçía por las dichas bulas de que ante los del nuestro Consejo fizo presentación, e diz que por virtud dellas él començó a edeficar el dicho espital e diz que un Diego de Herrera, clérigo vicario de la dicha ysla e provisor del obispado de Canaria, e Juan de Troya, comisario de la Santa Cruzada, e otras presonas les han perturbado y perturban que no edefiquen el dicho espital, sobre lo qual diz que le an traydo en pleyto más de seys meses e le hizieron gastar más de çinquenta ducados e le quitaron que no adquiriese para el dicho ospital más de trezientos ducados. Por ende que nos soplicavan mandásemos a los dichos clérigos y a otras qualesquier presonas que an perturbado el edefiçio del dicho ospital que no les molesten ny enquiten sobre ello, les dexen e consientan hazer e edeficar el dicho espital, pues le hasen de su hazienda, e le pagasen todas las costas y daños que a esta cabsa se le han recreçido e recreçieren e mandásemos guardar las dichas bulas, segund e como en ellas se contiene e como la nuestra Merced fuese. Lo qual visto por los del nuestro Consejo e las dichas bulas de que desuso se hase minsión, fue acordado que devíamos mandar dar esta nuestra dicha carta en la dicha razón, e nos tovímoslo por bien, porque vos mandamos que luego que contra esta nuestra carta fuerdes requeridos, veáys las dichas bulas de que desuso se haze minsión e las guardéys e cumpláys e fagáys guardar e cumplir segud e como en ellas se contiene, e guardándolas e conpliéndolas vos mandamos que libremente dexéys e consyntáys usar dellas al dicho Martín de Xerés, con tanto que por virtud de las dichas bulas no pueda sacar ni saque ningud pan de las dichas yslas para tierra de moros ni para otra parte alguna, e los vnos ni los otros non ende fagades al por alguna manera, so pena de la nuestra Merced e de diez mill mrs. para la nuestra Cámara. Dada en Madrid a diez días del mes de setienbre, año del nasçimiento de nuestro Salvador Ihesuxrispto de mill e quinientos e diez e seys años. Archipiscopus granatensys, dotor Carvajal. Liçenciatus Polanco. Liçenciatus Aguyrre. Liçenciatus de Coalla. Yo, Juan de Salmerón, escrivano de cámara de la Reyna e el Rey su hijo, nuestros señores, la fiz escrevir por su mandado con acuerdo de los del su Consejo. Registrada, el bachiller de Villanueva por chançiller Juan de Santillán.
En XIII de enero de MDXVII se corrijó esta carta con el oreginal. Testigos Antón Ruys e Femando del Castillo e Gonzalo Rodrigues.

Conosco yo, Martín de Xerés, que resçebí de vos, Antón de Vallejo, escrivano público e del Conçejo, la carta de sus Altezas oreginalmente, cuyo traslado es el que desuso se contiene. Fecho a XIII de enero de 1517 años.

Martín de Xerés

E luego el dicho señor dotor dixo. que ya le avíe presentado la carta de su Alteza y él la avíe obedeçido e cumplido en quanto el pudo, e que presente los testijos que quisyere e que se tomen e resçiban e que cometya e cometyó a mí, el dicho escrivano, la reçebçión e esaminación de los testigos que presentase e juramento, porque su Merçed estava ocupado en negoçios conplideros al servicio de sus Altezas y esecuçión de su justiçia".

Documento recogido en las "*ACTAS DEL PROCESO MOVIDO POR MARTÍN DE JEREZ CONTRA EL VICARIO DE LA ISLA DIEGO DE HERRERA, CON MOTIVO DE LA FUNDACIÓN DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES, QUE SE RECOGEN EN LOS APÉNDICES DOCUMENTALES*", (ARCHIVO MUNICIPAL DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA).

Escrito presentado por Diego de Herrera

"E después desto, en XXVI días del mes de agosto del dicho año de mill e quinientos e diez e syete años, ante el muy Magnífico señor don Alonso Fernández de Lugo, Adelantado de las yslas de Canaria e Gobernador e Justicia Mayor de las dichas yslas, paresçió presente Diego de Herrera, clérigo presbítero vicario de la dicha ysla, e presentó un escripto de razones su tenor del qual es este que se sygue:

[In margine:] En XXVI de agosto de MDXVII la presentó el vicario Diego de Herrera.

Escrivano presente, daréys por fe e testimonio en manera que faga fe a mi, el beneficiado Diego de Herrera, vicario de esta ysla de Tenerife por el Magnífico e muy reverendo señor don Femando Darze, por la graçia de Dios e de la santa Yglesia de Roma obispo de Canaria, del Consejo de la Reyna e Rey, nuetros señores, cómo en vuestra presencia digo al muy Magnífico señor el Adelantado de Canaria, Governador e Justiçia Mayor destas yslas de Tenerife e Sant Miguel de La Palma por sus Altezas, y al muy noble señor dotor Sancho de Nebrixa, su lugarteniente de Governador en estas dichas yslas, que a mi notiçia es venido que Martín de Xerés, vecino desta dicha ysla, administrador que se dize ser del ospital llamado de Nuestra Señora de los Dolores, nuevamente ynstituydo, hizo un pedimiento a los dichos señores Adelantado e su teniente en el qual diz que dixo que su Santidad mandó fazer un ospital en esta dicha ysla de la dicha vocación de Nuestra Señora de los Dolores e que su Alteza asymismo mandó que para quel dicho Martín de Xerés fiziese el dicho ospital le diese su justiçia todo favor e ayuda, e que yo enpedía el dicho hedifiçio y diz que pidió que le diesen favor e ayuda e que quería fazer ynformaçión çerca dello e que le fuese rebebida segund más largo se contiene en la dicha su relaçión e pedimiento, e que ge lo mandaron admitir e admitieron e le mandaron dar ynformaçión e que presentase su ynterrogatorio. En razón de lo qual, alegando lo que a mi derecho conviene, no les atribuyendo ni prorrogando juridición alguna, digo que lo asy dicho e pedido por el dicho Martín de Xerés e lo mandado por los dichos señores Adelantado e su teniente y todo lo fecho e que se fiziere por el dicho Martín de Xerés en esta dicha razón e cabsa, todo no ovo ni ha lugar ni se devió ni debe fazer e fue y es de derecho ninguno por muchas cabsas e razones que, siendo nesçesario, ante quien e quando convenga entiendo de dezir e alegar, no ofresçiéndome a cosa demasiada, y en especial por las siguientes:
Lo vno porque la cabsa sobre que se faze el dicho pedimiento e lo demás susodicho fue y es espiritual y de la juredición eclesiástica, segund paresçerá por su relaçión, y demás desto yo he seydo e soy vicario e beneficiado desta dicha ysla e presbítero e por consiguiente clérigo de orden sacra, por donde yo soy exento de la juredición de los dichos señores Adelantado e su teniente en las cabsas e cosas tocantes a mi e a mis cosas e bienes, segund que todo es notorio e sy nesçesario es por tal lo digo e alego, e asy el dicho señor Adelantado e dotor no pudieron ni pueden ni devieran ni deven entremeterse en lo susodicho ni en el conosçimiento dello ni arresçebille testigos ni provança ni cosa alguna y en quanto otra cosa se ha fecho o fiziere a sydo e será todo ninguno de derecho.

Lo otro porque el dicho Martin de Xerés ha seydo y es honbre que me quiere mal, porque avemos tenido contiendas e debates, todo defendiendo yo en juredición eclesiástica, de que él ha tenido opinión que lo he contrariado la fabricación del dicho ospital, sobre lo qual me ha tenido e tiene la dicha enemistad, segund es notorio, y so color de la dicha ynformación e de decir que le conviene a su derecho, segund a mi notiçia es venido, me ha querido e quiere injuriar oponiéndome que yo he fecho crímines y exçesos ynjusta e yndividamente para me macular, a lo qual no se devía ni devió de dar lugar, especialmente syendo yo benefiçiado y vicario y presbítero y honbre honrrado e de abtoridad e aviendo sido canónigo en la catredal iglesia deste obispado fasta que lo di e renunçié e siendo honbre de buen bibir e trato e siendo honroso e provechoso a esta dicha isla, con quien ha estado e está el culto divino más tenido, servido e honrado de lo que de antes que fuese yo benefiçiado e vicario estava, y siendo el dicho Martín de Xerés honbre de baxa condición, bozinero e maldiziente, a quien no se debía dar lugar a tales cosas, porque so color de justiçia no se ha de permitir que aquél ni otra persona alguna vitupirie ni ynjurie a persona alguna, especialmente de mi calidad, a lo menos por evitar escándalo y otros muchos ynconvicientes que de lo tal a« pueden y esperan seguir.

Lo otro porque quando los dichos señores fueran jueces conpetentes para poder conosçer de lo susodicho y entremeterse en ello, avían de mandar me dar traslado e oyrme primero que le admitieran al dicho Martín de Xerés provança ni informaçión alguna para que yo alegara de mi derecho, porque sy yo en algo lo enpedí sería y es con justa cabsa e razón e defendiendo la dicha juredición eclesiástica.

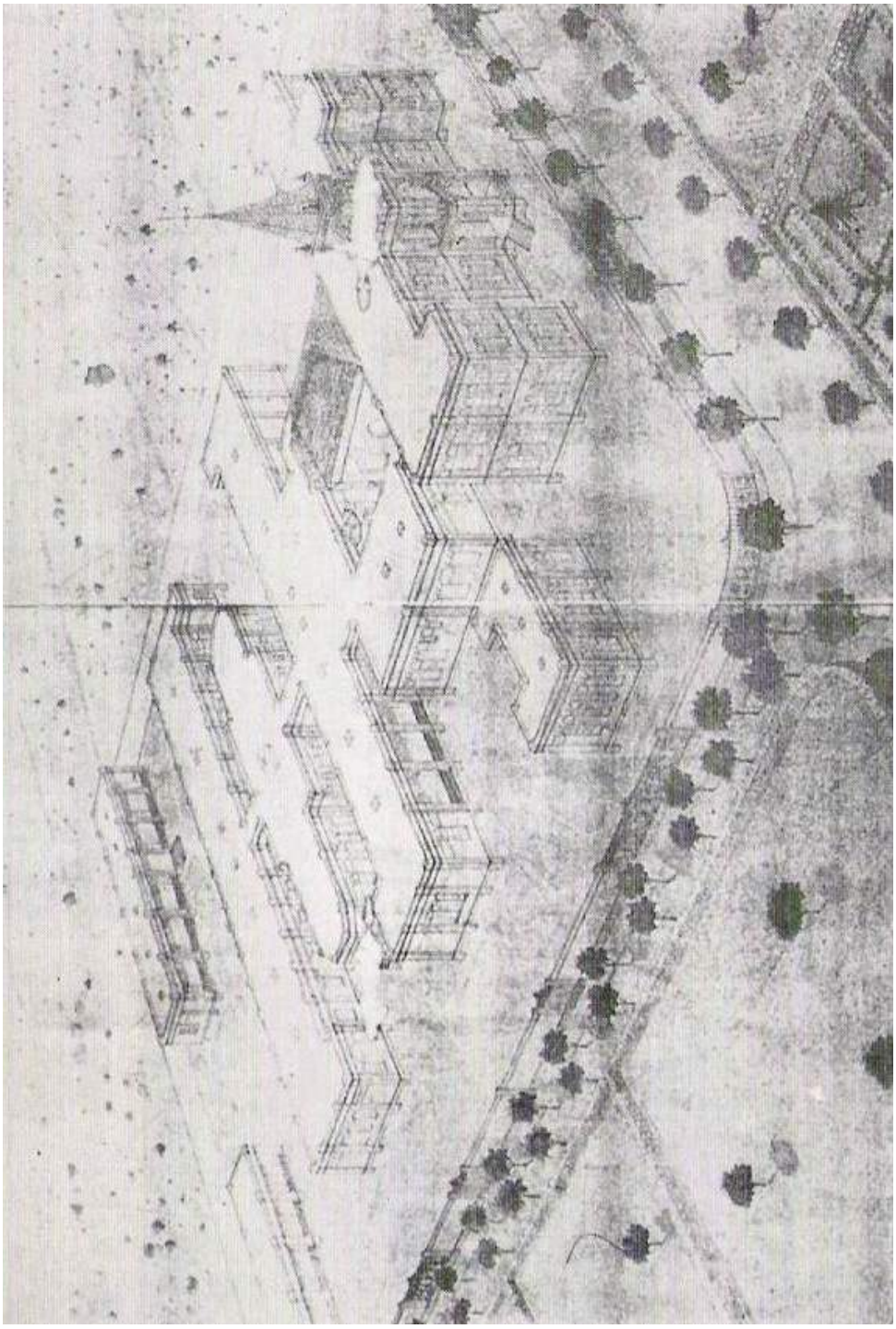
Lo otro porque los dichos señores Adelantado e dotor me han tenido e mostrado oydio e ha quatro o cinco días que el dicho señor Adelantado me ynjurió e maltrató de palabra diziéndome muy feas palabras e ynjuríosas, las quales, aunque yo lo tenga por señor e se las deva sufrir, no era razón dezírmelas; y el dicho señor dotor muchas vezes me ha maltratado, por donde yo los he tenido e tengo por sospechosos y por tales los recuso en caso que pudieran conosçer desta cabsa o comoquiera que sea, e asy lo juro a Dios e a Santa María e a esta señal de la † que los he e tengo por sospechosos.

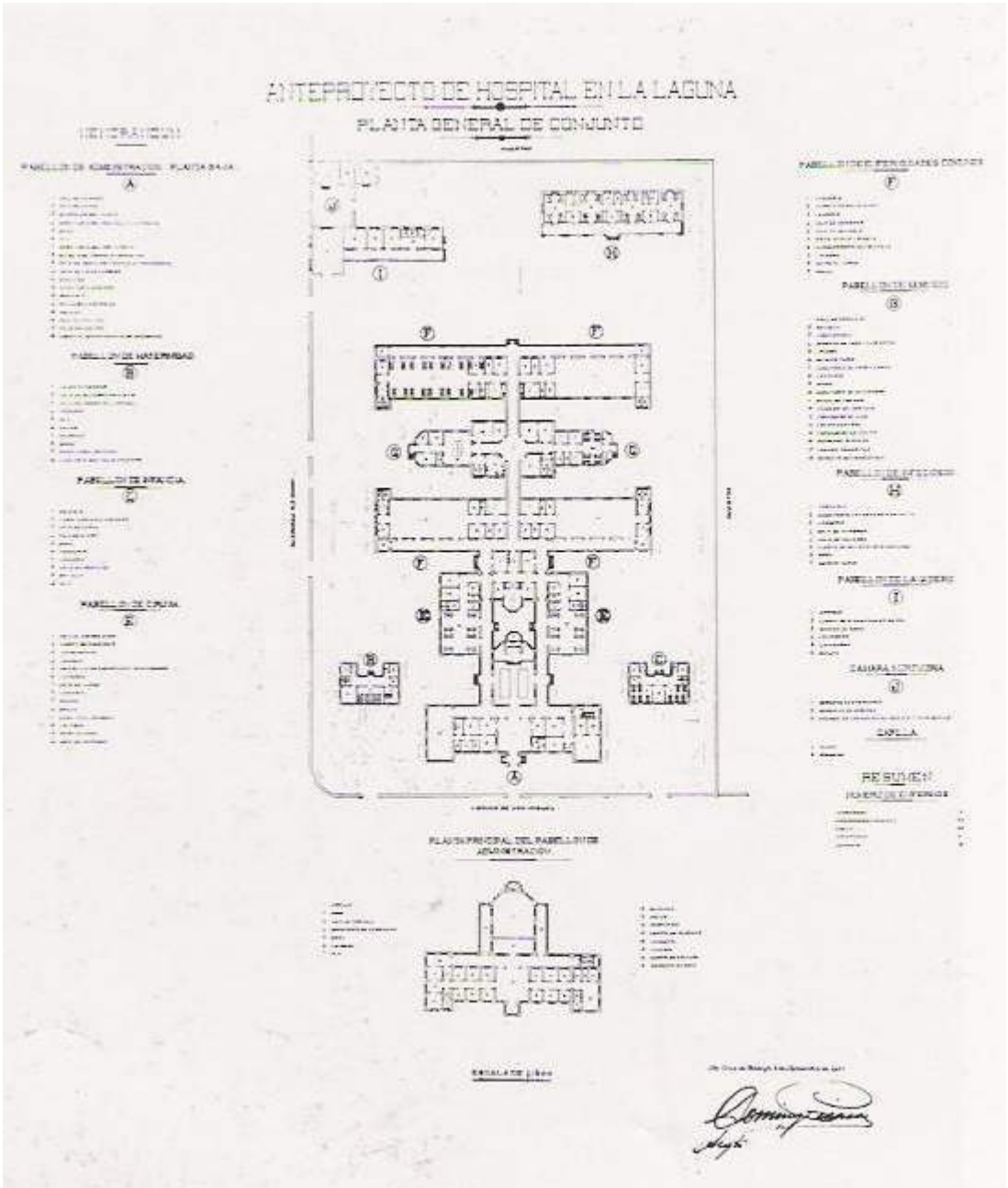
Por ende lea pido e requiero vna e dos e tres veles e tantas quantas más vezes puedo e devo de derecho, que ellos ni qualquier dellos no se entremetan a conosçer ni conozcan de lo susodicho, asy dicho e pedido por el dicho Martín de Xerés, ni hagan ni manden haser cosa de lo a ello tocante ni le admitan ni resçiban ni manden resçibir ynformaçión ni provança alguna, y sy alguna cosa le han admitido e mandado admitir, lo casen e den por ninguno como lo es; e sy nesçesario es, todo lo que asy se ha fecho e mandado e se hiziere e mandara en quanto ha sydo y fuere contra mi e en mi perjuyzio, lo resçibo por ynjuria e protesto de me querellar dello ante quien y quando y como convenga, y protesto asymismo que todo lo que asy se ha fecho e fiziere sea en sy ninguno, como lo es, e no me pare perjuyzio, y de aver y cobrar de los dichos señores Adelantado e dotor todo el ynterese, costas, pérdidas, daños e menoscabos que sobre esta dicha razón se me han syguido e syguieren. E pido sea puesto este escripto e requerimiento al pie o junto de lo asy pedido por el dicho Martín de Xerés y de los otros abtos sobre ello fechos e que no se dé testimonio de lo susodicho syn el del otro escripto. E pídelo todo por testimonio e ruego a los presentes que me sean testigos.

E luego el dicho señor Adelantado dixo que él no avíe sydo en haser la dolígençia que dize que fizo el dicho señor Adelantado y el dicho señor teniente, porque no fue fecho syno ante el dicho su teniente y él sería al que lo mandaría e non su Señoria. Y en lo que dize que lo quiere mal, que se sabrá lo contrarío. En lo demás, que manda notyficar esto al dicho su teniente e manda dar traslado al dicho Martín de Xerés e questo da por su respuesta, non asyntyendo en sus protestaçiones ni en alguna dellas.—Testigos Juan Páez e Juan Fernández.

.

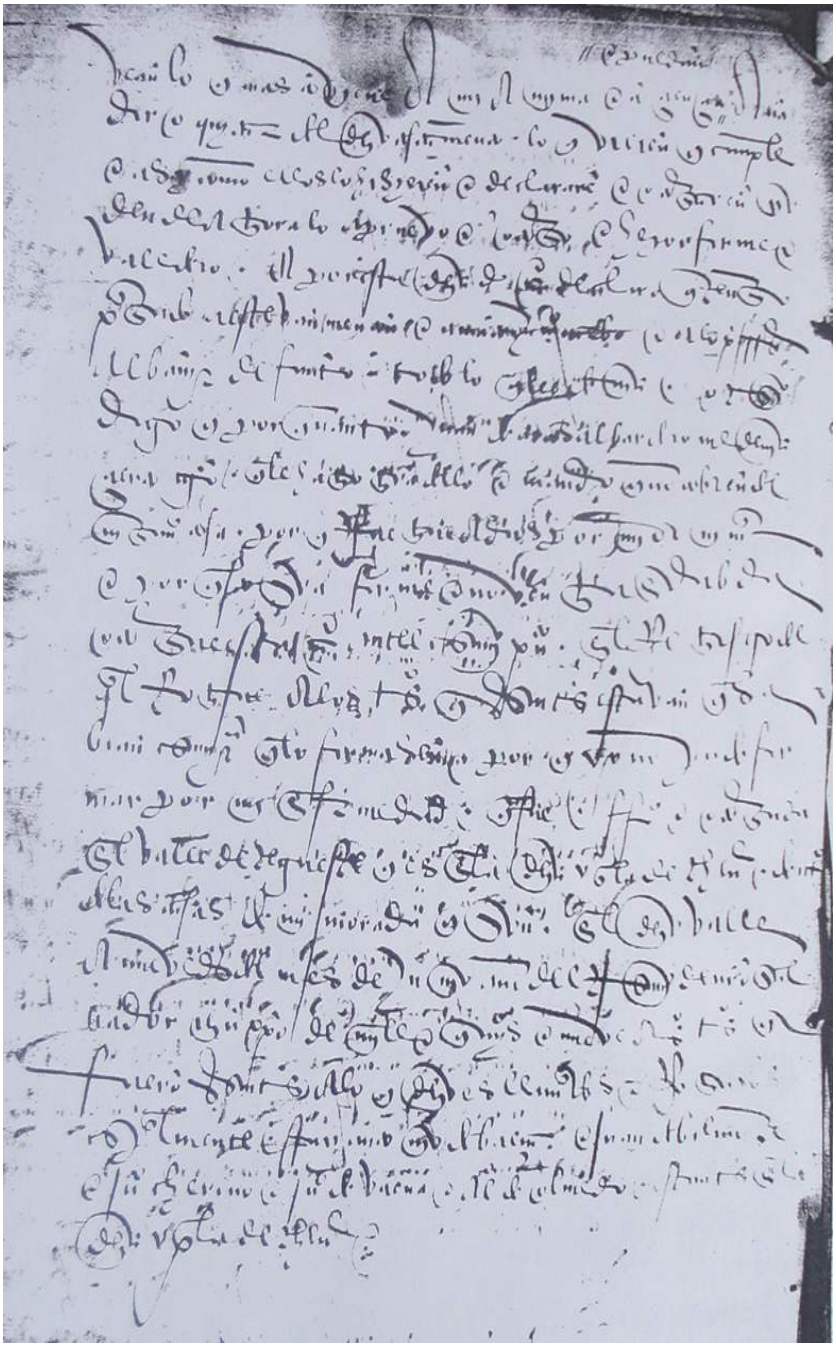
Proyecto para la construcción de un nuevo Hospital de La Laguna. ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7182; expediente nº 232: sobre construcción de un nuevo edificio destinado a la instalación del Hospital de Ntra. Sra. De los Dolores de La Laguna (1923-24).



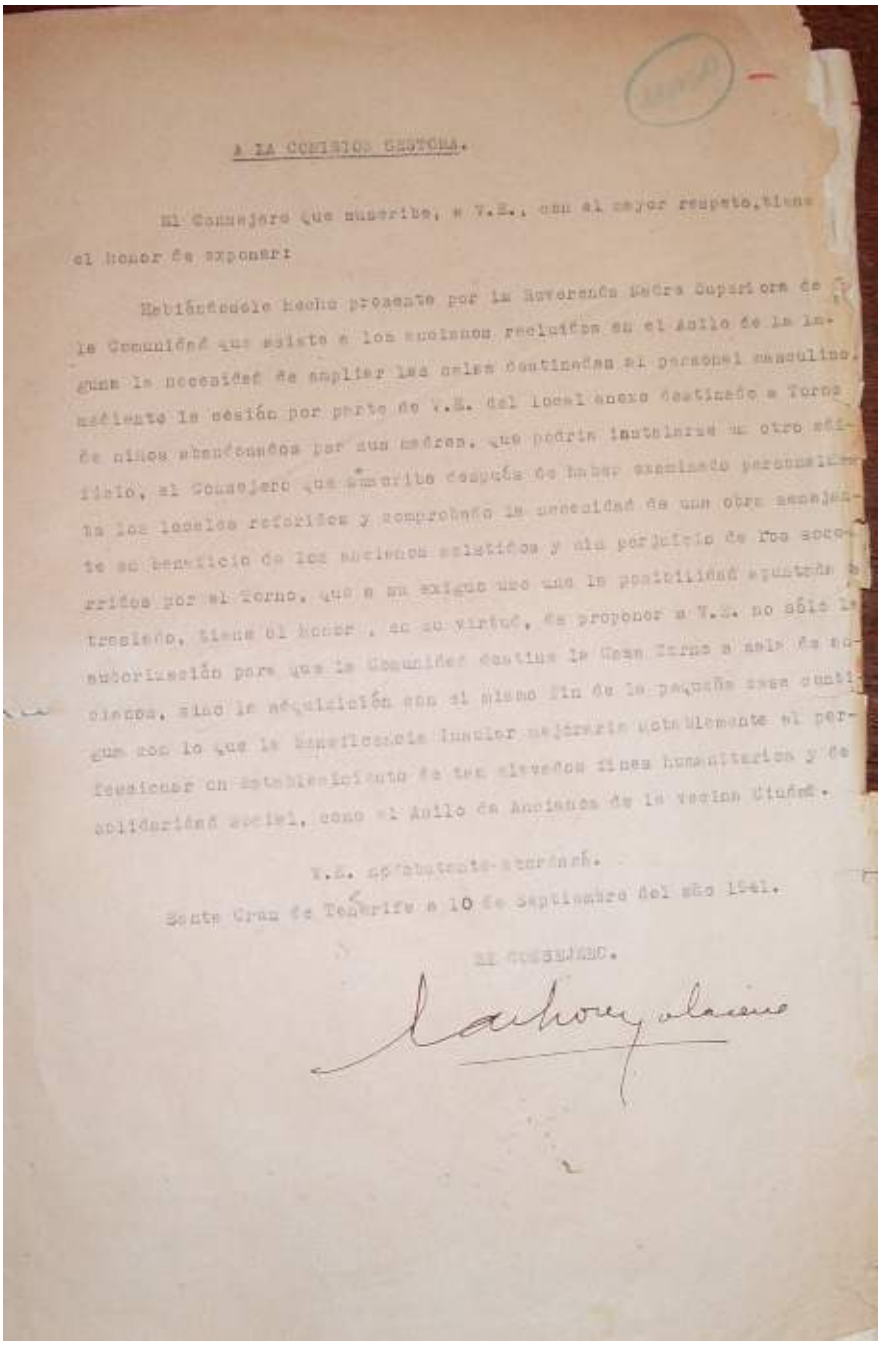

ANTEPROYECTO DE HOSPITAL EN LA LAGUNA
PLANTA GENERAL DE CONJUNTO
RESUMEN

OSPITAL DE SAN SEBASTIÁN.

Donación del solar de Pedro López de Villera para la construcción de un Hospital de San Sebastián. AHPSCT- escribano Sebastián Páez, legajo 185, cuaderno nº 9 (1509, folio 819 reverso).



ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 240: incoado con motivo del escrito Del Sr. Consejero Don Andrés Lorenzo Cáceres, sobre ampliación de salas en El Asilo de Ancianos de La Laguna (1941).



A LA COMISION GESTORA.

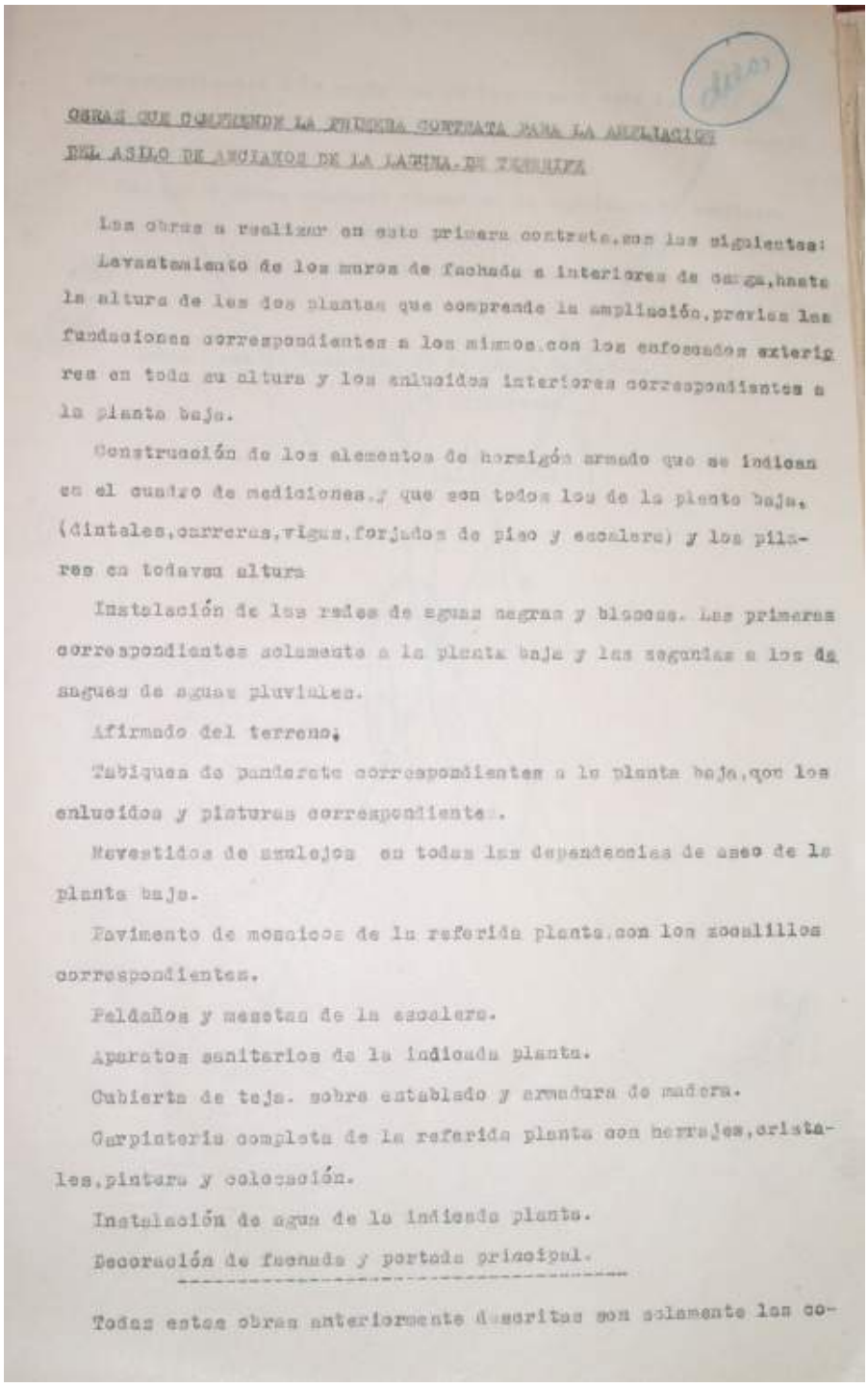
El Consejero que suscribe, a V.E., con el mayor respeto, tiene el honor de exponer:

Habiéndosele hecho presente por la Reverenda Madre Superiora de la Comunidad que asiste a los ancianos recluidos en el Asilo de la Laguna la necesidad de ampliar las salas destinadas al personal masculino, mediante la cesión por parte de V.E. del local anexo destinado a Torno de niños abandonados por sus madres, que podría instalarse en otro edificio, el Consejero que suscribe después de haber examinado personalmente los locales referidos y comprobado la necesidad de una obra semejante en beneficio de los ancianos asistidos y sin perjuicio de los socorridos por el Torno, que a su exiguo uso une la posibilidad apuntada de traslado, tiene el honor, en su virtud, de proponer a V.E. no sólo la autorización para que la Comunidad destine la Casa Torno a sala de ancianos, sino la adquisición con el mismo fin de la pequeña casa contigua con lo que la Beneficencia Insular mejoraría notablemente el perfeccionar un establecimiento de tan elevados fines humanitarios y de solidaridad social, como el Asilo de Ancianos de la vecina Ciudad.

V.E. no obstante acordará.

Santa Cruz de Tenerife a 10 de Septiembre del año 1941.

EL CONSEJERO.



OBRAS QUE COMPRENDE LA PRIMERA CONTRATA PARA LA AMPLIACION DEL ASILO DE ANCIANOS DE LA LAGUNA DE TENERIFE

Las obras a realizar en este primero contrato, son las siguientes:

Levantamiento de los muros de fachada e interiores de carga, hasta la altura de las dos plantas que comprende la ampliación, previos las fundaciones correspondientes a los mismos con los enfoscados exteriores en toda su altura y los enlucidos interiores correspondientes a la planta baja.

Construcción de los elementos de hormigón armado que se indican en el cuadro de mediciones, y que son todos los de la planta baja, (dintales, carreras, vigas, forjados de piso y escalera) y los pilares en toda su altura

Instalación de las redes de aguas negras y blancas. Las primeras correspondientes solamente a la planta baja y las segundas a las de aguas de aguas pluviales.

Afirmado del terreno.

Tabiques de panderete correspondientes a la planta baja, con los enlucidos y pinturas correspondientes.

Revestidos de azulejos en todas las dependencias de aseo de la planta baja.

Pavimento de mosaicos de la referida planta con los zocalillos correspondientes.

Peldaños y mesetas de la escalera.

Aparatos sanitarios de la indicada planta.

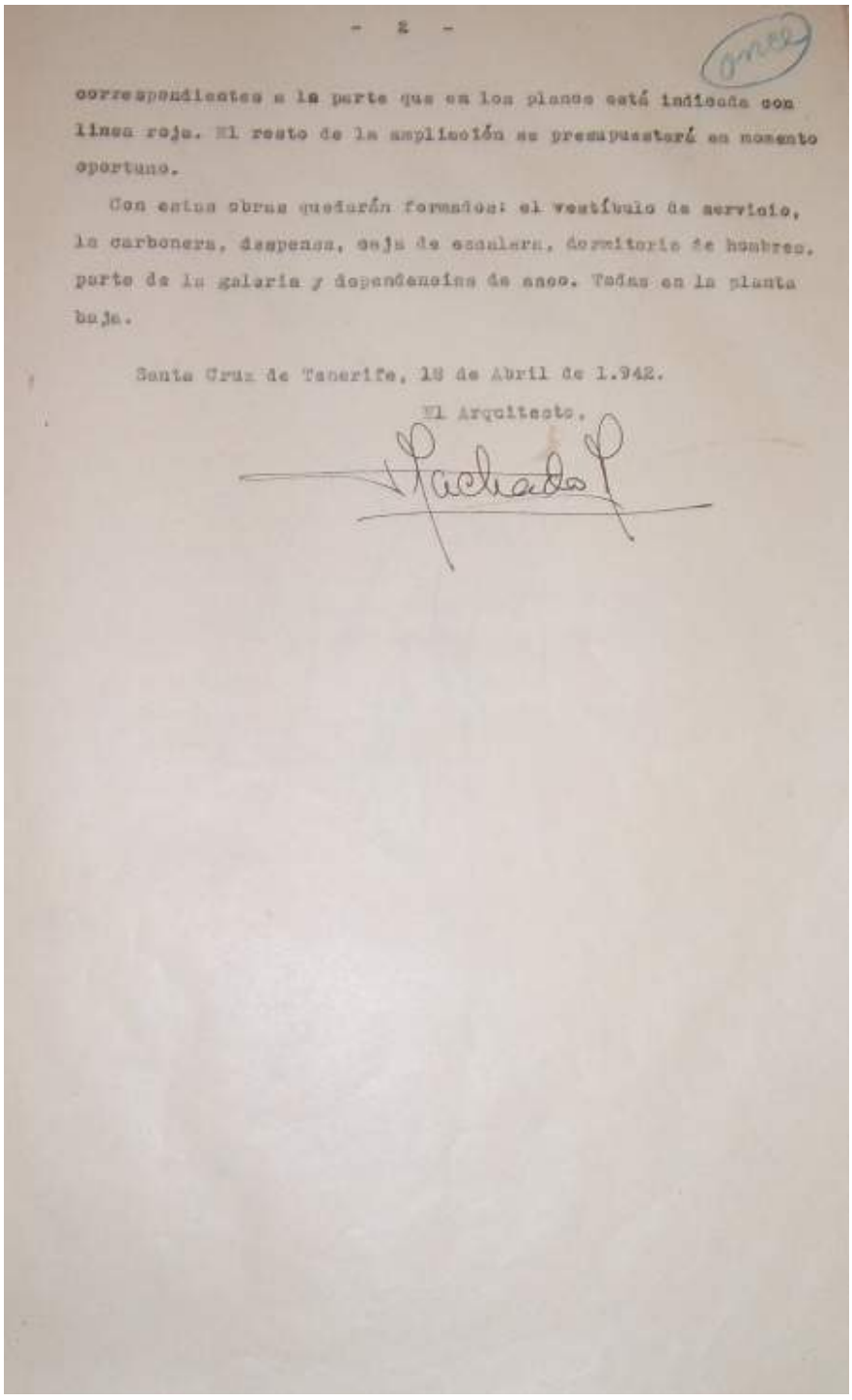
Cubierta de teja, sobre entablado y armadura de madera.

Carpintería completa de la referida planta con herrajes, cristales, pintura y colocación.

Instalación de agua de la indicada planta.

Decoración de fachada y portada principal.

Todas estas obras anteriormente descritas son solamente las co-



- 2 -

correspondientes a la parte que en los planos está indicada con línea roja. El resto de la ampliación se presupuestará en momento oportuno.

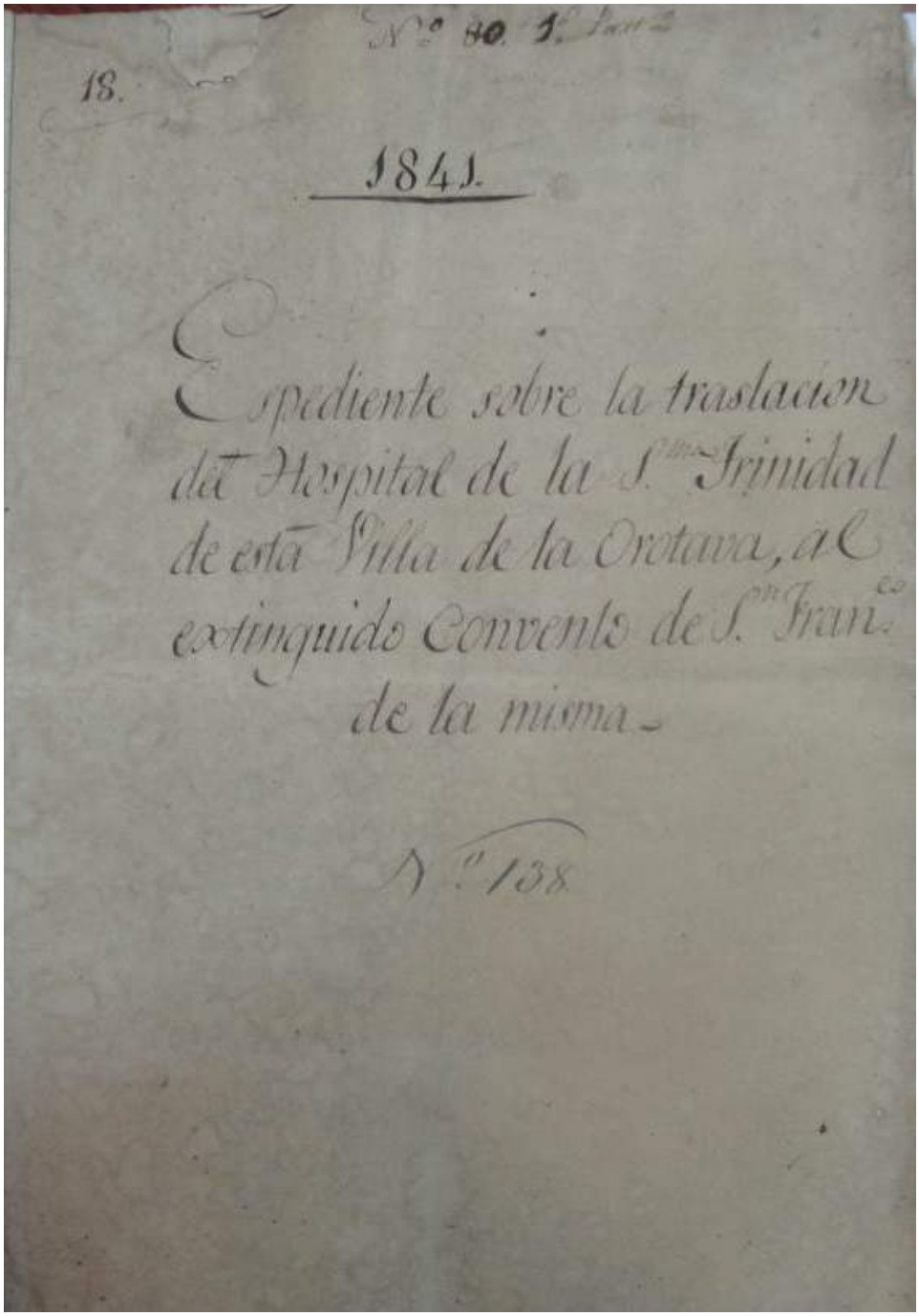
Con estas obras quedarán formados: el vestíbulo de servicio, la carbonera, despensa, caja de escalera, dormitorio de hombres, parte de la galería y dependencias de saco. Todas en la planta baja.

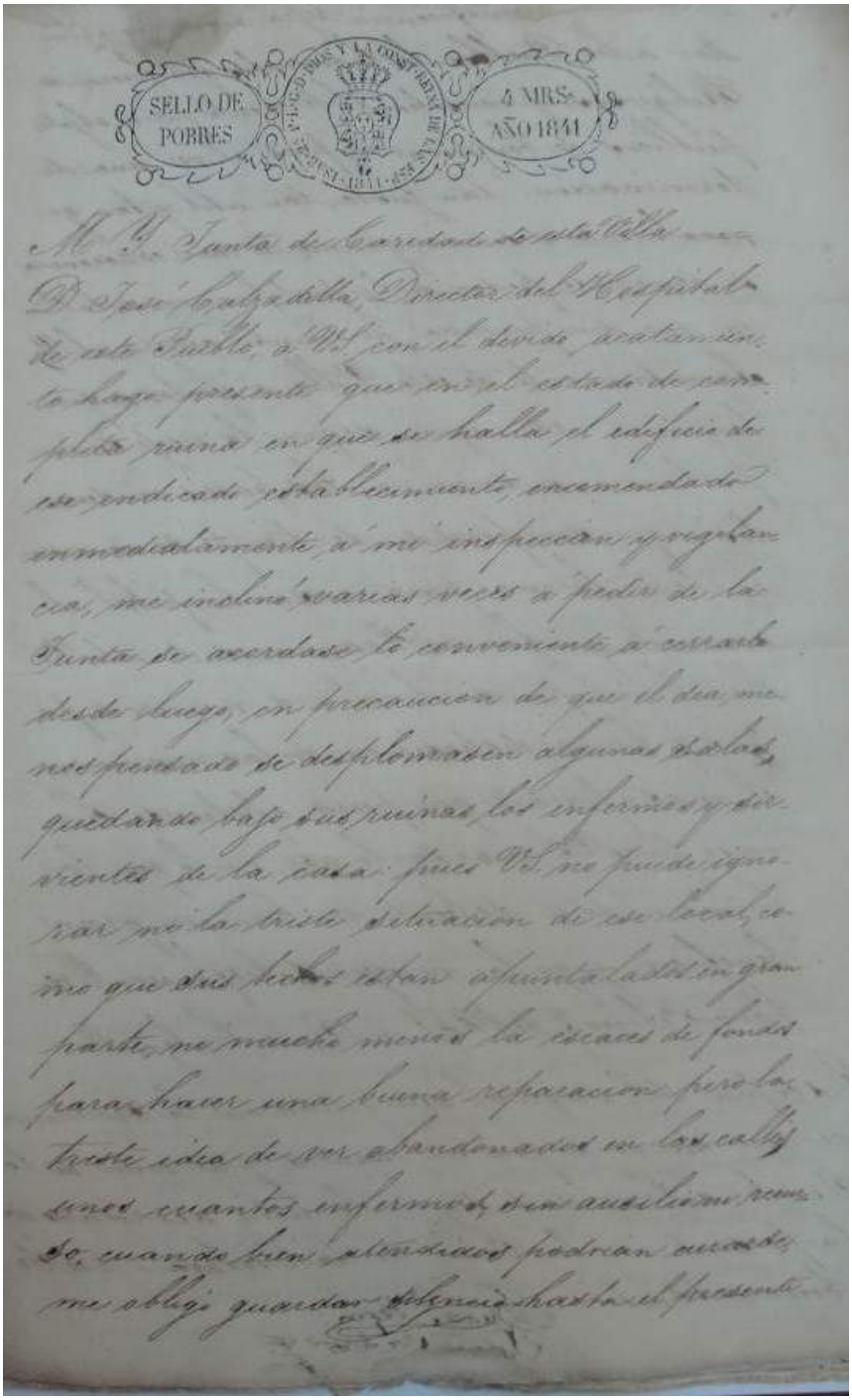
Santa Cruz de Tenerife, 18 de Abril de 1.942.

El Arquitecto.

HOSPITAL DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD.

AMLO- Expediente sobre la traslación del Hospital de la Santísima Trinidad de esta Villa de La Orotava al extinguido convento de San Francisco (1841). Caja 22 Patrimonio.

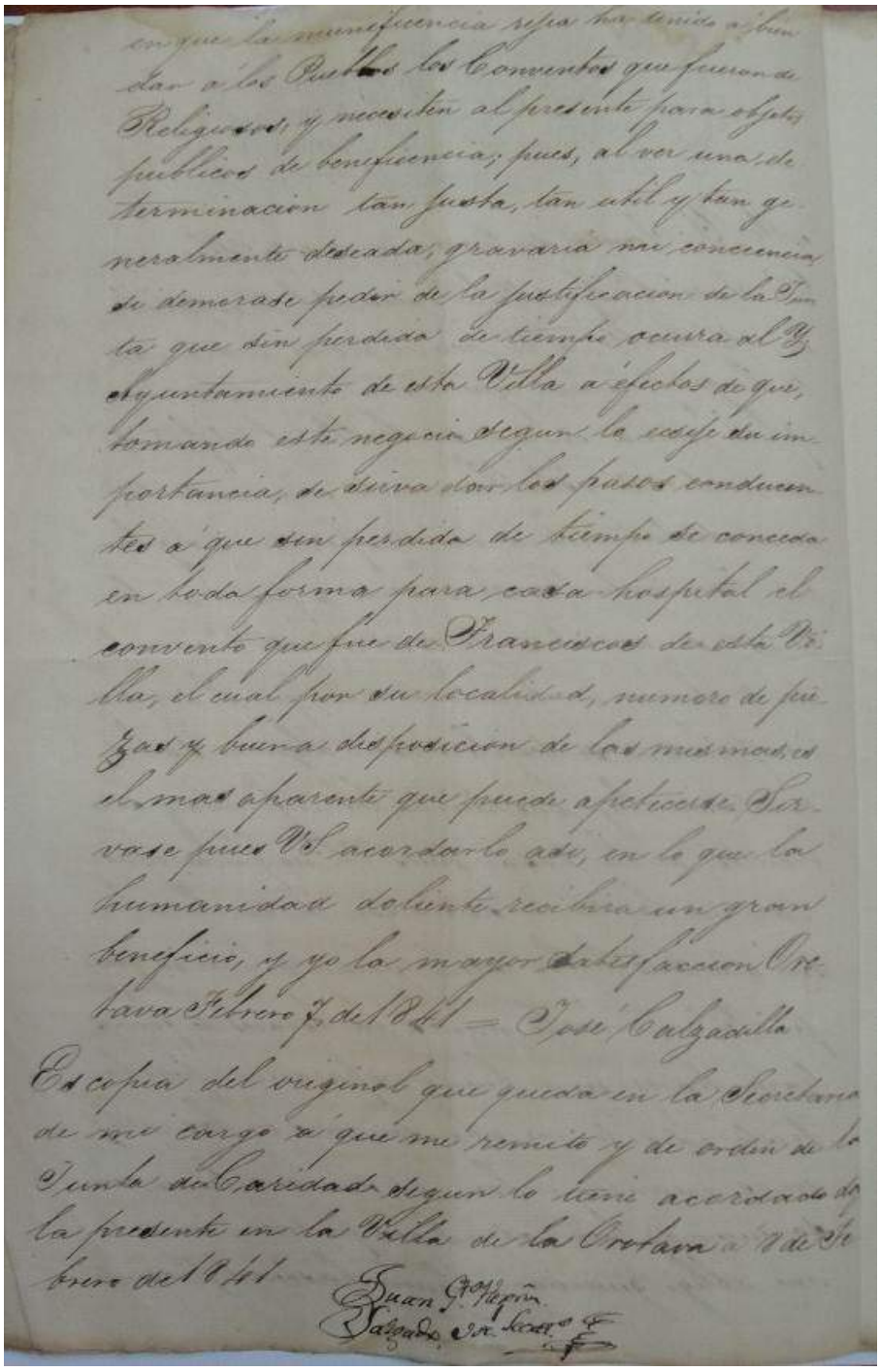




SELLO DE POBRES — 4 MRS. AÑO 1841

M. Y. Junta de Caridad de esta Villa

D. José Calzadilla, Director del Hospital de este Pueblo, á V.S. con el devido acatamiento hago presente que en el estado de completa ruina en que se halla el edificio de ese indicado establecimiento, encomendado inmediatamente á mi inspeccion y vigilancia, me inclinó varias veces á pedir de la Junta se acordase lo conveniente á cerrarlo desde luego, en precaucion de que el dia menos pensado se desplomasen algunas salas, quedando bajo sus ruinas los enfermos y sirvientes de la casa: pues V.S. no puede ignorar ni la triste situacion de ese local, como que sus techos estan apuntalados en gran parte, ni mucho menos la escasez de fondos para hacer una buena reparacion pero la triste idea de ver abandonados en las calles unos cuantos enfermos, sin ausilio ni recurso, cuando bien atendidos podrian curarse, me obligó guardar silencio hasta el presente

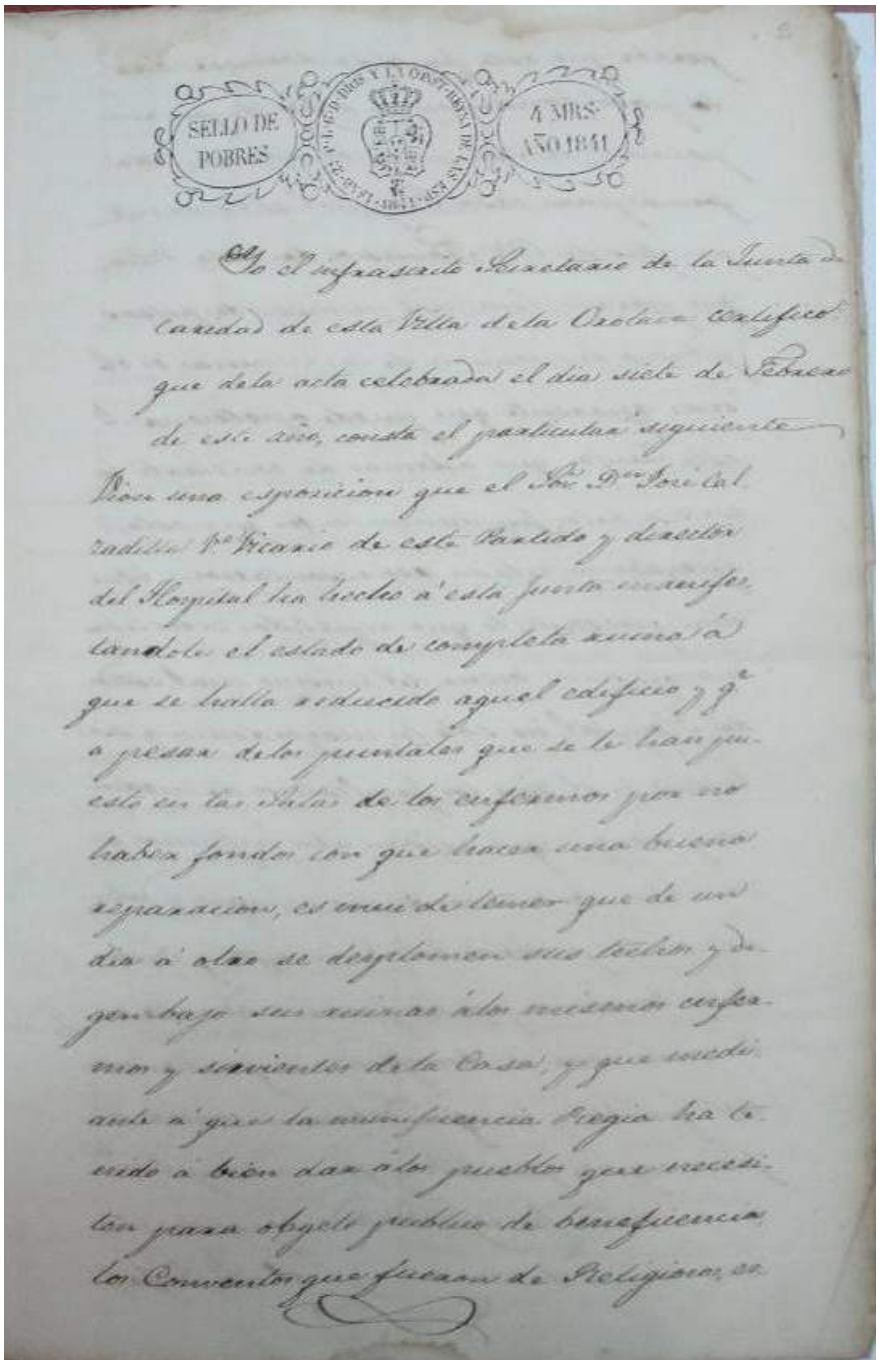


en que la munificencia regia ha tenido á bien
dar á los Pueblos los Conventos que fueron de
Religiosos, y necesiten al presente para objetos
publicos de beneficencia; pues, al ver una de
terminacion tan justa, tan util y tan ge
neralmente deseada, gravaria mi conciencia
si demorase pedir de la justificacion de la Jun
ta que sin perdida de tiempo ocurra al Y.
Ayuntamiento de esta Villa á efectos de que,
tomando este negocio segun lo exije su im
portancia, se sirva dar los pasos conducen
tes á que sin perdida de tiempo se conceda
en toda forma para casa hospital el
convento que fue de Franciscos de esta Vi
lla, el cual por su localidad, numero de pie
zas y buena disposicion de las mismas, es
el mas aparente que puede apetecerse. Sir
vase pues V.S. acordarlo asi, en lo que la
humanidad doliente recibira un gran
beneficio, y yo la mayor satisfaccion Oro
tava Febrero 7 de 1841 = José Calzadilla

Es copia del original que queda en la Secretaria
de mi cargo á que me remito y de orden de la
Junta de Caridad segun lo tiene acordado doy
la presente en la Villa de la Orotava á 8 de Fe
brero de 1841

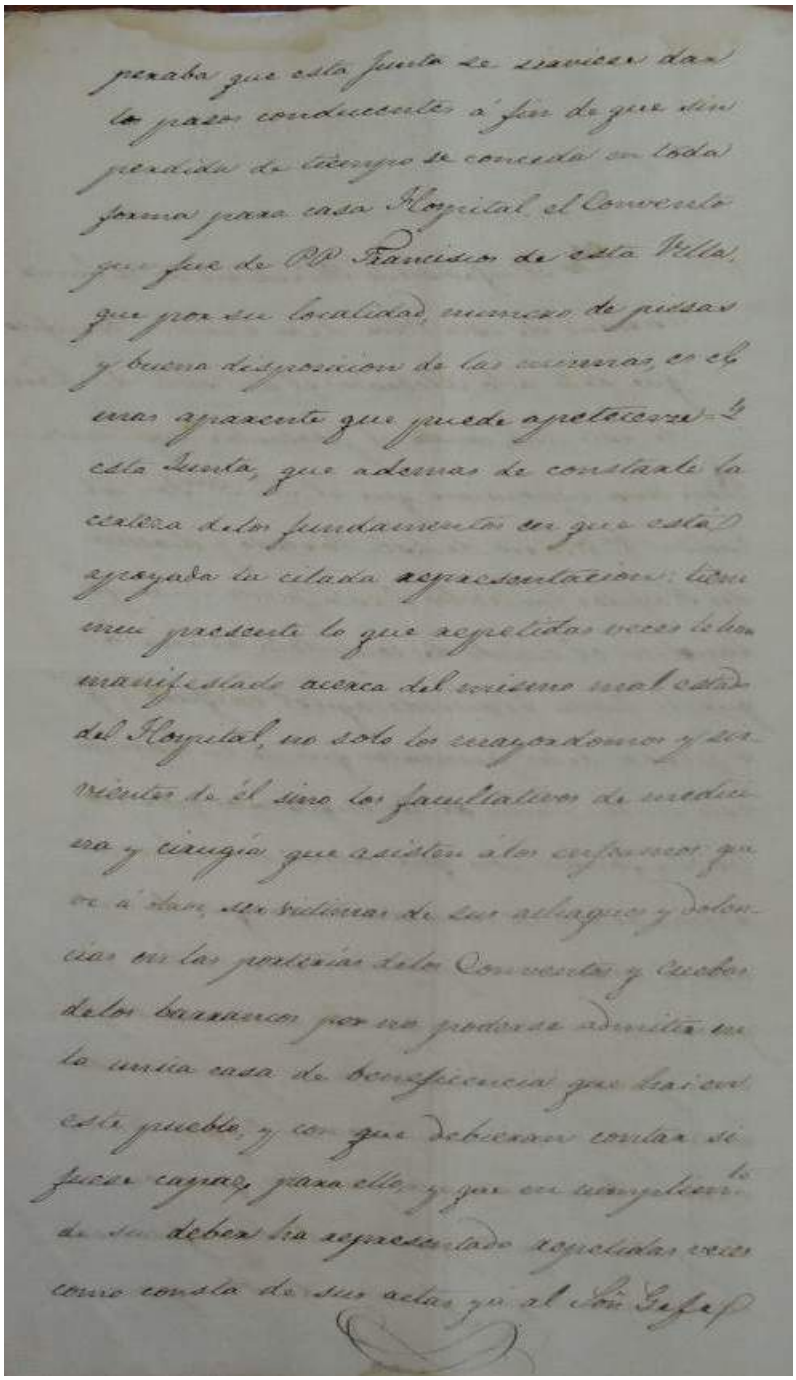
Juan Gº Hepñn
Salgado Sr. Secrº

SELLO DE POBRES — 4 MRS. AÑO 1841

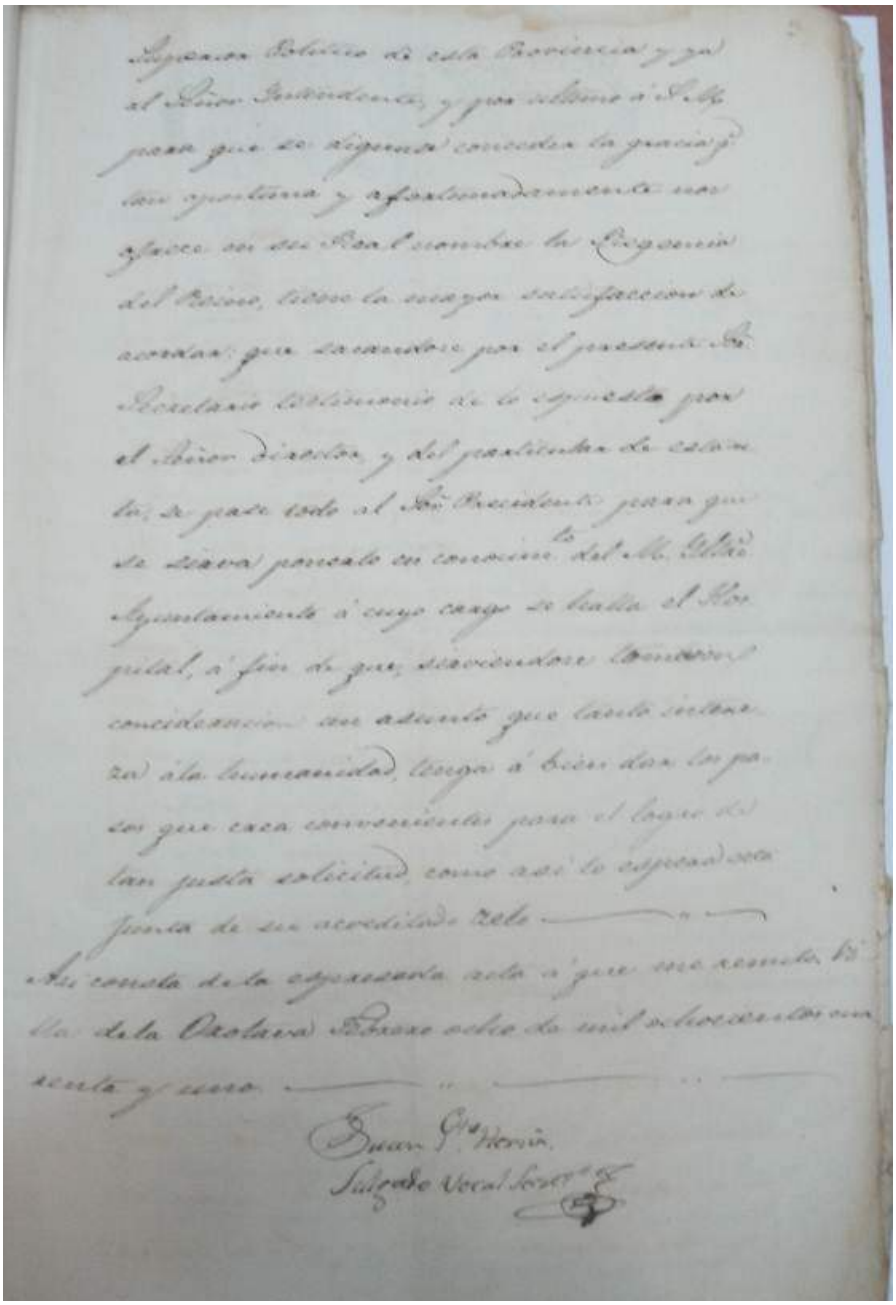


Yo el infrascrito Secretario de la Junta de Caridad de esta Villa de la Orotava certifico que de la acta celebrada el dia siete de Febrero de este año, consta el particular siguiente

Vio una esposicion que el Sor. Dn. José Calzadilla Vo. Vicario de este Partido y director del Hospital ha hecho á esta Junta manifestandole el estado de completa ruina á que se halla reducido aquel edificio y qe. á pesar de los puntales que se le han puesto en las Salas de los enfermos por no haber fondos con que hacer una buena reparacion, es muy de temer que de un dia á otro se desplomen sus techos y dejen bajo sus ruinas á los mismos enfermos y sirvientes de la Casa; y que mediante á que la munificencia Regia ha tenido á bien dar á los pueblos que necesiten para objeto publico de beneficencia los Conventos que fueron de Religiosos, es



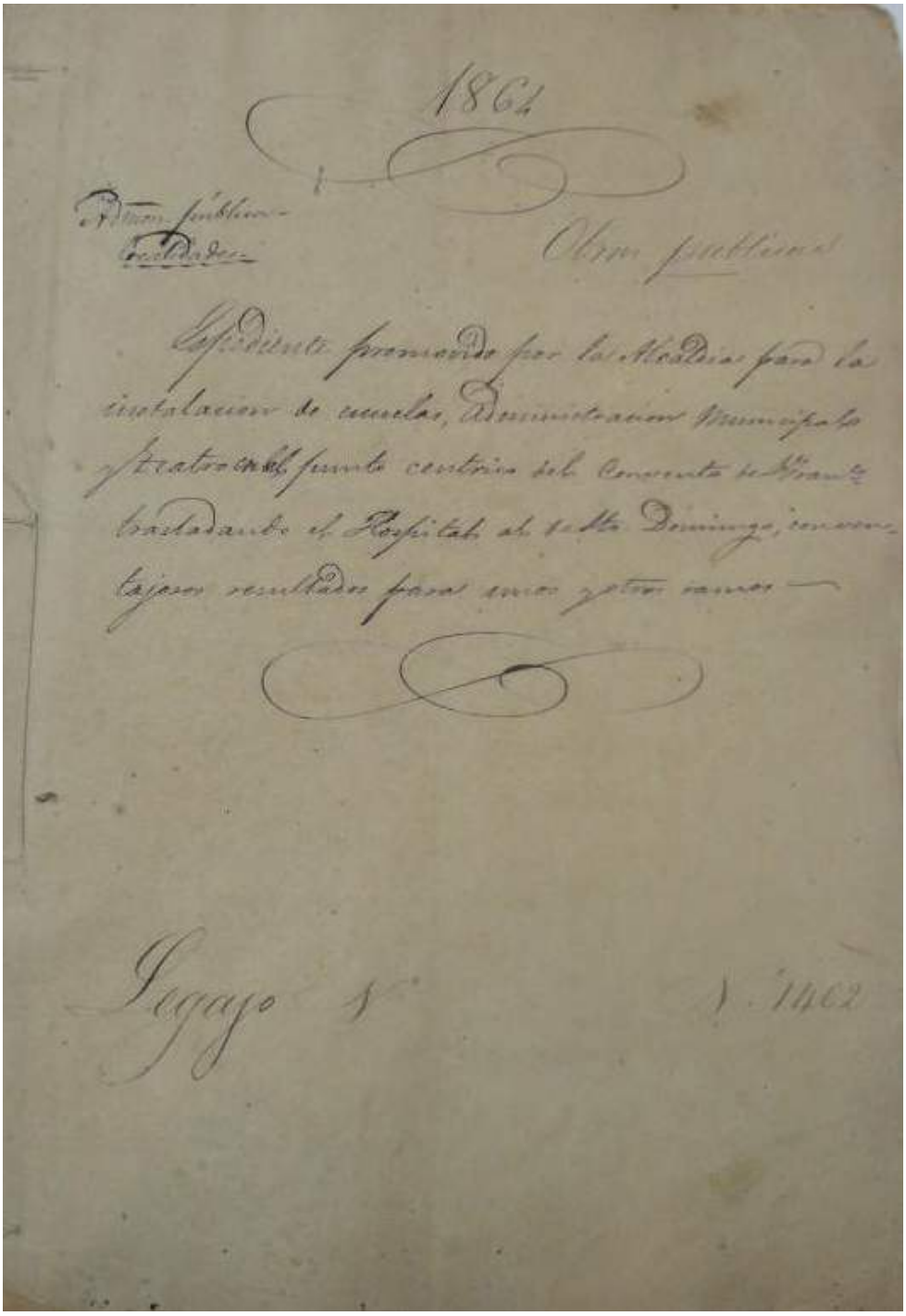
peraba que esta Junta se sirviese dar
los pasos conducentes á fin de que sin
perdida de tiempo se conceda en toda
forma para casa Hospital el Convento
que fue de PP. Franciscos de esta Villa,
que por su localidad, numero de pissas
y buena disposicion de las mismas, es el
mas aparente que puede apetecerse. Y
esta Junta, que ademas de constarle la
certeza delos fundamentos en que está
apoyada la citada representacion: tiene
mui presente lo que repetidas veces le han
manifestado acerca del mismo mal estado
del Hospital, no solo los mayordomos y sir-
vientes de él sino los facultativos de medici-
na y cirugia que asisten á los enfermos que
ve á dar, ser victimas de sus achaques y dolen-
cias en las porterias delos Conventos y Cuebas
delos barrancos por no poderse admitir en
la unica casa de beneficencia que hai en
este pueblo, y con que debieran contar si
fuese capaz para ello, y que en cumplimiento
de su deber ha representado repetidas veces
como consta de sus actas ya al Sor. Gefe

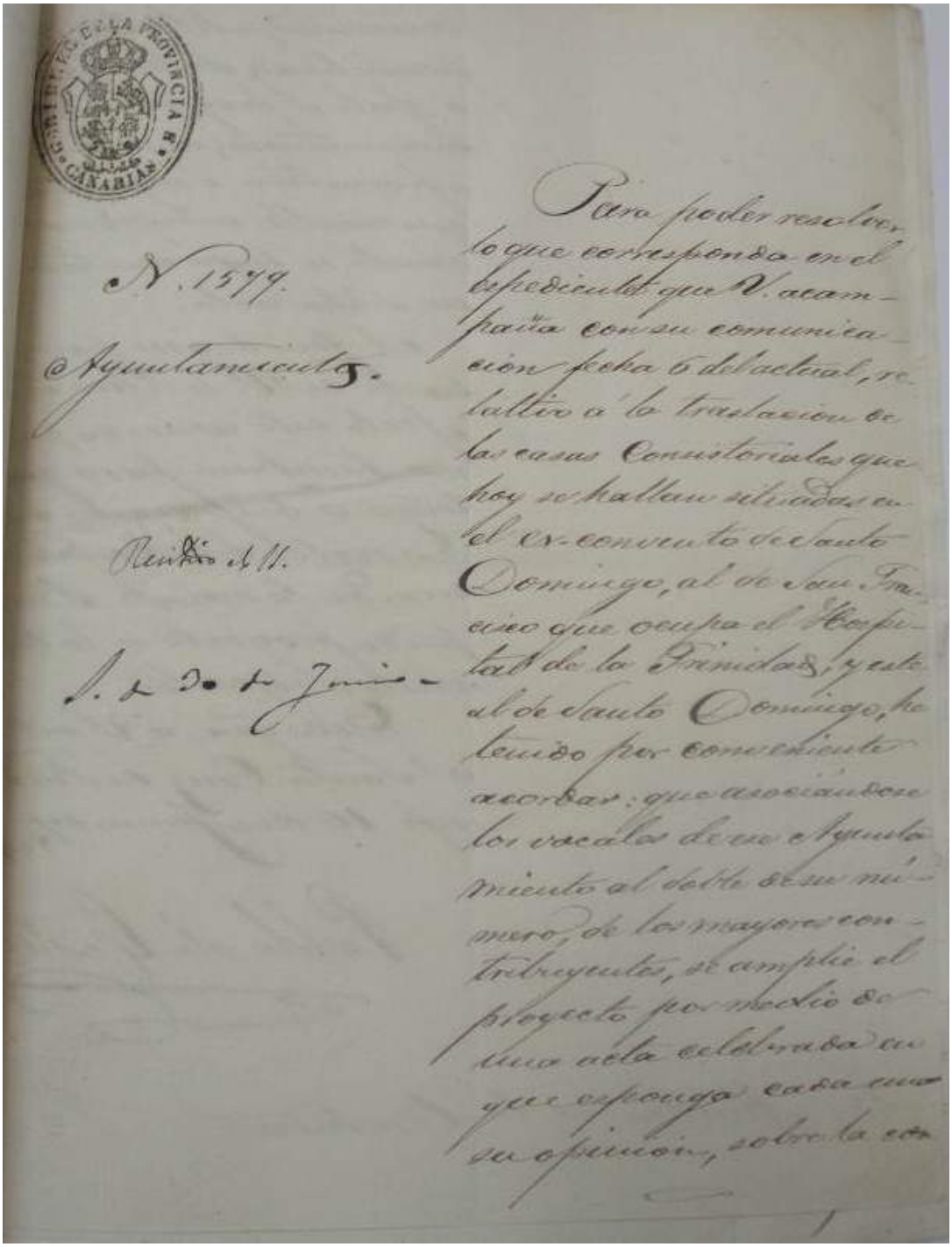


Superior Político de esta Provincia y ya
al Señor Intendente, y por último á S. M.
para que se dignase conceder la gracia q.
tan oportuna y afortunadamente nos
ofrece en su Real nombre la Regencia
del Reino, tiene la mayor satisfaccion de
acordar: que sacandose por el presente Sor.
Secretario testimonio de lo espuesto por
el Señor director, y del particular de esta
ta, se pase todo al Sor. Presidente para que
se sirva ponerlo en conocim.to del M. Ilte.
Ayuntamiento á cuyo cargo se halla el Hos-
pital, á fin de que, sirviendose tomar en
consideracion un asunto que tanto interes-
za á la humanidad, tenga á bien dar los pa-
sos que crea convenientes para el logro de
tan justa solicitud, como así lo espera esta
Junta de su acreditado zelo ——— " ———
Así consta de la espresada acta á que me remito. Vi-
lla de la Orotava Febrero ocho de mil ochocientos cua-
renta y uno ——— " ——— " ———

Juan Gto. Herrera
Sulgado Vocal Secret.o

AMLO- Expediente promovido por la Alcaldía para la instalación de escuelas, Administración Municipal y Teatro en el punto céntrico del Convento de San Francisco trasladando el Hospital al de Sto. Domingo, con ventajosos resultados para unos y otros ramos (1864). Caja 6 Traslado Biblioteca.





GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CANARIAS

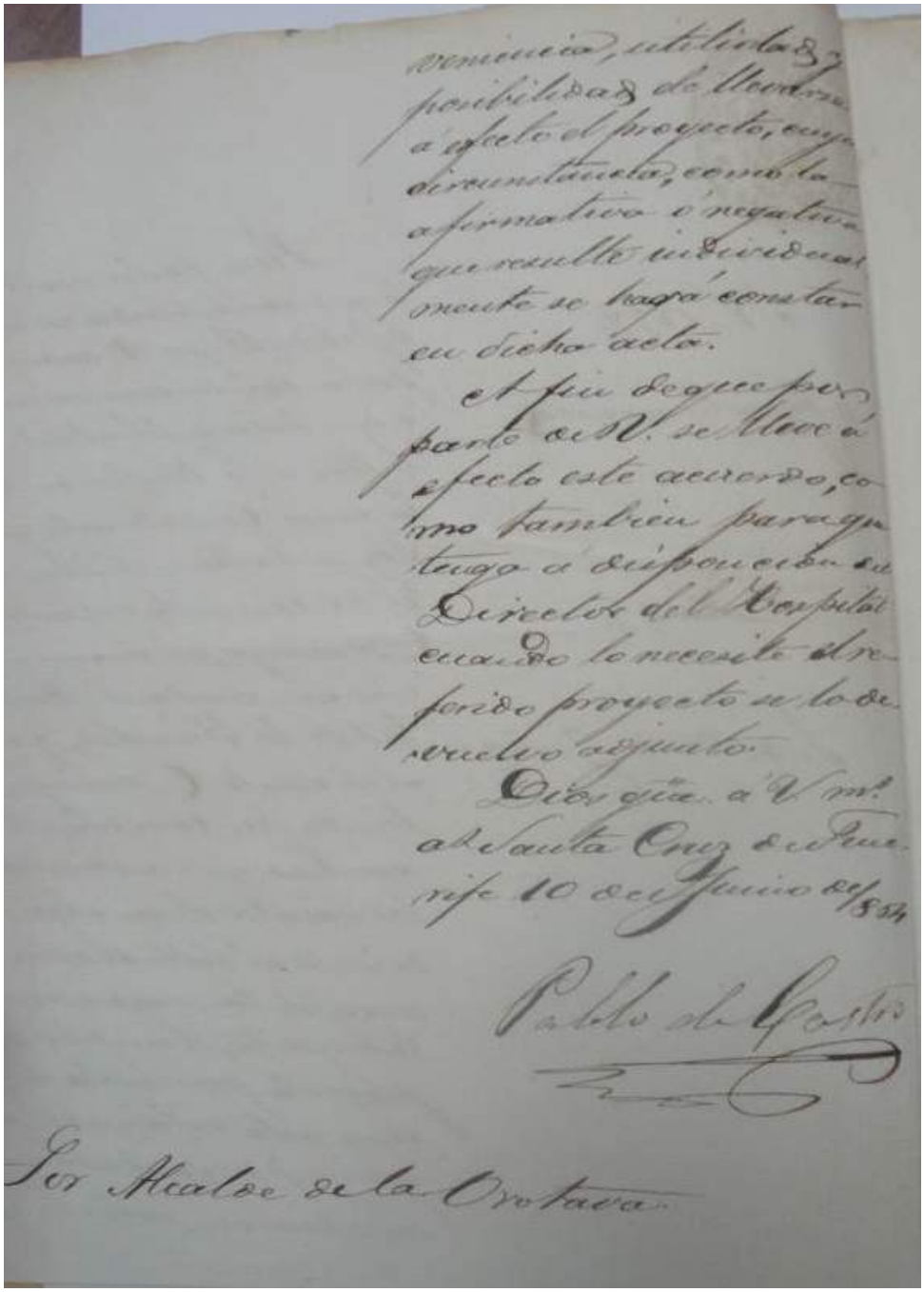
N. 1579.

Ayuntamiento.

Recibido el 11.

S. de 30 de Junio.

Para poder resolver lo que corresponda en el expediente que V. acompaña con su comunicacion fecha 6 del actual, relativo á la traslacion de las casas Consistoriales que hoy se hallan situadas en el ex-convento de Santo Domingo, al de San Francisco que ocupa el Hospital de la Trinidad, y este al de Santo Domingo, he tenido por conveniente acordar: que asociándose los vocales de ese Ayuntamiento al doble de su número, de los mayores contribuyentes, se amplie el proyecto por medio de una acta celebrada en que exponga cada uno su opinion, sobre la con



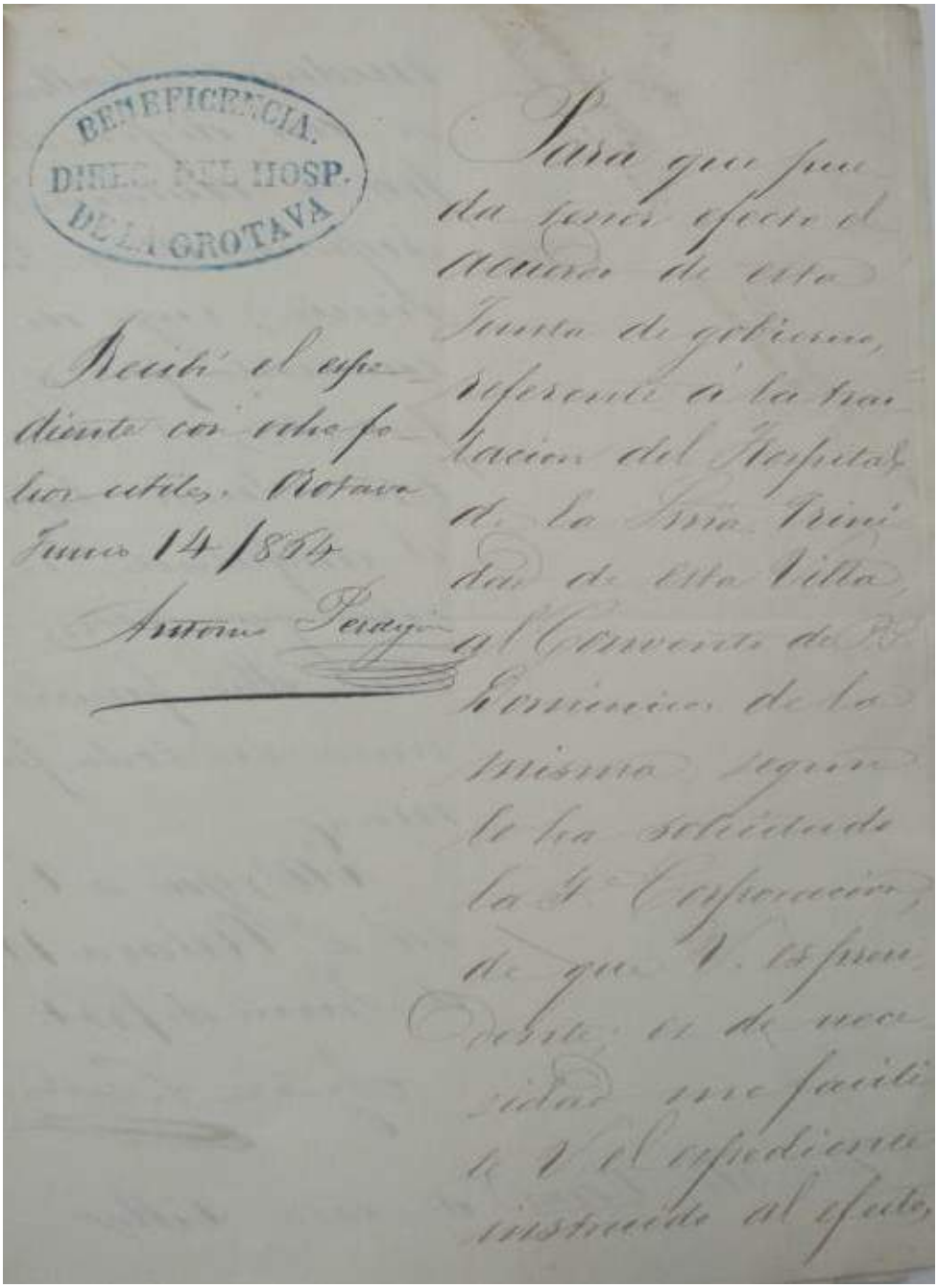
veniencia, utilidad y
posibilidad de llevarse
á efecto el proyecto, cuya
circunstancia, como la
afirmativa ó negativa
que resulte individual
mente se hará constar
en dicha acta.

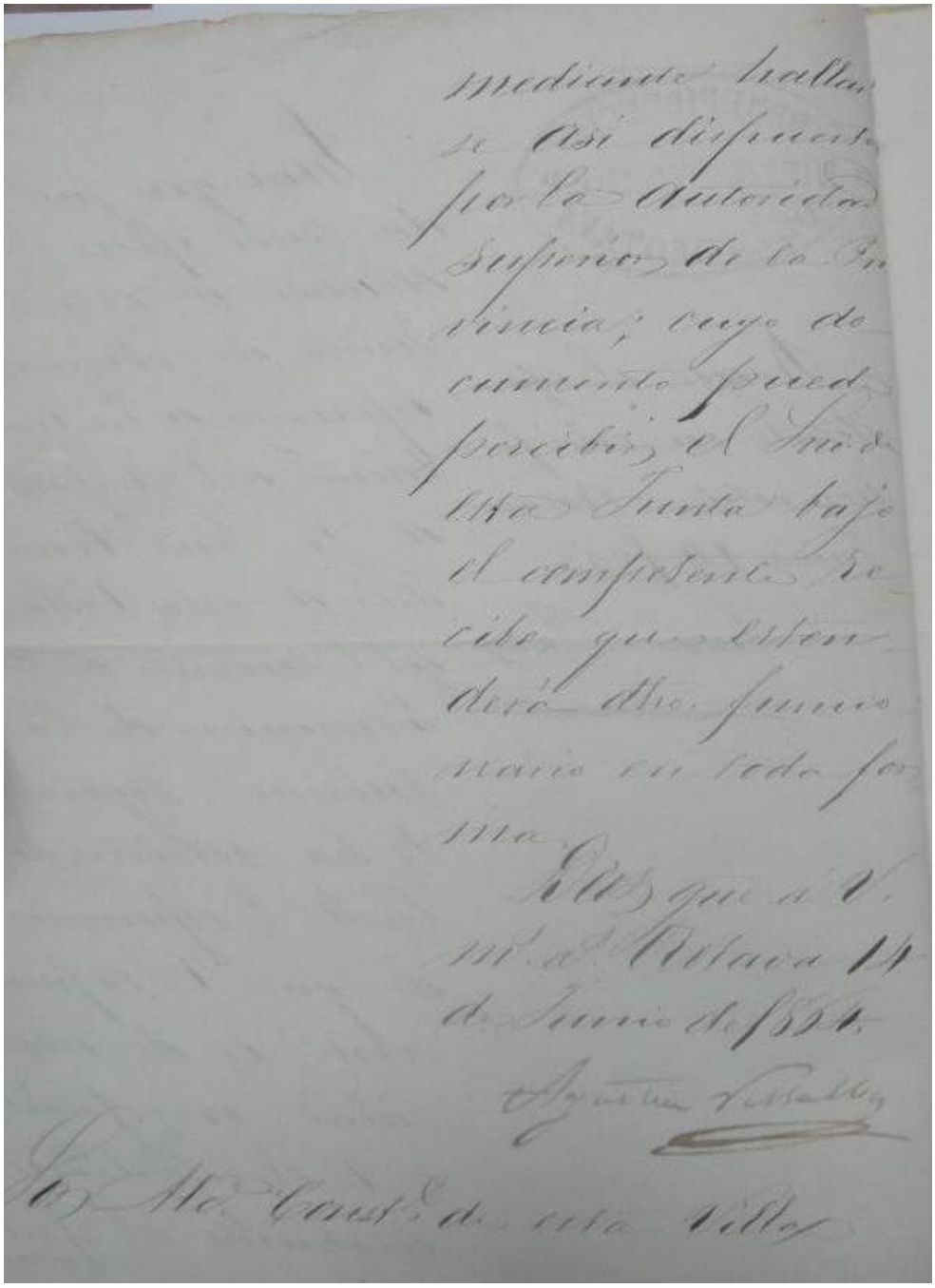
A fin de que por
parte de V. se lleve á
efecto este acuerdo, co
mo tambien para que
tenga á disposicion del
Director del Hospital
cuando lo necesite el re
ferido proyecto se lo de
vuelvo adjunto.

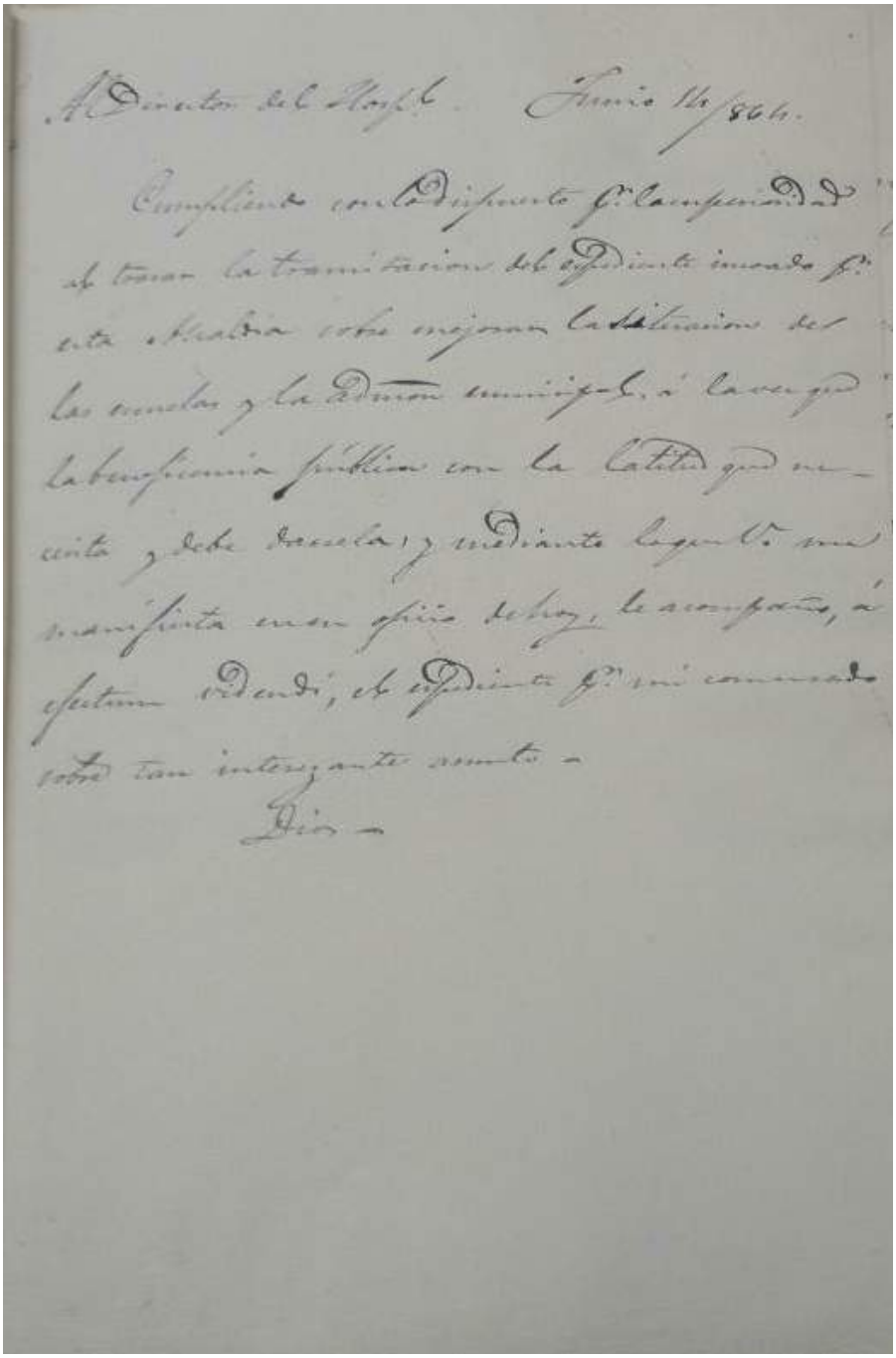
Dios gue. á V. ms.
a. Santa Cruz de Tene
rife 10 de Junio de 1854

Pablo de Castro

Sor Alcalde de la Orotava

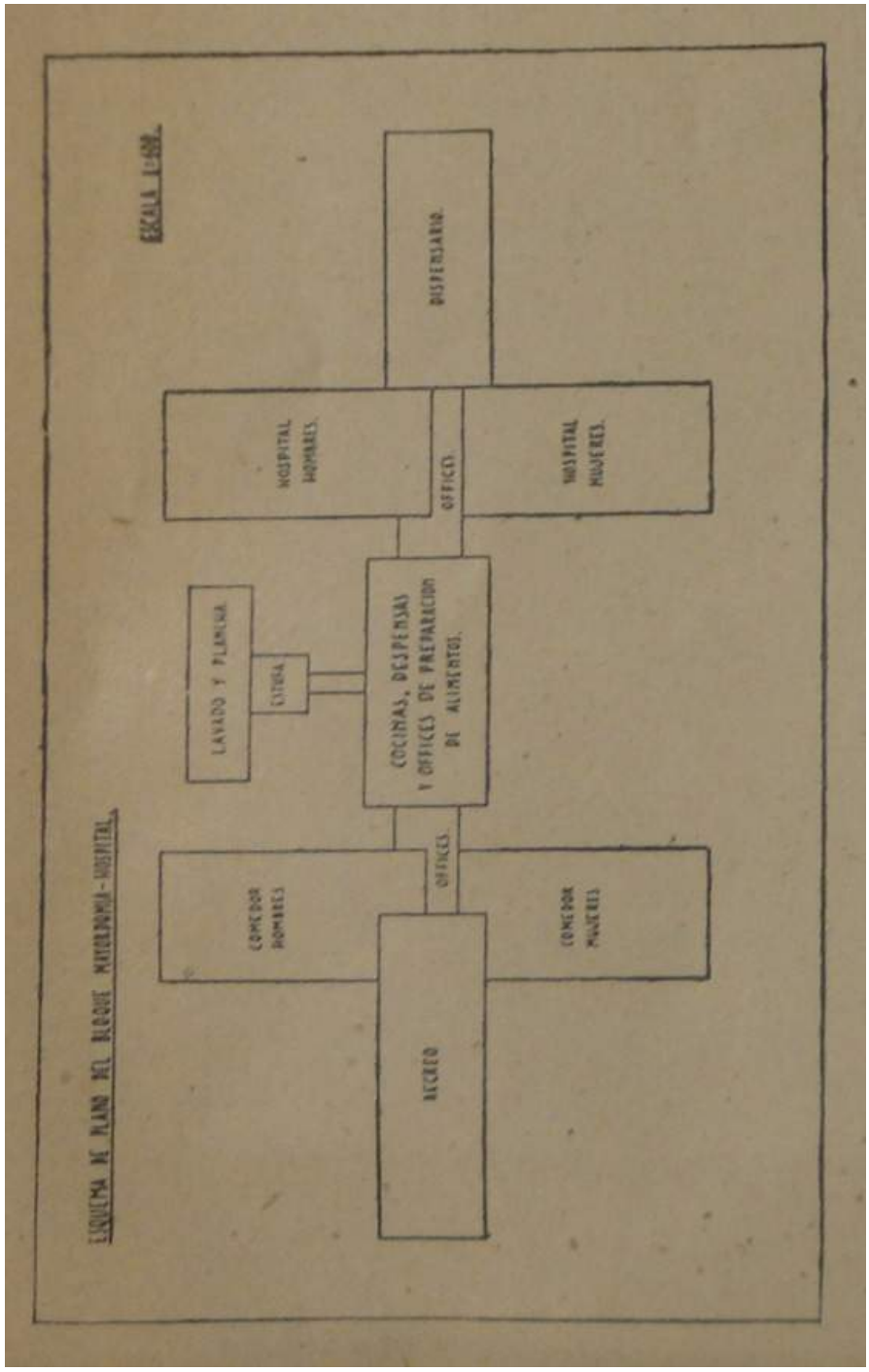

BENEFICENCIA.
DIREC. DEL HOSP.
DE LA GROTAVA

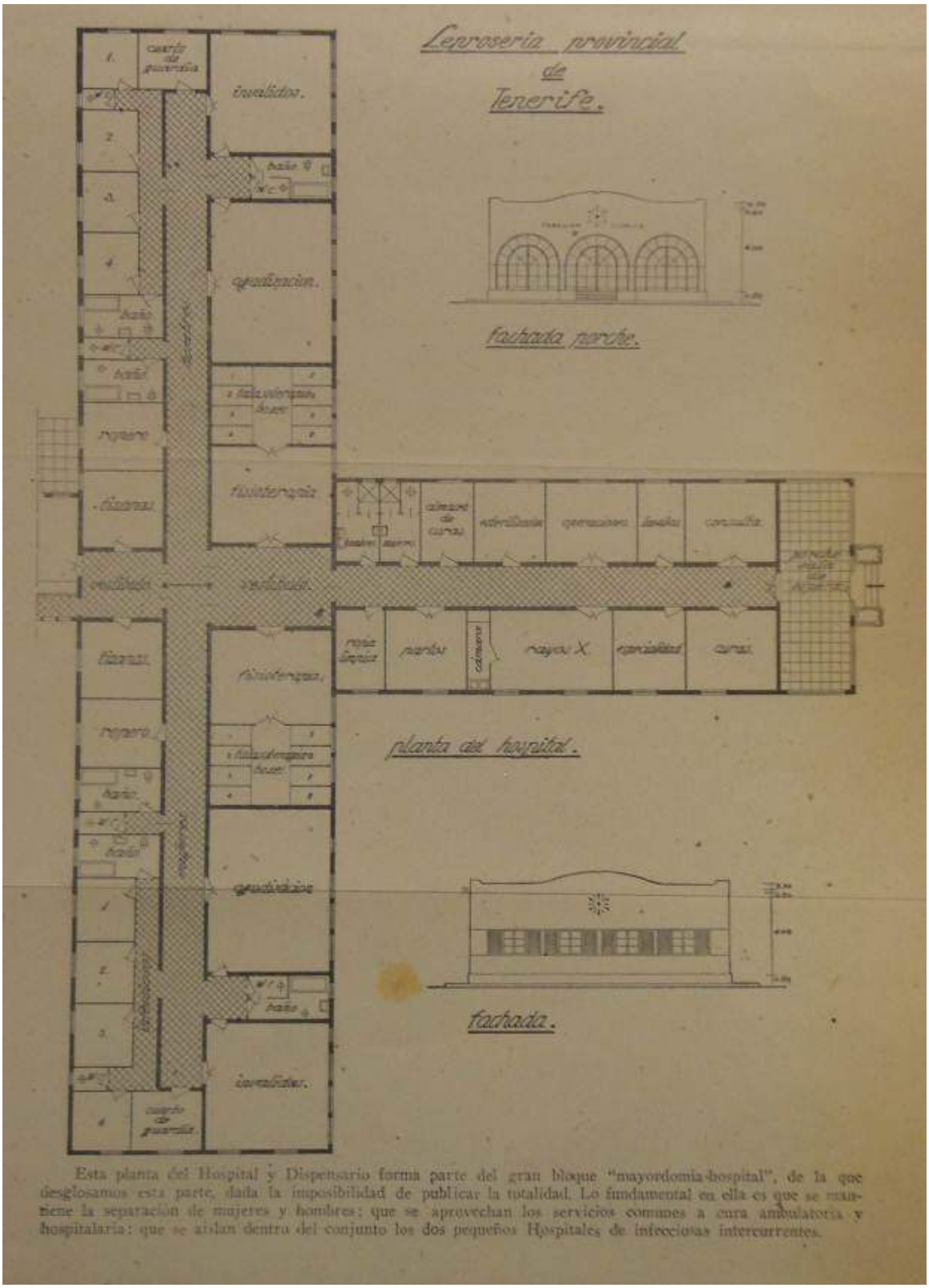




SANATORIO LEPROSERIA DE TENERIFE.

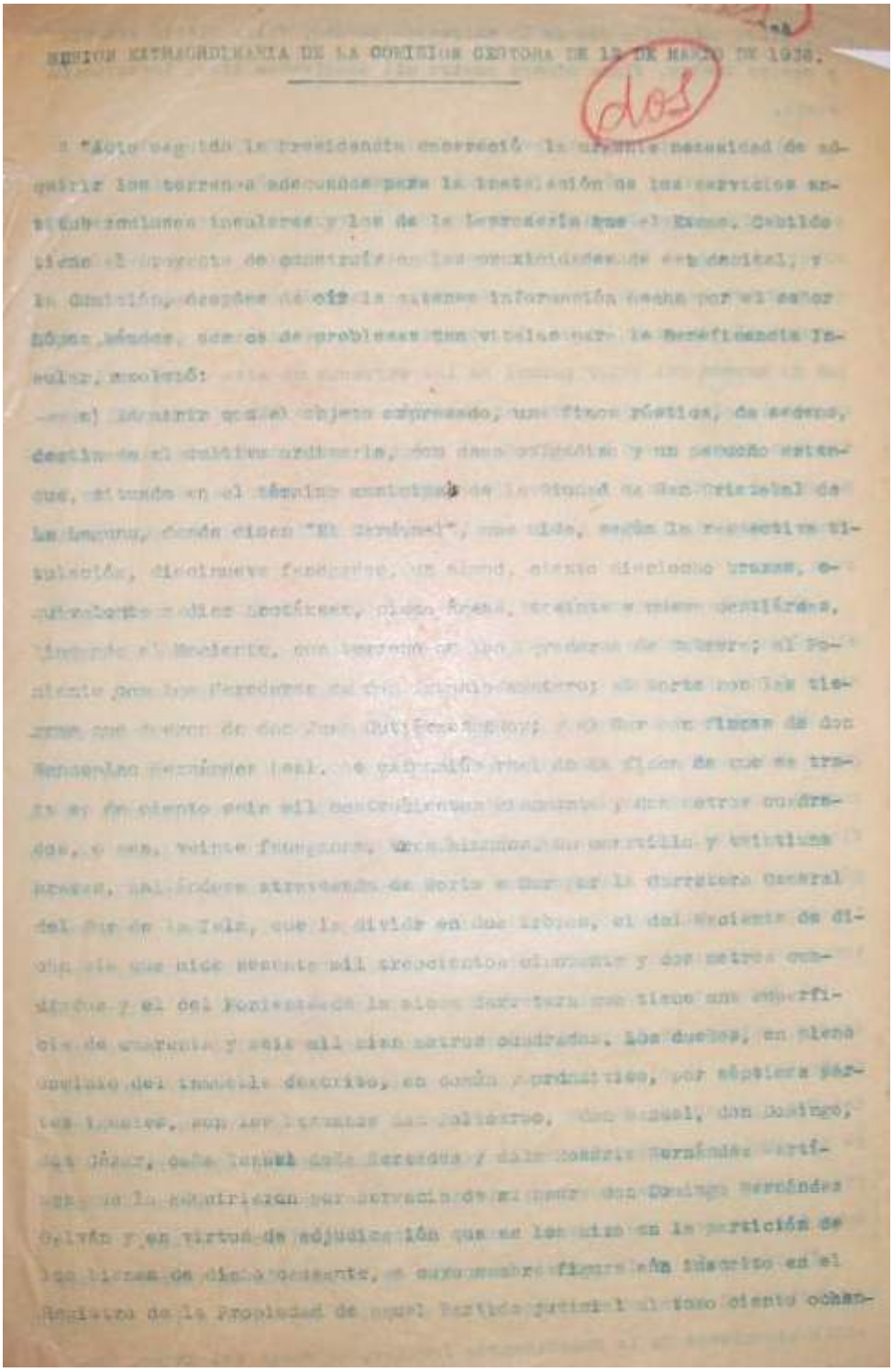
Proyecto para la construcción de la Leprosería de Abades en Tenerife. VINUESA ÁLVAREZ, A. *Bases para un proyecto de Sanatorio-Leprosería en Tenerife.* Madrid: Junta Central Consultiva contra la lepra, 1942; pp. 18, 21, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 y 47.





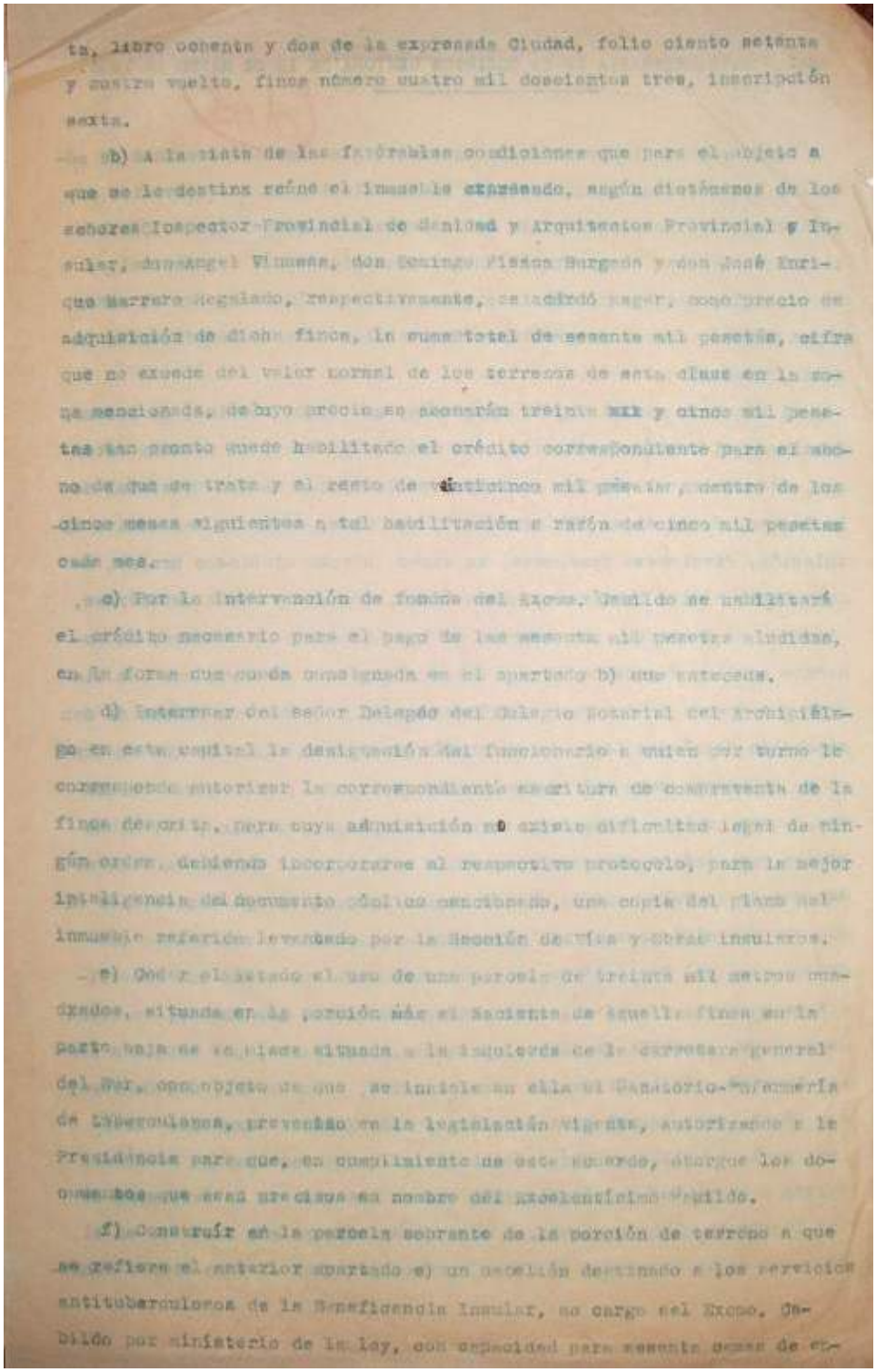
Esta planta del Hospital y Dispensario forma parte del gran bloque "mayordomía-hospital", de la que desglosamos esta parte, dada la imposibilidad de publicar la totalidad. Lo fundamental en ella es que se mantiene la separación de mujeres y hombres; que se aprovechan los servicios comunes a cura ambulatoria y hospitalaria; que se aislan dentro del conjunto los dos pequeños Hospitales de infecciosas intercurrentes.

ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 60: incoado con motivo de acuerdo de la Comisión Gestora sobre apertura de concurso para la adquisición de terrenos con destino a la Leprosería insular (1938).



SESION EXTRAORDINARIA DE LA COMISION GESTORA DE 13 DE MARZO DE 1938.

dos



ta, libro ochenta y dos de la expresada Ciudad, folio ciento setenta y cuatro vuelto, finca número cuatro mil doscientos tres, inscripción sexta.

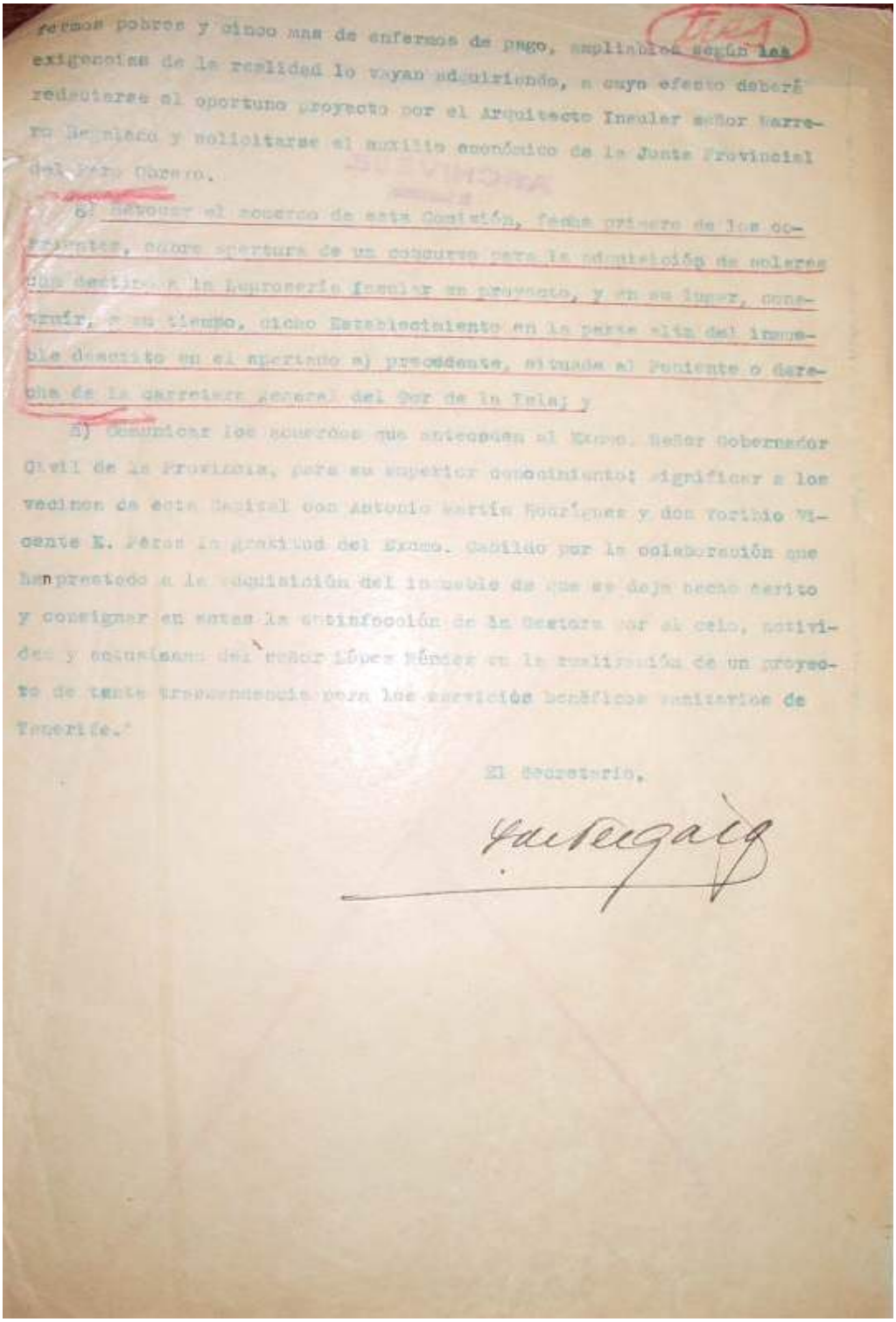
b) A la vista de las favorables condiciones que para el objeto a que se le destina reúne el inmueble expresado, según dictámenes de los señores Inspector Provincial de Sanidad y Arquitecto Provincial e Insular, don Angel Vilumara, don Domingo Pisaca Burgada y don José Enrique Marrero Regalado, respectivamente, se admitió pagar, como precio de adquisición de dicha finca, la suma total de sesenta mil pesetas, cifra que no excede del valor normal de los terrenos de esta clase en la zona mencionada, de cuyo precio se acordó treinta mil y cinco mil pesetas tan pronto quede habilitado el crédito correspondiente para el abono de que se trata y el resto de veinticinco mil pesetas, dentro de los cinco meses siguientes a tal habilitación a razón de cinco mil pesetas cada mes.

c) Por la intervención de fondos del Excmo. Cabildo se habilitará el crédito necesario para el pago de las sesenta mil pesetas aludidas, en la forma que queda consignada en el apartado b) que antecede.

d) Interesar del señor Delegado del Colegio Notarial del Archipiélago en esta capital la designación del funcionario a quien por turno le corresponda autorizar la correspondiente escritura de compraventa de la finca descrita, para cuya administración no existe dificultad legal de ningún orden, debiendo incorporarse al respectivo protocolo, para la mejor inteligencia del documento público concebido, una copia del plano del inmueble referido levantado por la Sección de Fincas y Obras Insulares.

e) Ceder al Estado el uso de una parcela de treinta mil metros cuadrados, situada en la porción más al Sacinto de aquella finca en la parte baja de la misma situada a la izquierda de la carretera general del Sur, con objeto de que se instale en ella el Sanatorio-Preventorio de Tuberculosos, prevenido en la legislación vigente, autorizando a la Presidencia para que, en cumplimiento de este acuerdo, otorgue los documentos que sean precisos en nombre del excelentísimo Cabildo.

f) Construir en la parcela sobrante de la porción de terreno a que se refiere el anterior apartado e) un pabellón destinado a los servicios antituberculosos de la Beneficencia Insular, a cargo del Excmo. Cabildo por ministerio de la ley, con capacidad para sesenta camas de es-



fermos pobres y cinco mas de enfermos de pago, ampliables según las exigencias de la realidad lo vayan adquiriendo, a cuyo efecto deberá redactarse el oportuno proyecto por el Arquitecto Insular señor Barrero Regalado y solicitarse el auxilio económico de la Junta Provincial del Paro Obrero.

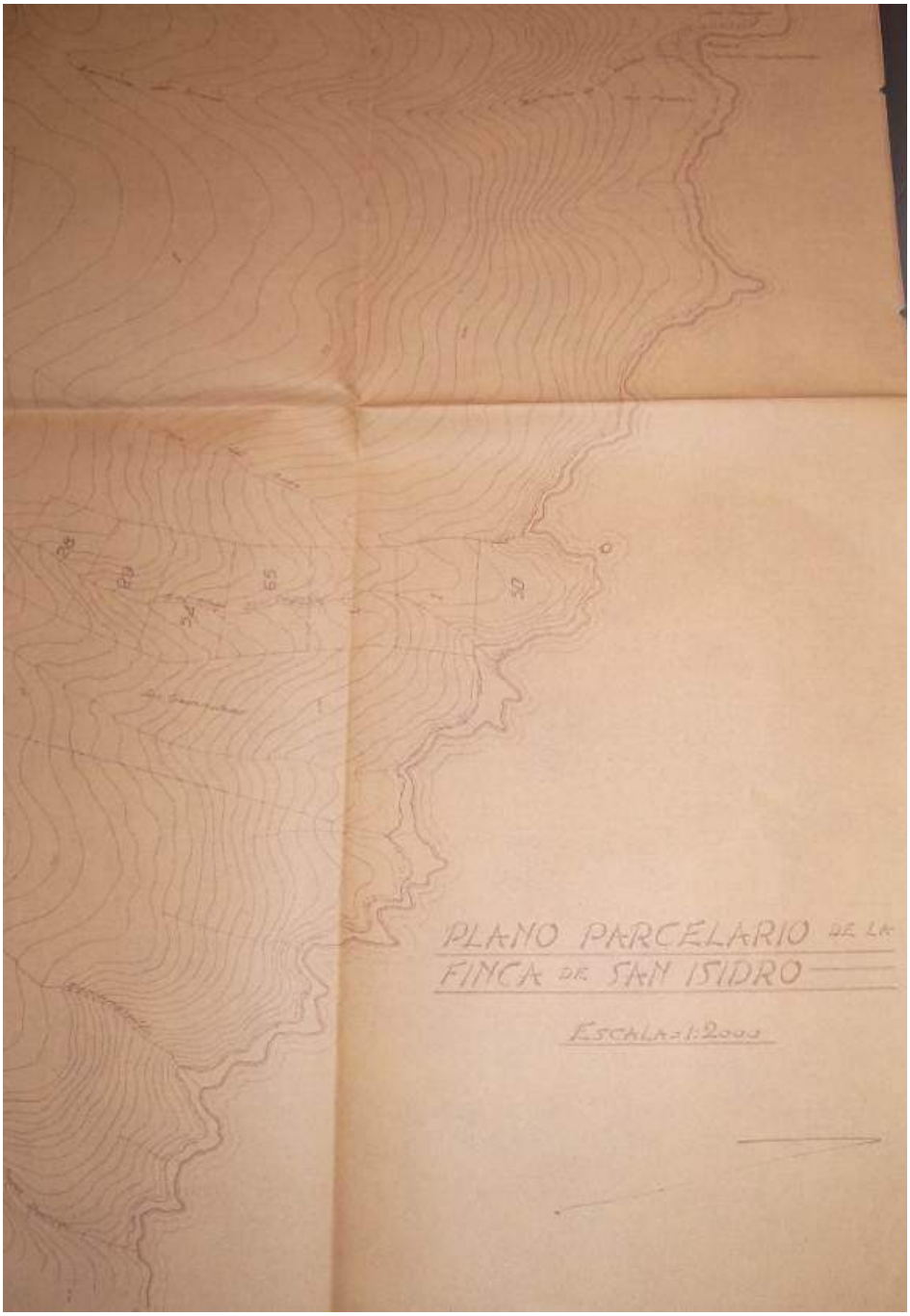
6) Revocar el acuerdo de esta Comisión, fecha primero de los corrientes, sobre apertura de un concurso para la adquisición de solares con destino a la Leprosería Insular en proyecto, y en su lugar, construir, a su tiempo, dicho Establecimiento en la parte alta del inmueble descrito en el apartado a) precedente, situado al Poniente o derecha de la carretera General del Sur de la Isla; y

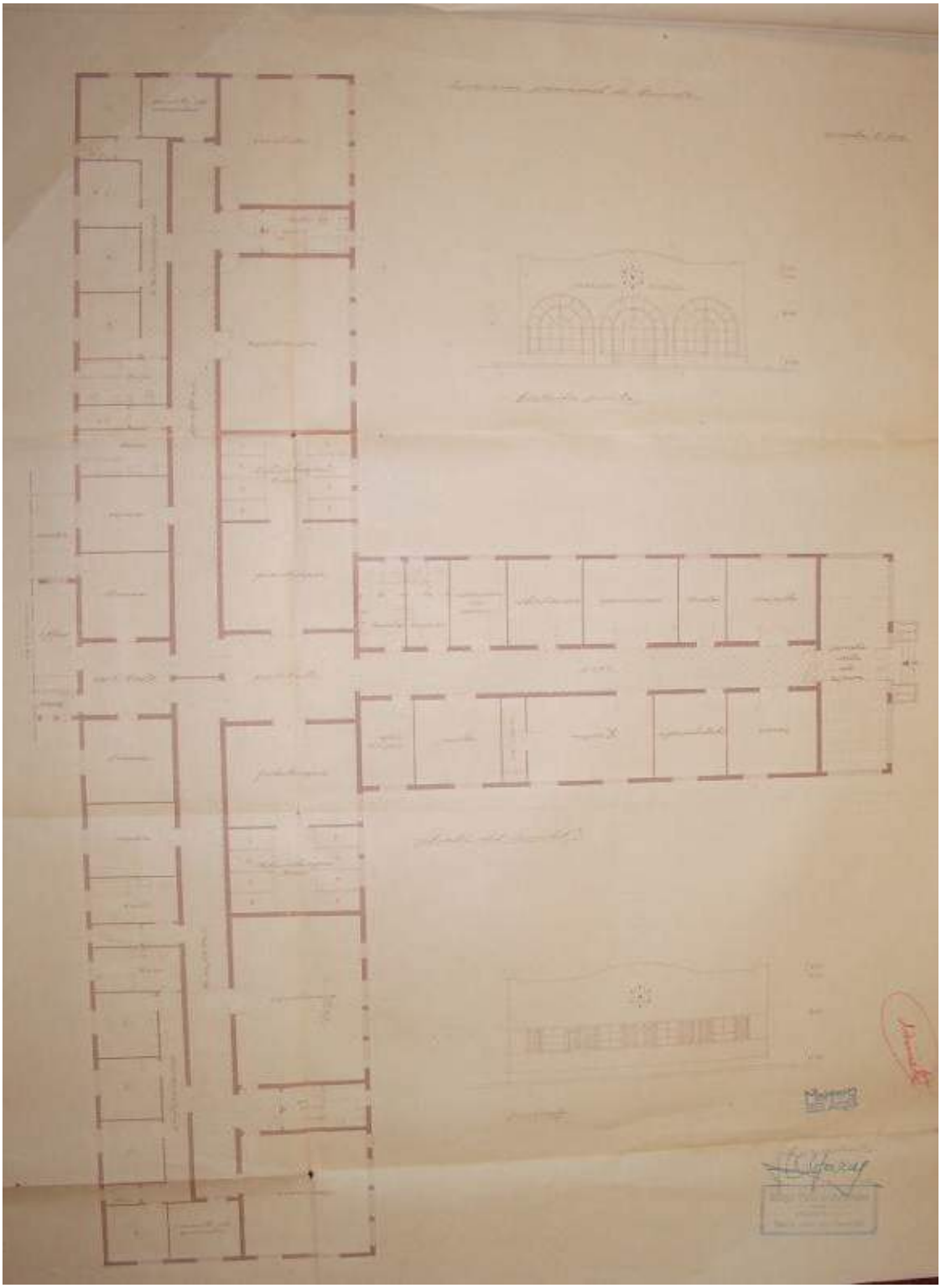
7) Comunicar los acuerdos que anteceden al Excmo. Señor Gobernador Civil de la Provincia, para su superior conocimiento; significar a los vecinos de esta Capital don Antonio Martín Rodríguez y don Toribio Vicente E. Pérez la gratitud del Excmo. Cabildo por la colaboración que han prestado a la adquisición del inmueble de que se deja hecho mérito y consignar en estas la satisfacción de la Gestora por el celo, actividad y entusiasmo del señor López Méndez en la realización de un proyecto de tanta trascendencia para los servicios benéficos sanitarios de Tenerife."

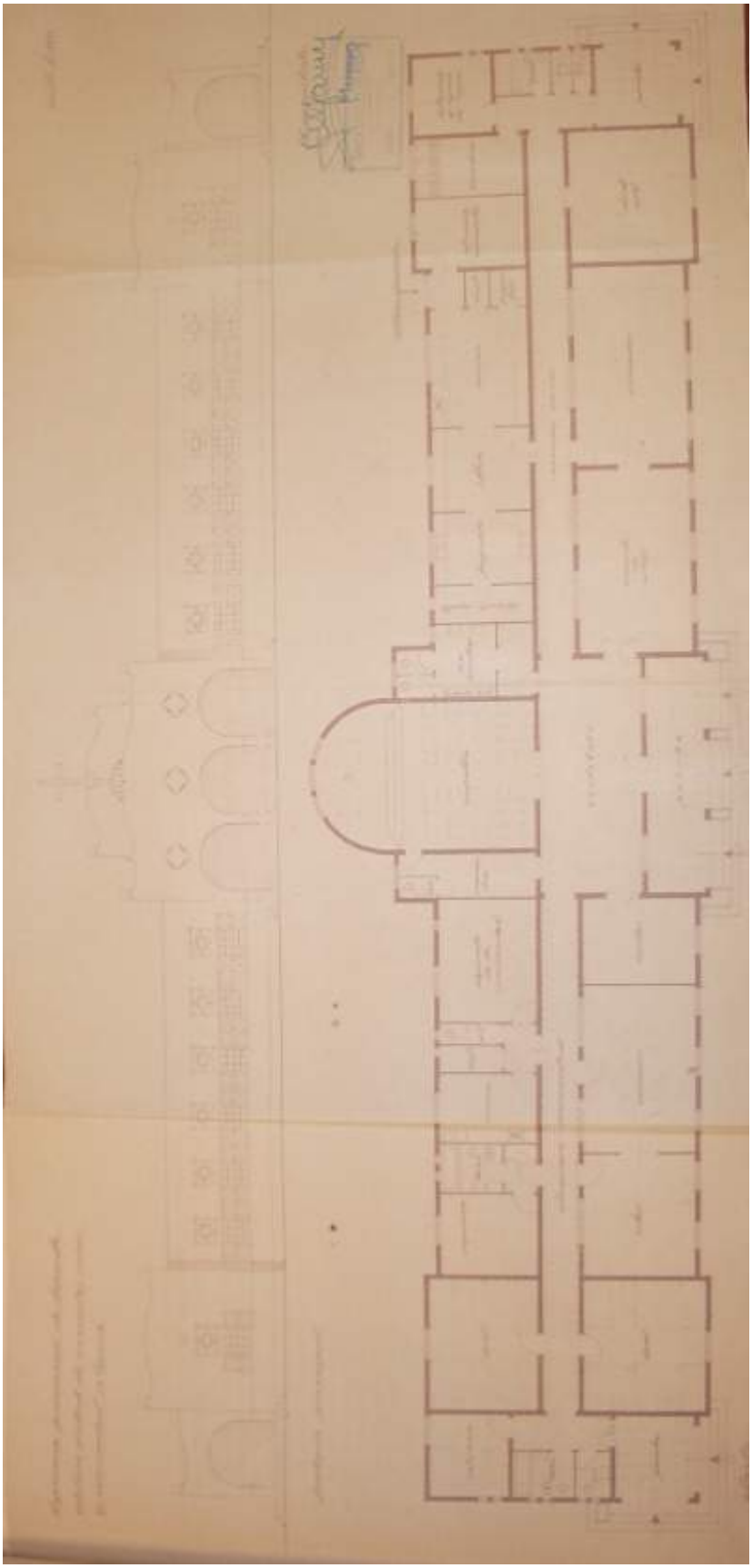
El Secretario,

[signature]

ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7023-7024; expediente nº 60: incoado para cumplimentar servicios relacionados con La construcción de una Leprosería en esta Isla, interesado por el Excmo. Sr. Gobernador Civil de La Provincia. Proyecto para la ubicación de la Leprosería Provincial en Cuevas Blancas-Santa María del Mar-1941)

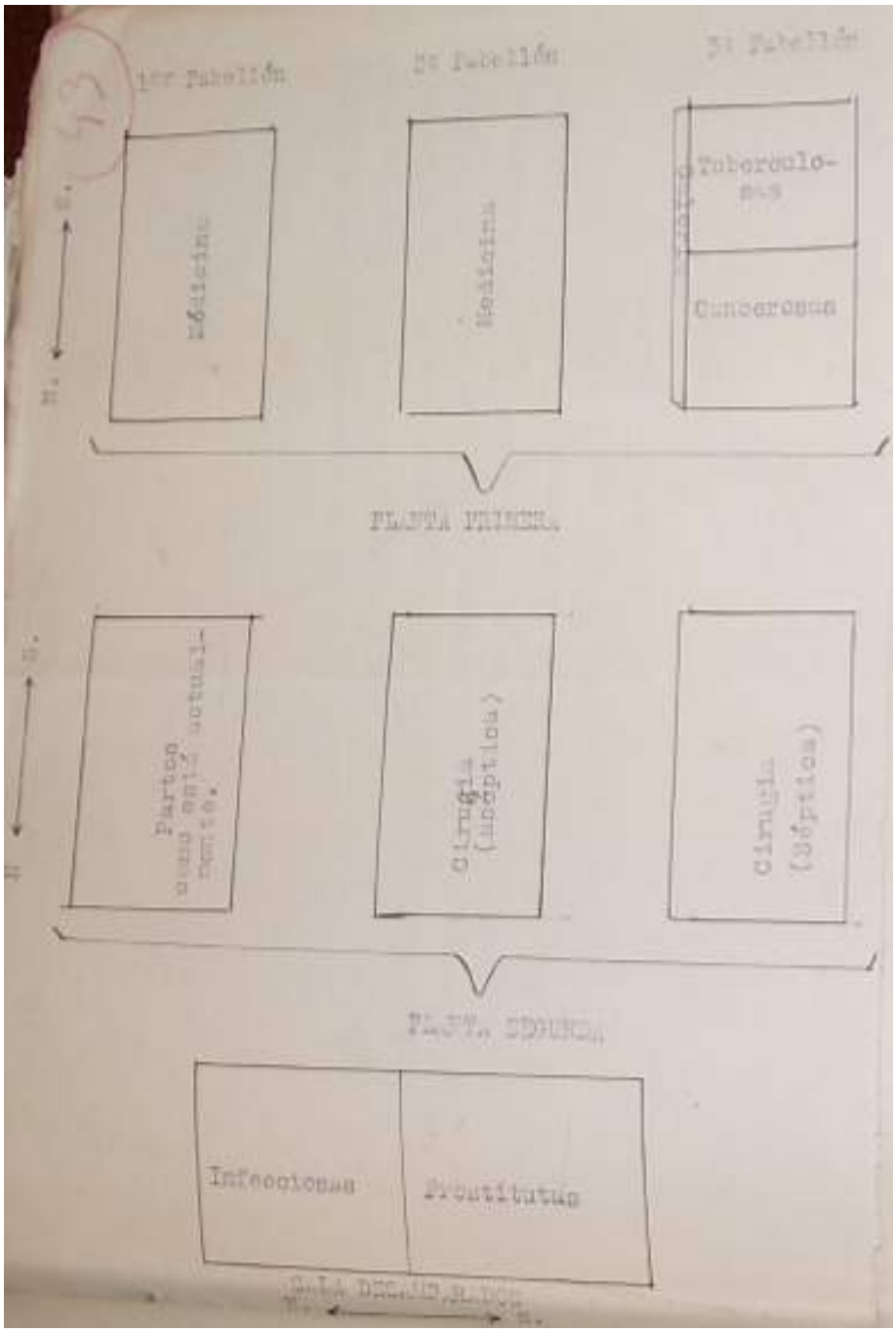




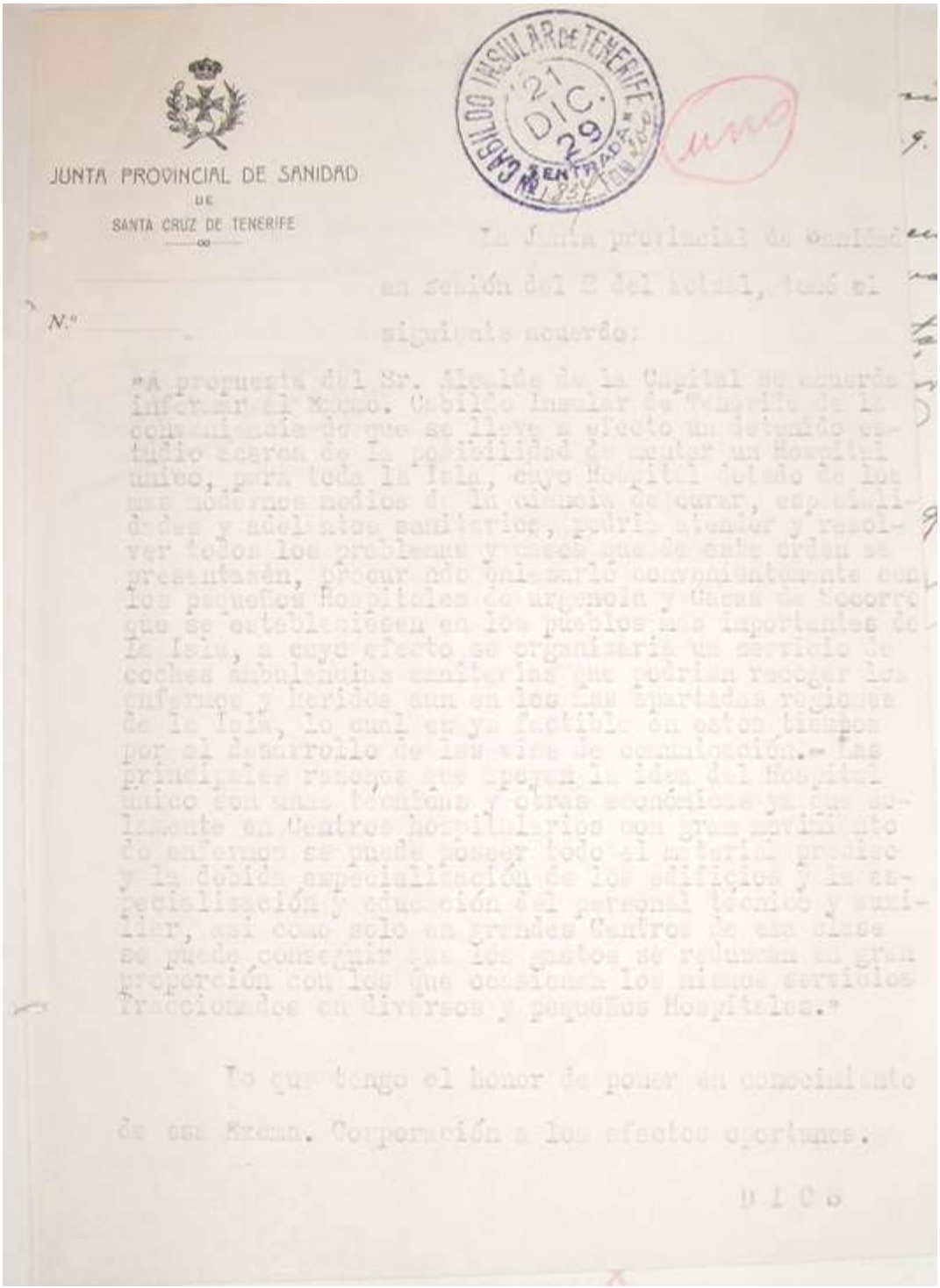


HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DESAMPARADOS.

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7182; expediente nº 156: incoado a virtud de acuerdo de la Comisión Permanente de 20 de Enero de 1926, sobre organizar a base de los Establecimientos Insulares de Beneficencia de esta Capital los servicios obligatorios que determina el artículo 128, caso B) del Estatuto Provincial de 20 de Marzo de 1925, en la parte que actualmente no estén instalados (1925-26).



ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6983; expediente nº 50: incoado con motivo de acuerdo de la Junta Provincial de Sanidad relacionado con la posibilidad de montar un Hospital único para toda la Isla (1930).



JUNTA PROVINCIAL DE SANIDAD
DE
SANTA CRUZ DE TENERIFE

N.º

CABILDO INSULAR DE TENERIFE
21 DIC. 29
SENTRADA

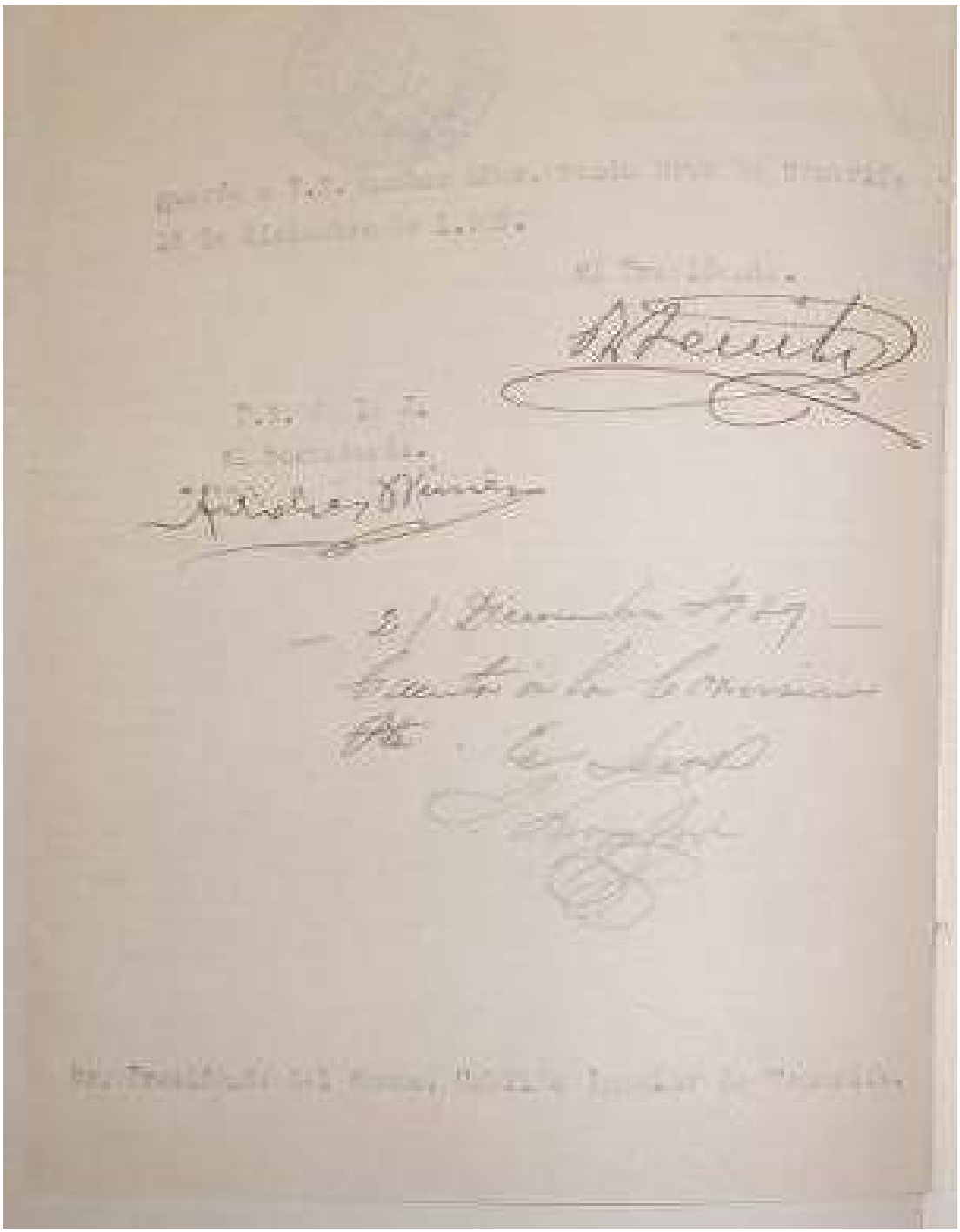
uno

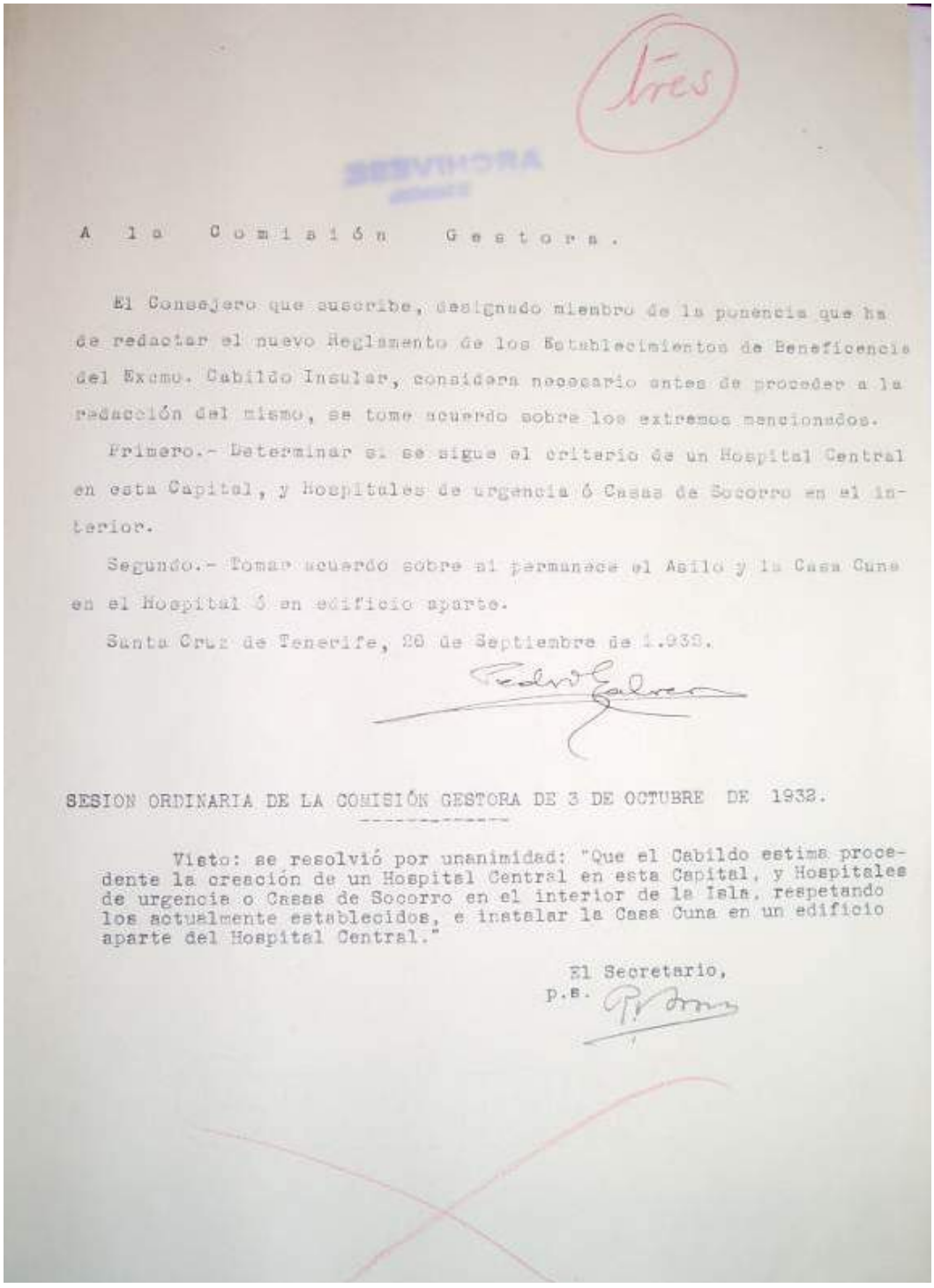
La Junta provincial de Sanidad en sesión del 2 del actual, tomó el siguiente acuerdo:

"A propuesta del Sr. Alcalde de la Capital se acuerda informar al Excmo. Cabildo Insular de Tenerife de la conveniencia de que se lleve a efecto un detenido estudio acerca de la posibilidad de montar un Hospital único, para toda la Isla, cuyo Hospital dotado de los mas modernos medios de la ciencia de curar, especialidades y adelantos sanitarios, podría atender y resolver todos los problemas y casos que de este orden se presentasen, procurando enlazarlo convenientemente con los pequeños Hospitales de urgencia y Casas de Socorro que se estableciesen en los pueblos mas importantes de la Isla, a cuyo efecto se organizaría un servicio de coches ambulancias sanitarias que podrían recoger los enfermos y heridos aun en las mas apartadas regiones de la Isla, lo cual es ya factible en estos tiempos por el desarrollo de las vías de comunicación.- Las principales razones que apoyan la idea del Hospital único son unas técnicas y otras económicas ya que solamente en Centros hospitalarios con gran movimiento de enfermos se puede poseer todo el material preciso y la debida especialización de los edificios y la especialización y educación del personal técnico y auxiliar, así como solo en grandes Centros de esa clase se puede conseguir que los gastos se reduzcan en gran proporción con los que ocasionan los mismos servicios fraccionados en diversos y pequeños Hospitales."

Lo que tengo el honor de poner en conocimiento de esa Excma. Corporación a los efectos oportunos.

D I C S





Tres

A la Comisión Gestora.

El Consejero que suscribe, designado miembro de la ponencia que ha de redactar el nuevo Reglamento de los Establecimientos de Beneficencia del Excmo. Cabildo Insular, considera necesario antes de proceder a la redacción del mismo, se tome acuerdo sobre los extremos mencionados.

Primero.- Determinar si se sigue el criterio de un Hospital Central en esta Capital, y Hospitales de urgencia ó Casas de Socorro en el interior.

Segundo.- Tomar acuerdo sobre si permanece el Asilo y la Casa Cuna en el Hospital ó en edificio aparte.

Santa Cruz de Tenerife, 28 de Septiembre de 1.932.

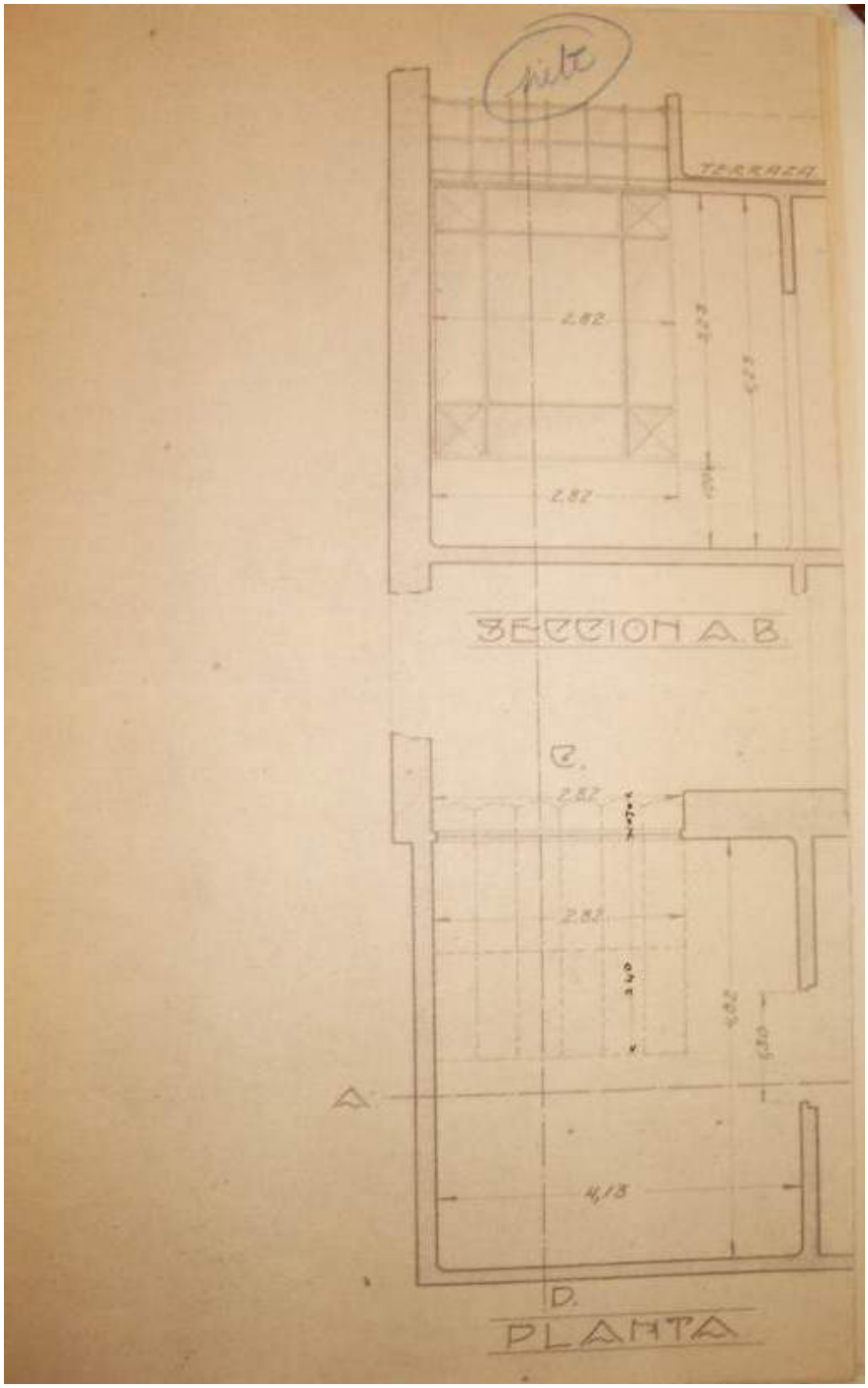
Pedro Galvez

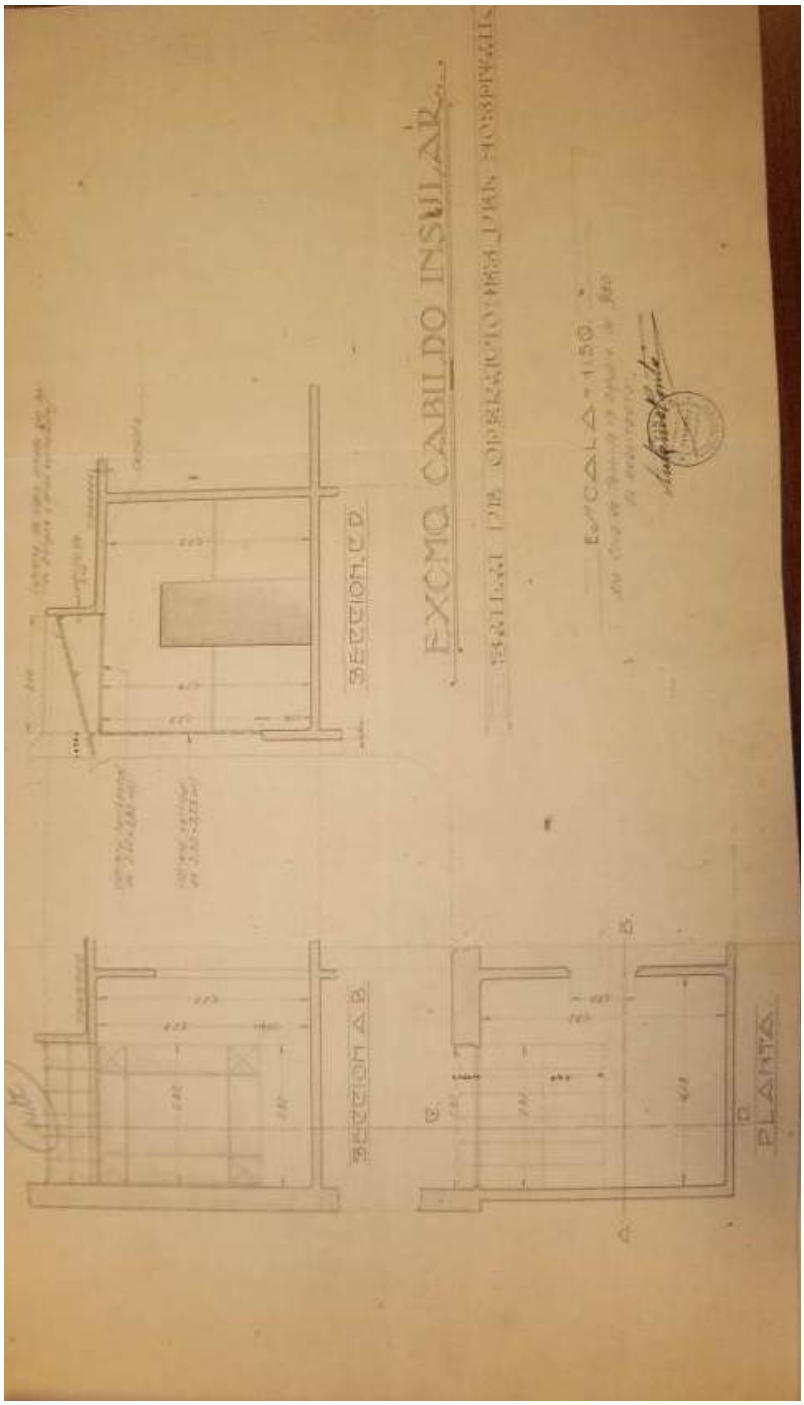
SESION ORDINARIA DE LA COMISIÓN GESTORA DE 3 DE OCTUBRE DE 1932.

Visto: se resolvió por unanimidad: "Que el Cabildo estima procedente la creación de un Hospital Central en esta Capital, y Hospitales de urgencia o Casas de Socorro en el interior de la Isla, respetando los actualmente establecidos, e instalar la Casa Cuna en un edificio aparte del Hospital Central."

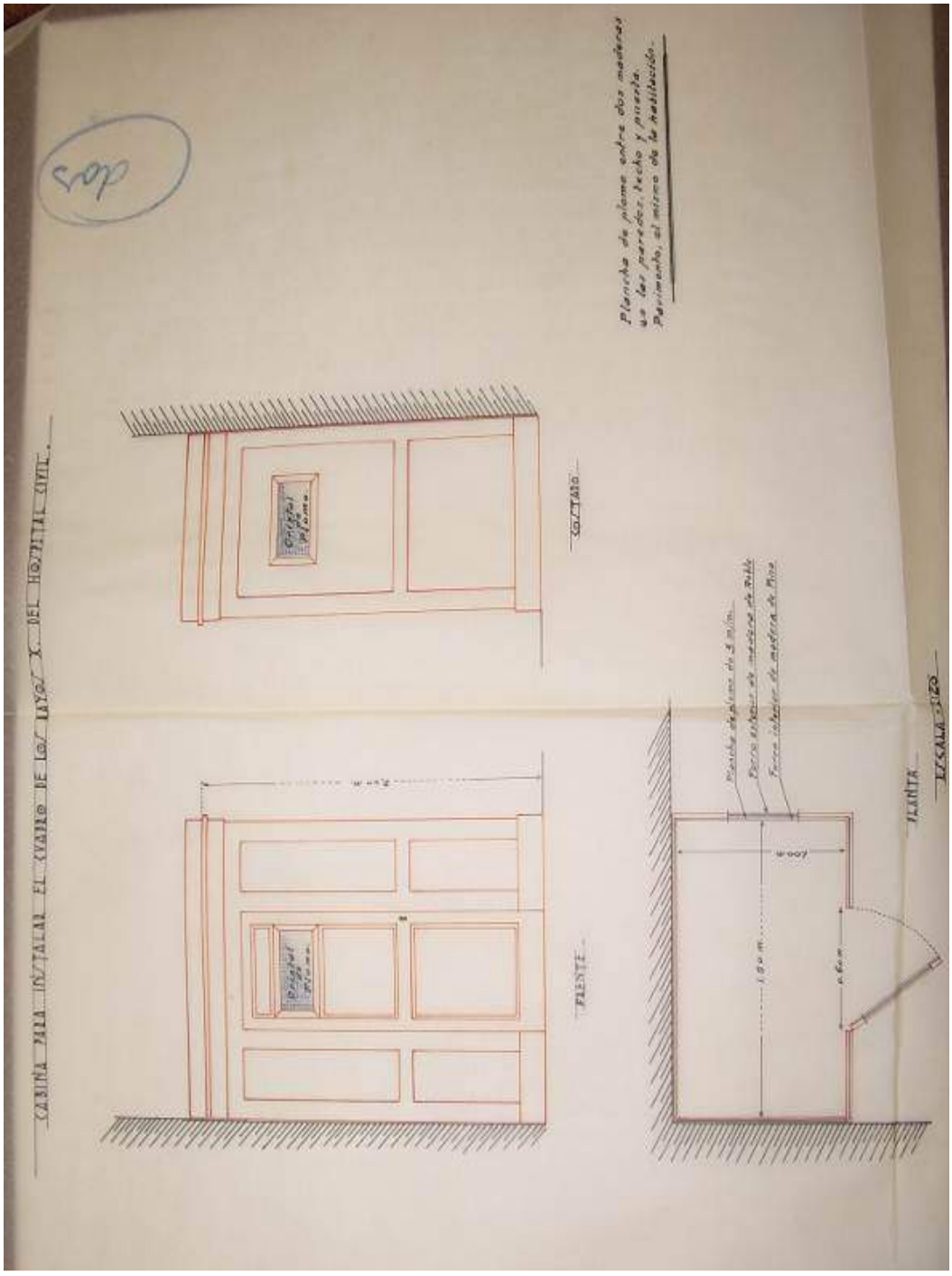
El Secretario,
p.s.

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6982; expediente nº 40: sobre la adquisición y colocación de los materiales para terminar la nueva sala de operaciones del Hospital de esta Capital (1931).

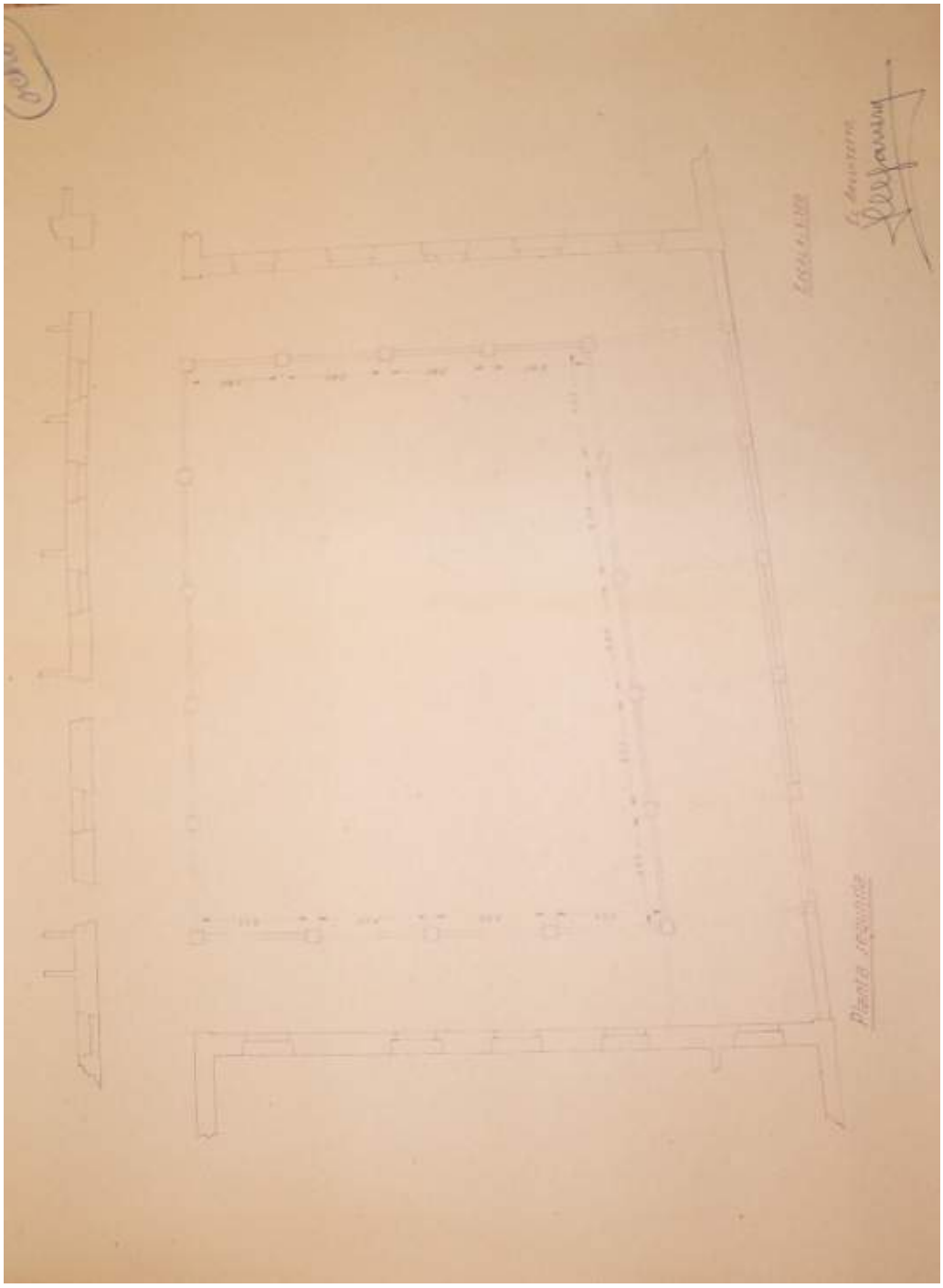


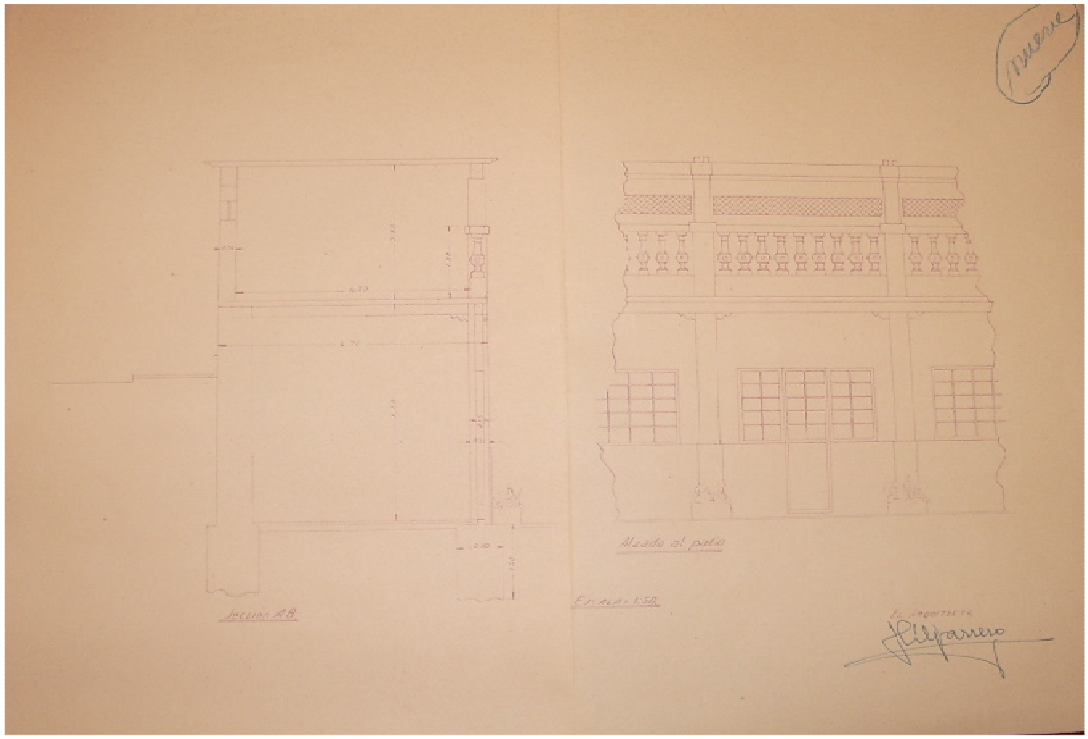

EXCMO CABILDO INSULAR
ESCALA 1:50
SECCION C D
SECCION A B
PLANTA

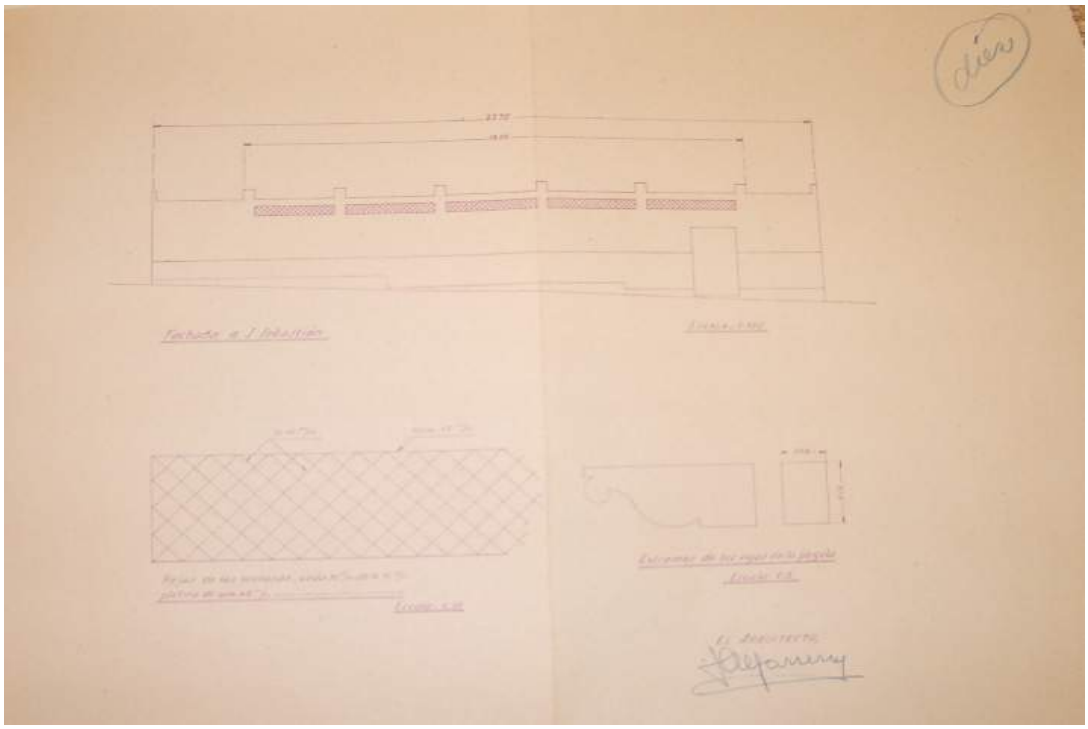
ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6988; expediente nº 134: incoado con motivo de oficio del Secretario-Contador de los Asilos de esta Capital, relacionado con construir una cabina para instalar el cuadro de los Rayos X (1933).



ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 179: incoado para tramitar el proyecto de una galería Sur, Naciente y Poniente, Servicio de Farmacia, Depósito de Medicamentos, Laboratorio, Material de Laboratorios y Watter Closs, entre el primer y segundo pabellón del Hospital Civil de esta Capital (1938).







HOSPICIO DE SAN CARLOS.

ROSA OLIVERA, L. DE LA: *"Prontuario de lo que se ha de observar por ahora, en el Rl. Hospital de Sn Carlos de las Yslas Canarias, interin se arreglan los estatutos combenientes para esta, y las demás casas de misericordia que se hayan de erigir…";* Revista *El Museo Canario*; Año VIII; números 21-22; Las Palmas de Gran Canaria; enero-marzo, abril-junio 1947; pp. 105-109.

1º

Se nombran al presente por Socios para el Pasto Espiritual de los Pobres a los Eclesiásticos Dn. Pedro Ortiz, Tente. Beneficiado, y Dn. Pedro de Murga. Por con[tador] de la Junta que se ha de establecer, al pral. de la Rl. Hacienda en estas Yslas Dn. Pedro Cathalan, y por tesorero el que lo es de la misma clase, Dn. Josef de Carta. Para el Govierno interior del Rl. Hospicio, y demás que se expresará al Admon. Principal de Tabacos Dn. Luis Pellicer, Dn. Fernando Piar, Dn. Tomás Zubieta, y Dn. Tomas Camberleng, con el caracter de tales Socios, cuya cabeza es el Comandante G[eneral].

2º

Los Pobres de ambos sexos, que por ahora se admitan en el Rl. Hospicio, con la separación que se ha dispuesto han de ser los de verdadera necesidad, asta el número que segun el computo de lo que existe, y pueda recogerse, alcance para su alimento y alojamiento. Antes de su ingreso, se reconoceran por el Medico y Cirujano, y aseguradose que no tengan enfermedad contajiosa, se filiarán en un Libro que ha de haver para este efecto, anotandose por su nombre, Patria y edad, con el numero a que corresponda el vestuario, y Cama que se la dará desde el 1º, 2º, (etc.) que es por el que se han de entender para llamarles precedido el haverlos echo lavar, asear y peinar. La publica recolección, y colocación ha de ser el 20 de Enero, que es el día en que se celebra, el feliz Natal de Nro. Augusto Monarca, y bajo su Rl. Nombra, y Soberana proteccion, que espera preste su clemencia para la perpetuidad, pues fue quien llevado de su tierna, Cristiana piedad, y amor a los Pobres, verdaderas imagenes de Jesu Cristo, estableció y fundó, el primer Hospicio de Napoles y ha mandado erijirlos, en las principales poblaciones de todo el Reyno.

3º

Siendo esta institucion meramente laycal, bajo la direccion del Comandante General, y protaccion del Ylmo. Obispo, el primero hara los nombramientos de Socios, en aquellos caritativos patriotas, que hayan contribuido y contribuyan para tan piadoso fin, y en los demas que sollciten su ingreso de toda la Provincia; pues su autoridad es unicamente lo que puede obligar, y estimular, a que sin el menor interes, y obrando solo por celo y caridad se tomen el trabajo, que se les distribuirá para el fomento y asistencia de las casas de misericordia.

4º

Por ahora los Socios de Caridad, Dn. Fernando Piar y Dn. Tomas Zubieta, serán los que continúen en este pueblo, pidiendo a los buenos, y caritativos patriotas, las limosnas que cada año puedan consignar, voluntariamente para obra tan pia, a proporcion de lo que socorrian a las puertas; pues se prohive el que pidan a ellas, ni anden mendigos, las quales darán en los plazos que mas les acomoden, a fin de computar y saver, con lo de seguro se deve contar, y a mas de esto, un dia en cada semana saldrán los r[e]ferídos Socios, y otros que se nombraran alternativamente a pedir Limosna para el Hosp[ital] que cada mes pondrán en la Caja del Socio Tesorero Dn. Josef de Carta, que tendrá su libro de asiento para llevar exacta quenta de la entrada y salida, interviniendo el Contador Dn. Pedro Cathalan, para el buen orden, y que cada año se haga el balance.

5º

Para pedir la Limosna, y fomentar esta piadosa institucion en los demas pueblos cíe las Yslas se nombrarán personas de las mas principales por Socios que seran en cada uno dos Regidores: dos de la Sociedad Economica, dos Eclesiasticos condecorados; dos Militares de graduacion o del Ministerio politico autorizado, donde los huviere: dos comerciantes, y a mas soliciten su Ingreso.

6º

Los referidos Socios Dn. Fernando Piar, Dn. Tomás Zubieta, y Dn. Tomas Camberleng, cuidarán tambien de la buena asistencia y aseo de los pobres, alternando por semana con otros Socios que gusten de ejercitar estas obras de Misericordia; y el Socio Dn. Luis Pellicer con su celo inflamado se encargará de el acopio de Granos, menestras, viveres, y demas necesario para el alimento, y ranchos diarios, presenciando por si o persona de su confianza la distribucion, y dando económicas reglas, para que sin faltar lo preciso, no se hagan viciosos dispendios. Los nominados Zubieta y Camberleng, tendrán anualmente el cuidado de fomentar la industria, comprando algunas Cajas, de Lino, Algodón, Lanas, & para que los pobres hilen, hagan colectas, y otras cosas sencillas a los principios, dando quenta al Comandante Gral. de sus progresos, para premiarles, y comunicandole igualmente sus ideas de lo que juzgaren mas a proposito para su adelantamiento.

7º

Los dos Socios Eclesiasticos Dn. Pedro Ortiz, y Dn. Pedro de Murga, a mas de la parte que tomarán en el antecedente artículo, tendrán el devido, e indispensable cuidado de dar a los Pobres el Pasto espiritual que es propio de su celo, por ellos mismos, o comisionando a Otros Sacerdotes; no quitandonse por esta al Clero y Religiones la facultad, de que igualmente vaya el que quiera a consolarlos, exortarlos, y explicarles la Doctrina Cristiana.

8º

Se elige a Domingo Alonso, que es sugeto de conducta, Ynteligente y buenas costumbres, para-que con el titulo de Custodio-Zelador del Rl. Hospicio se encargue y

cuide de la mecanica, aseo, buen orden, y tranquilidad de los pobres, auxiliado de la Guardia que se pondrá: distribucion de comidas. Ropas marcadas por numeros con las Camas desde el 1º, 2º, & hasta los que succesivamente haya, y vayan entrando; y a Dª Antonia Bento por custodia Celadora de las Mugeres Pobres con la misma obligacion y la de dar quenta ambos a los Socios de mes o semana que se han insuinado para providenciar lo combeniente, obedeciendo ciegamente sus ordenes.

9º

Se formará en esta Plaza una Junta General pª tratar todos los asuntos interesantes que miren al mayor aumento, y solida subsistencia de tales obras pias para toda la Provincia en que presidirá el Comte. General con un secretario que sera Dn. Guillermo Josef de los Reyes, el que extenderá en el libro maestro que deve haver, todas las providencias, y acuerdos dando los avisos a quien corresponda. La caja tendra tres llaves: una estara en poder del Contador; otra en el del citado Tesorero, y otra en el de la Junta de todos los Socios, o en el de que por ella se elija que por ahora será... sin cuyas precisas concurrencias no se sacará ni entrará Dinero. Las Libranzas para los pagamentos los ará el Presidente: en su pago intervendrá el Contador, y las visará el referido principal encargado por la Junta.

10º

De todo se ha de llevar por el Contador, y Tesorero, puntual quenta y razon, formalizandose las relaciones de gastos mensuales, o semanales, con arreglo a los diarios, por el socio Pellicer como encargado a este efecto con las prevenidas formalidades.

11º

Cada fin de Año se liquidaran las quentas con el fin de saver el estado de las Cajas, Gastos, y existencias: Y si resulta sobrante poder socorrer las necesidades secretas de algunas personas pobres vergonzantes que por su calidad, y circunstancias no sea dable recojerse en el Hospicio.

12°

En el Rl. Hospicio se colocará un Horario pª el Govierno, y distribución del tiempo, formandose por Dn. Luis Pellicer, y Dn. Tomas Camberleng extensas instrucciones a los custodios Zeladores, que expliquen el manejo interin obligaciones del aseo, buen orden que han de tener para la distribucion de ranchos, otras de comer cenar, trabajar, rezar el rosario, oir Misa, y en los dias festivos alguna recreacion.

13º

Se dará principio por un exacto imbentario del Hospicio; Puertas, Ventanas, Mesas, Sillas, Muebles, y demas hutiles, y efectos de su servicio, y por el se ará la entrega a los custodios Zeladores de cada respectiva separación, los que cuidarán de su conservación y aseo, valiendose de los Pobres de mejor conducta, e inteligencia para qué les quiden,

vigilando el buen orden de los ranchos, distribucion de ellos. Pan, lavadura de ropas que se marcarán todas con las Camas, Cada vestuario será compuesto de dos Camisas, un par de Calzones par

de medias, o Calcetas una Casaqueta, con una medalla que diga Hospicio de Sn Carlos, un par de Zapatos con botones, y un sombrero: y el de la mugar de dos Camisas dos justillos, dos pares Naguas blancas una de color dos Tocas, dos pares de calçetas un par de zapatos, una Mantilla Sombrero, y en cada cavecera de cama se colocará una Cruz, y a cada un pobre se le entregará un Rosario.

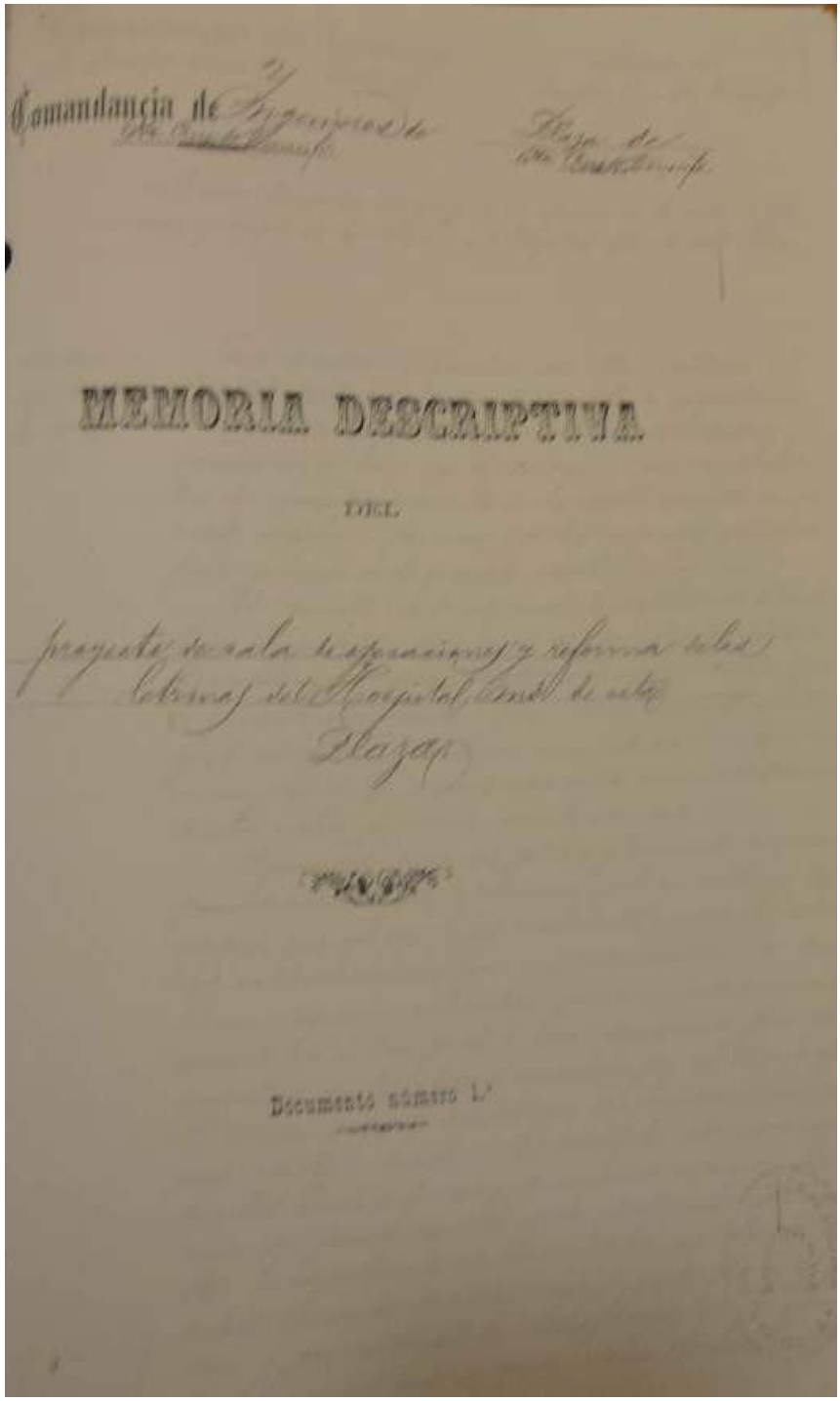
14°

El Socio o Socios de semana quidara de que los sobrantes de comida, y cena, se lleven por pobres de conducta que elija el celador, a los presos de la Carcel Rl, y para acreditar que en todo es el Hospicio una berdadera casa de Misericordia, siempre que en el Hospital de Pobres o el Real haya necesidad de personas que asistan a los enfermos se embiarán a este fin hombres o mugeres de los Pobres de megores qualidades, y mas propios del pueblo; concurriendo tambien si los pidieren a las procesiones, Entierros para conducir y acompañar los difuntos, amortajarlos, y demas obras de piedad.

Los preinsertos Articulos se observarán imbiolablemente ínterin se mejoran por adicciones, y aumento con lo que dicte la propia experiencia. Plaza de Sta. Cruz y Enero 18 de 1785. = EL MARQUES DE BRANCIFORTE.

HOSPITAL MILITAR DE SANTA CRUZ DE TENERIFE.

AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Memoria del proyecto de sala de operaciones y reforma de las letrinas del Hospital Militar.



Comandancia de Ingenieros de Sta. Cruz de Tenerife

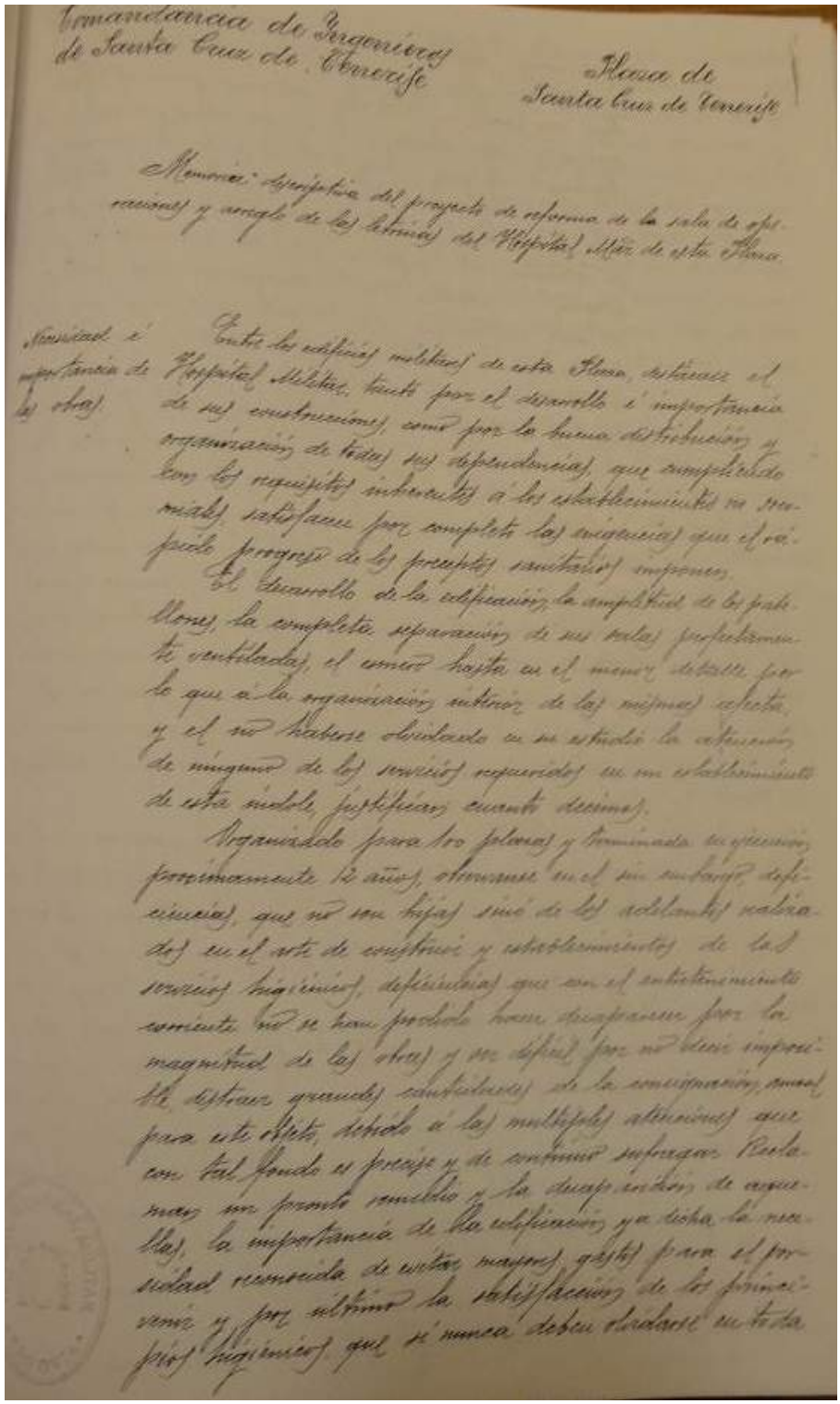
Plaza de Sta. Cruz de Tenerife

MEMORIA DESCRIPTIVA

DEL

proyecto de sala de operaciones y reforma de las letrinas del Hospital Mil. de esta Plaza

Documento número 1.º



Comandancia de Ingenieros
de Santa Cruz de Tenerife

Plaza de
Santa Cruz de Tenerife

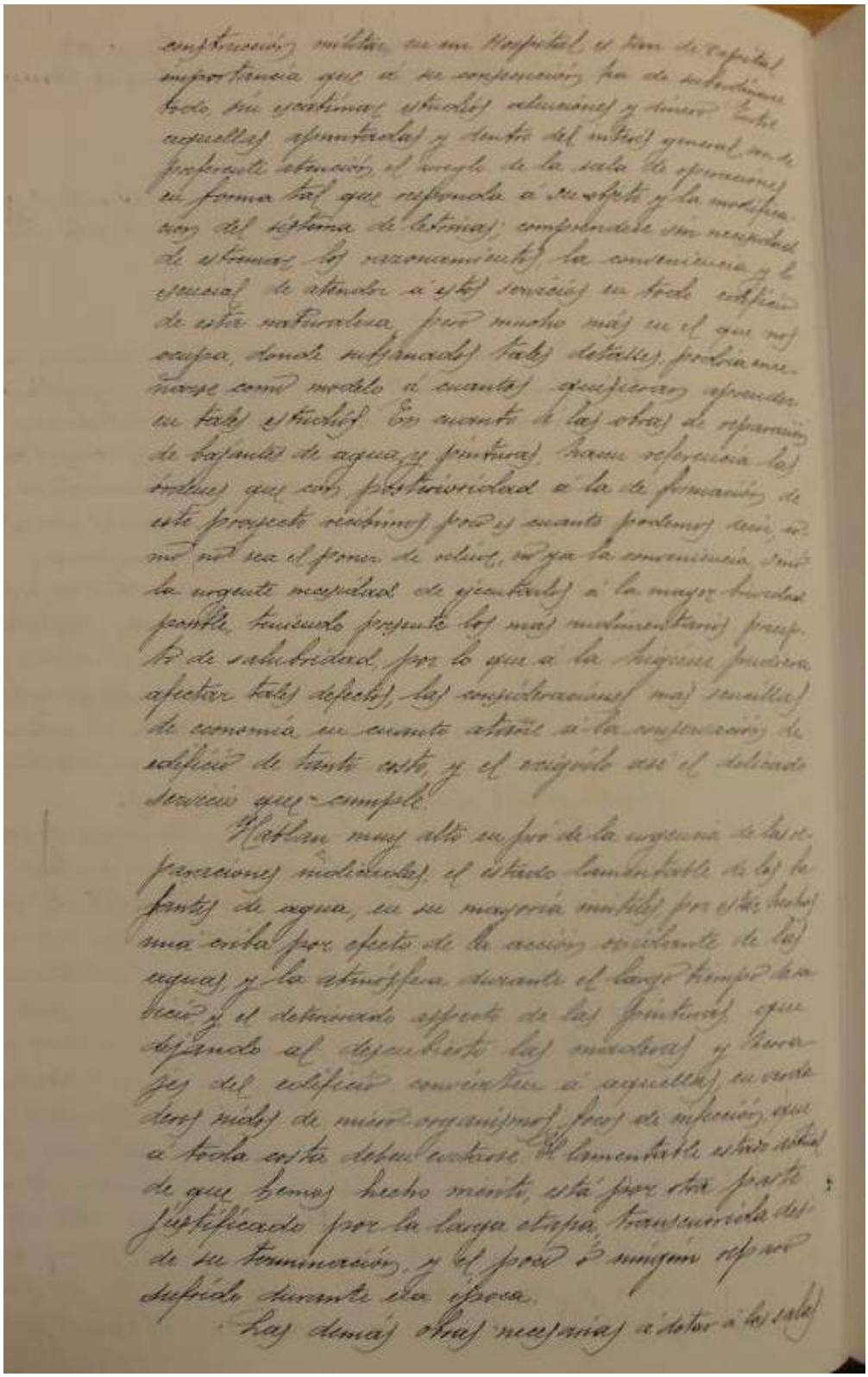
Memoria descriptiva del proyecto de reforma de la sala de operaciones y arreglo de las letrinas del Hospital Mar de esta Plaza.

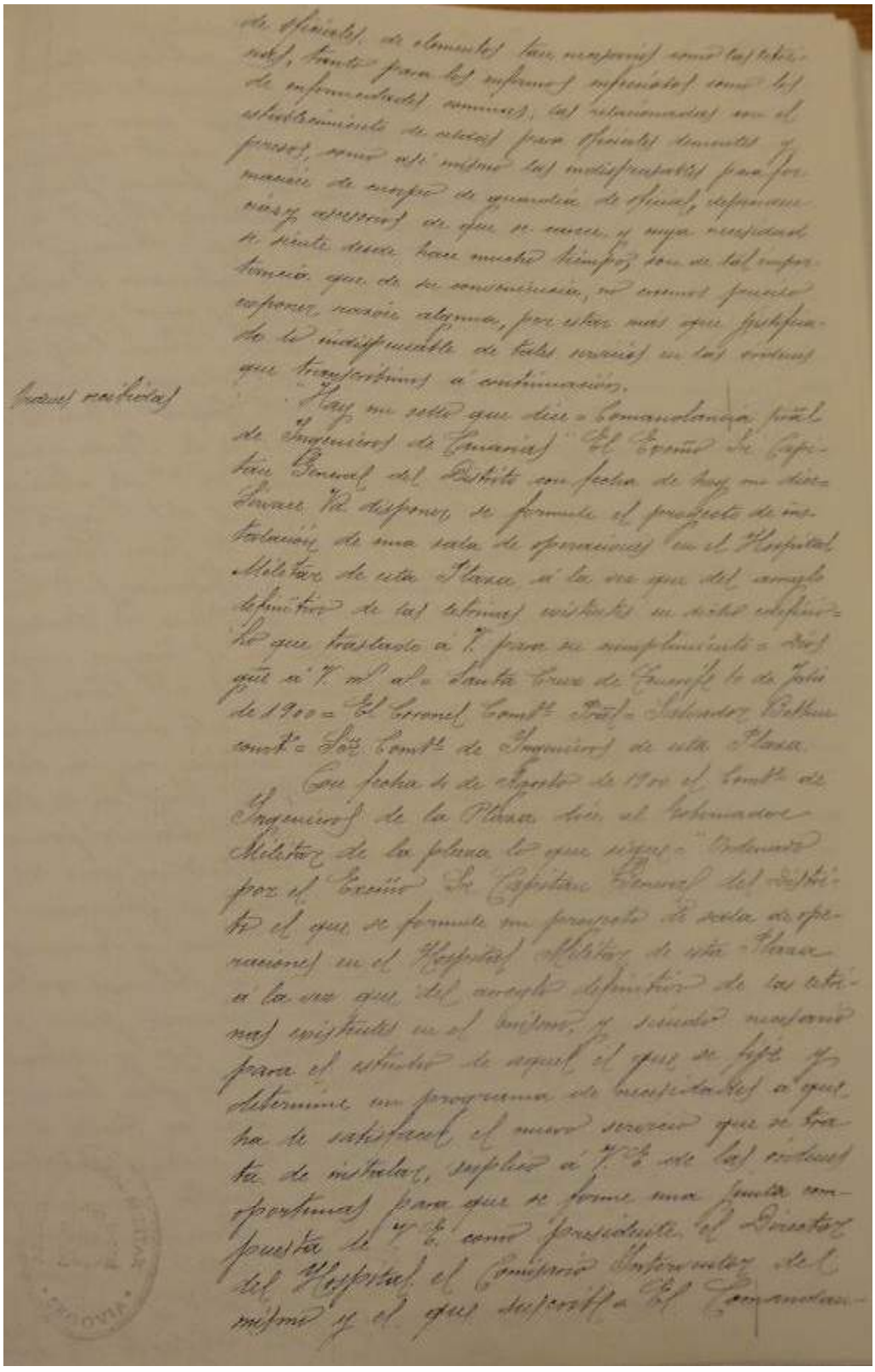
Necesidad é importancia de las obras.

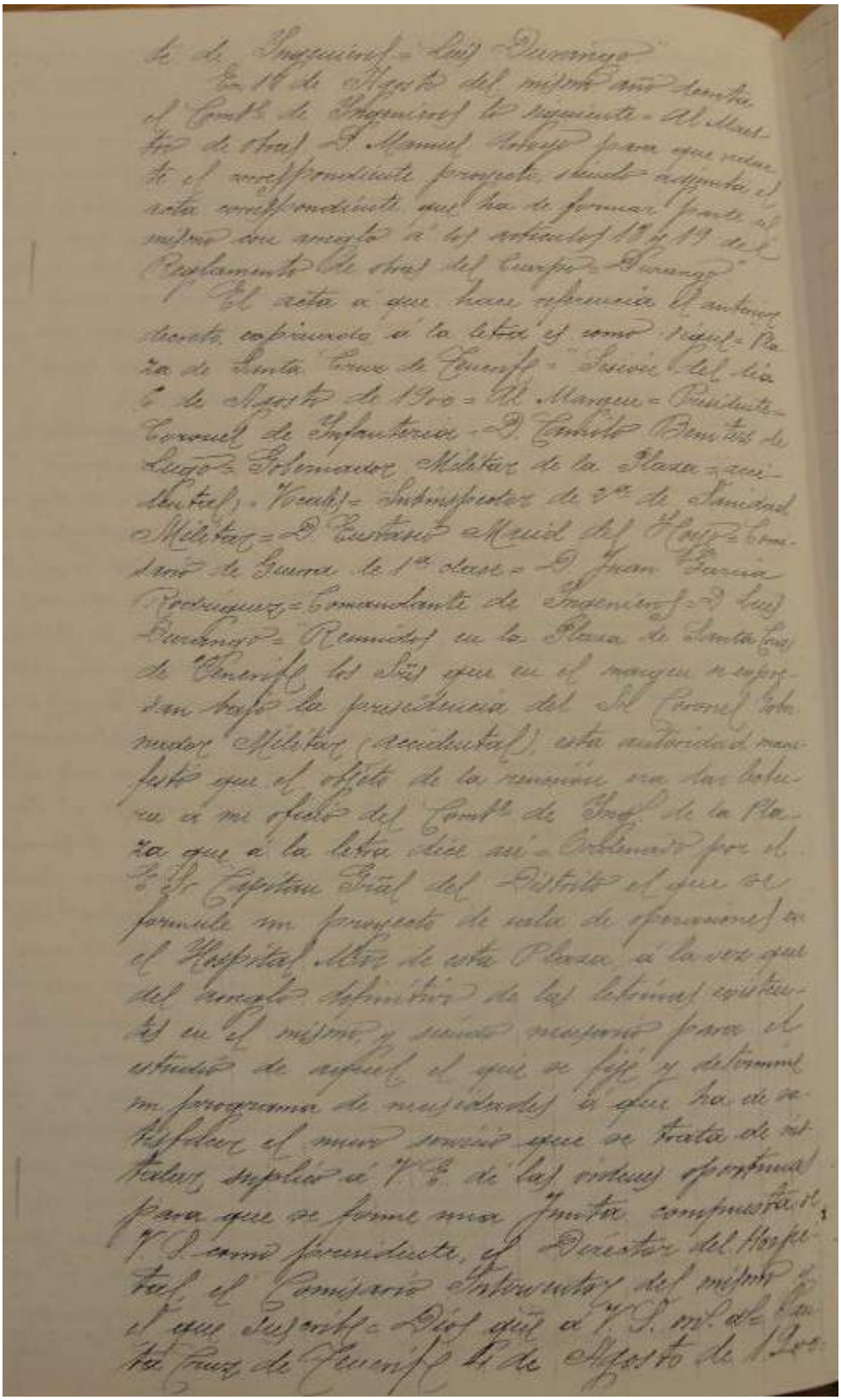
Entre los edificios militares de esta Plaza, destácase el Hospital Militar, tanto por el desarrollo é importancia de sus construcciones, como por la buena distribución y organización de todas sus dependencias, que cumpliendo con los requisitos inherentes á los establecimientos no sociales, satisfacen por completo las exigencias que el rápido progreso de los preceptos sanitarios imponen.

El desarrollo de la edificación, la amplitud de los pabellones, la completa separación de sus salas perfectamente ventiladas, el esmero hasta en el menor detalle por lo que á la organización interior de las mismas afecta, y el no haberse olvidado en su estudio la atención de ninguno de los servicios requeridos en un establecimiento de esta índole, justifican cuanto decimos.

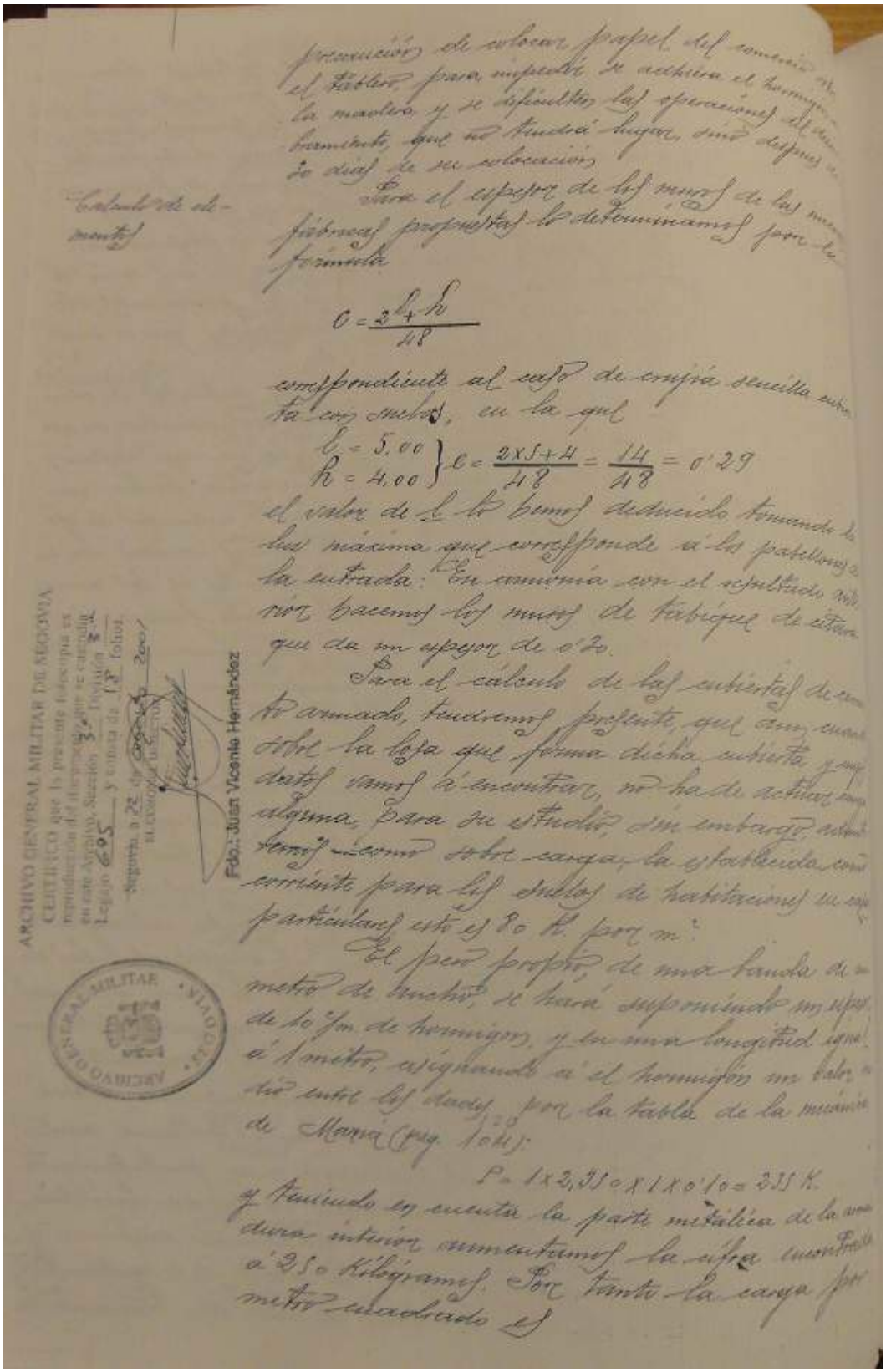
Organizado para 100 plazas y terminada su ejecución, próximamente 12 años, obsérvanse en el sin embargo, deficiencias, que no son hijas sinó de los adelantos realizados en el arte de construir y establecimientos de los servicios higiénicos, deficiencias que con el entretenimiento corriente no se han podido hacer desaparecer por la magnitud de las obras y ser difícil por no decir imposible, distraer grandes cantidades de la consignación anual para este objeto, debido á las múltiples atenciones que con tal fondo es preciso y de continuo sufragar. Reclaman un pronto remedio y la desaparición de aquellas, la importancia de la edificación ya dicha, la necesidad reconocida de evitar mayores gastos para el porvenir y por último la satisfacción de los principios higiénicos que sí nunca deben olvidarse en toda







de de Ingenieros = Luis Durango"
En 16 de Agosto del mismo año decreta el Comte de Ingenieros lo siguiente = Al Maestro de obras D. Manuel Arroyo para que redacte el correspondiente proyecto, siendo adjunta el acta correspondiente que ha de formar parte del mismo con arreglo á los artículos 18 y 19 del Reglamento de obras del Cuerpo = Durango"
El acta á que hace referencia el anterior decreto, copiando á la letra es como sigue = Plaza de Santa Cruz de Tenerife = "Sesión del día 6 de Agosto de 1900 = Al Marqués = Presidente = Coronel de Infantería = D. Camilo Benítez de Lugo = Gobernador Militar de la Plaza = accidental = Vocales = Subinspector de 2ª de Sanidad Militar = D. Eustasio Maciel del Hoyo = Comisario de Guerra de 1ª clase = D. Juan García Rodríguez = Comandante de Ingenieros = D. Luis Durango = Reunidos en la Plaza de Santa Cruz de Tenerife los Sres que en el margen se expresan bajo la presidencia del Sr Coronel Gobernador Militar (accidental), esta autoridad manifestó que el objeto de la reunión era dar lectura á mi oficio del Comte de Ingl de la Plaza que á la letra dice así = Ordenado por el Sr Sr Capitán Gral del Distrito el que se formule un proyecto de sala de operaciones en el Hospital Mar de esta Plaza, á la vez que del arreglo definitivo de las letrinas existentes en el mismo, y siendo necesario para el estudio de aquel el que se fije y determine un programa de necesidades á que ha de satisfacer el nuevo servicio que se trata de instalar, suplico á V. E. de las órdenes oportunas para que se forme una Junta compuesta de V. S. como presidente, el Director del Hospital, el Comisario Interventor del mismo y el que suscribe = Dios gue á V. S. ms. as. = Santa Cruz de Tenerife 4 de Agosto de 1900.



precaución de colocar papel del comercio sobre el tablero, para impedir se adhiera el hormigón a la madera y se dificulten las operaciones del desembramiento, que no tendrá lugar, sino después de 30 días de su colocación.

Calculo de elementos

Para el espesor de los muros de las nuevas fábricas propuestas lo determinamos por la fórmula

$$e = \frac{2l + h}{48}$$

correspondiente al caso de crujía sencilla cubierta con suelos, en la que

$$\left.\begin{array}{l} l = 5{,}00 \\ h = 4{,}00 \end{array}\right\} e = \frac{2 \times 5 + 4}{48} = \frac{14}{48} = 0'29$$

el valor de l lo hemos deducido tomando la luz máxima que corresponde á los pabellones de la entrada. En armonía con el resultado anterior hacemos los muros de tabique de cítara que da un espesor de 0'30.

Para el cálculo de las cubiertas de cemento armado, tendremos presente, que aun cuando sobre la losa que forma dicha cubierta y cuyos datos vamos á encontrar, no ha de actuar carga alguna, para su estudio, sin embargo, admitiremos como sobre carga, la establecida como corriente para los suelos de habitaciones en casas particulares esto es 80 K. por m².

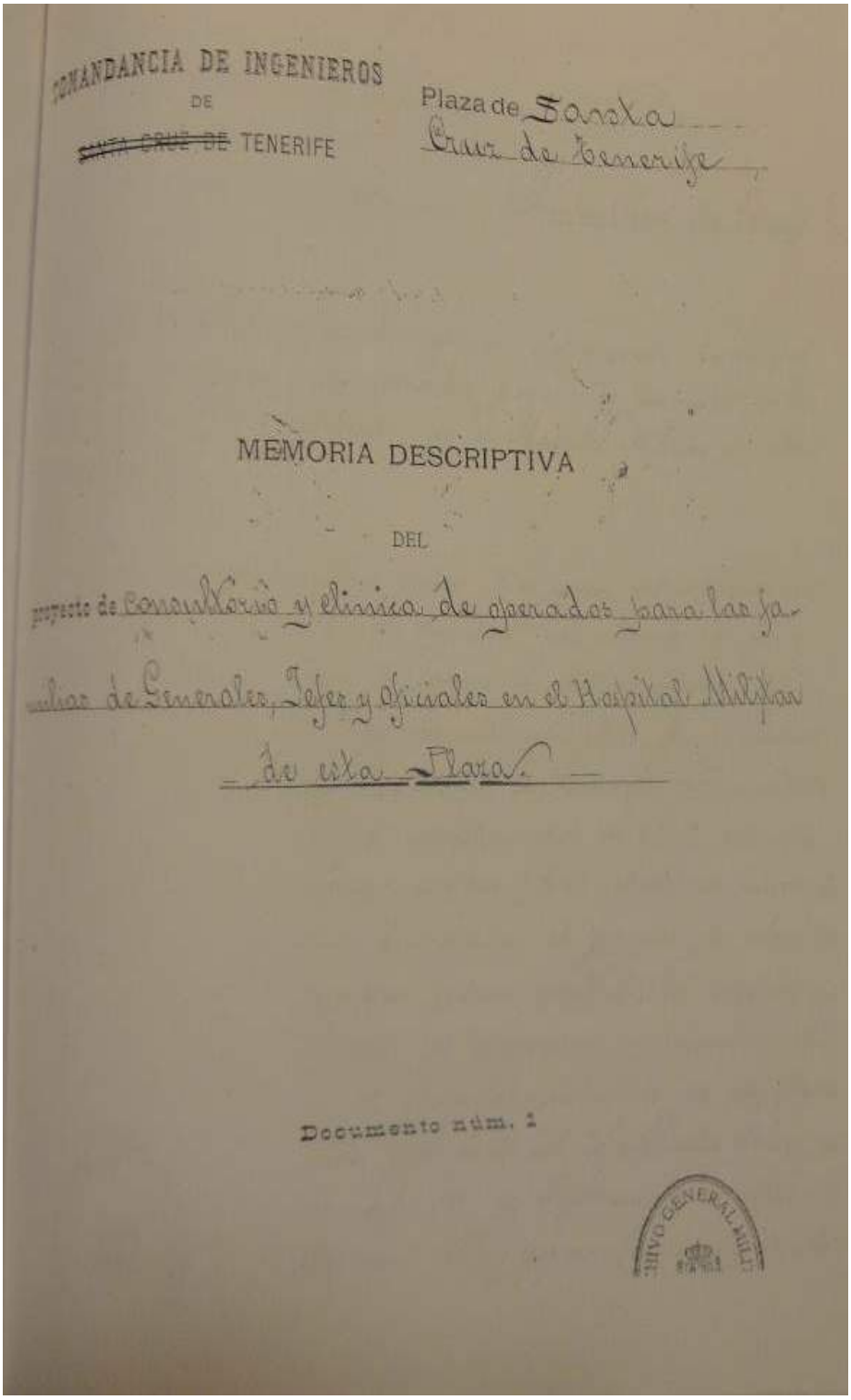
El peso propio, de una banda de un metro de ancho, se hará suponiendo un espesor de 10 c/m. de hormigón, y en una longitud igual á 1 metro, asignando á el hormigón un valor medio entre los dados por la tabla de la mecánica de Maria (pag. 104):

$$P = 1 \times 2{,}350 \times 1 \times 0'10 = 235 \text{ K.}$$

y teniendo en cuenta la parte metálica de la armadura interior aumentamos la cifra encontrada á 250 Kilógramos. Por tanto la carga por metro cuadrado es

ARCHIVO GENERAL MILITAR DE SEGOVIA
CERTIFICO que la presente fotocopia es reproducción del documento que se custodia en este Archivo, Sección 3ª División 3ª Legajo 605 y consta de 18 folios.
Segovia, a 22 de agosto 2001
EL COMISARIO DE SECTOR
Fdo.: Juan Vicente Hernández
ARCHIVO GENERAL MILITAR

AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Plano de distribución de la crujía de fachada principal fechado el 18 de junio de 1901. Acompañan a un proyecto de consultorio y clínica de operados para familias de generales, jefes y oficiales de 1904.


COMANDANCIA DE INGENIEROS
DE
~~SANTA CRUZ DE~~ TENERIFE

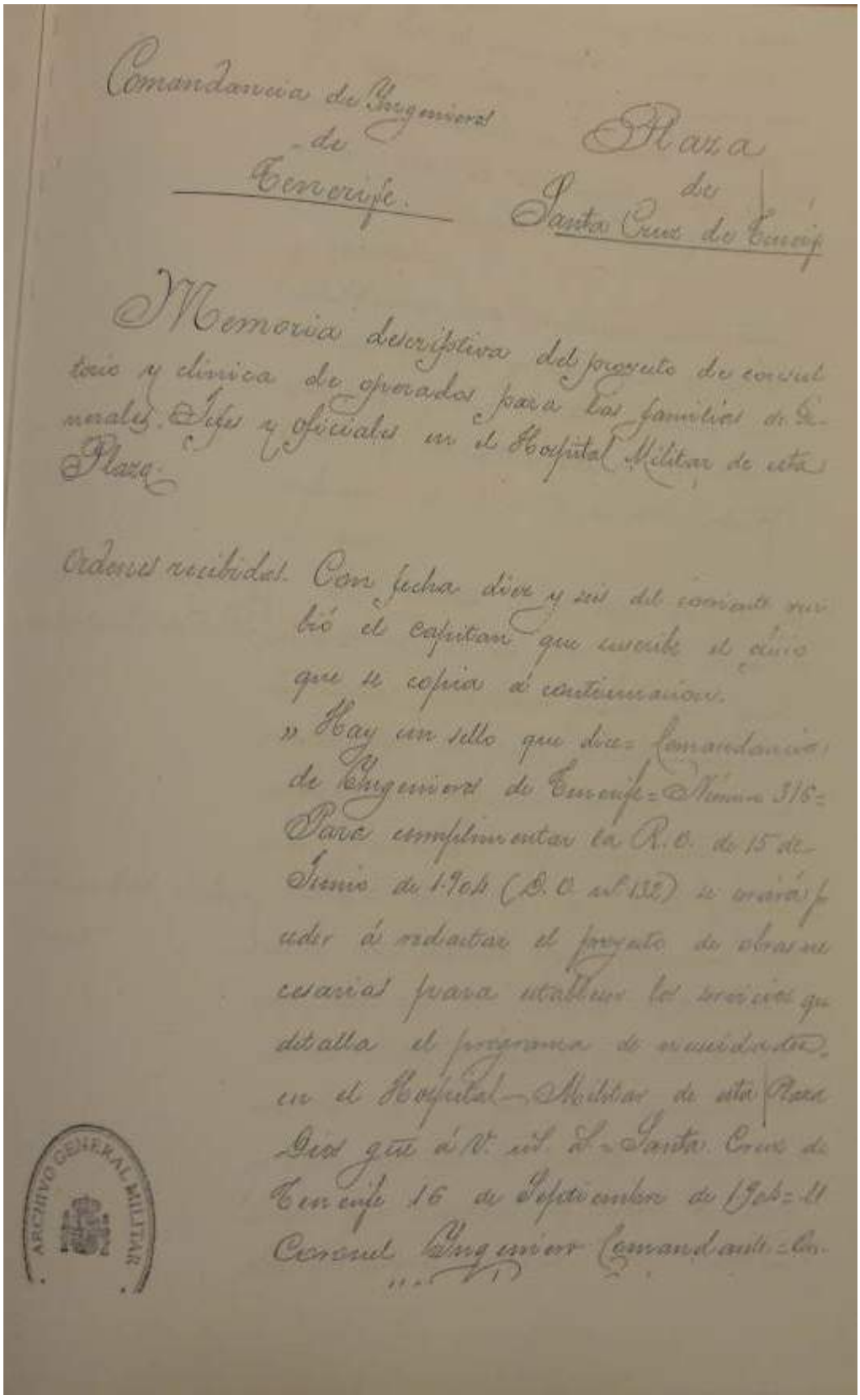
Plaza de Santa Cruz de Tenerife

MEMORIA DESCRIPTIVA

DEL

proyecto de Consultorio y clínica de operados para las familias de Generales, Jefes y Oficiales en el Hospital Militar de esta Plaza.

Documento núm. 1



Comandancia de Ingenieros de Tenerife.

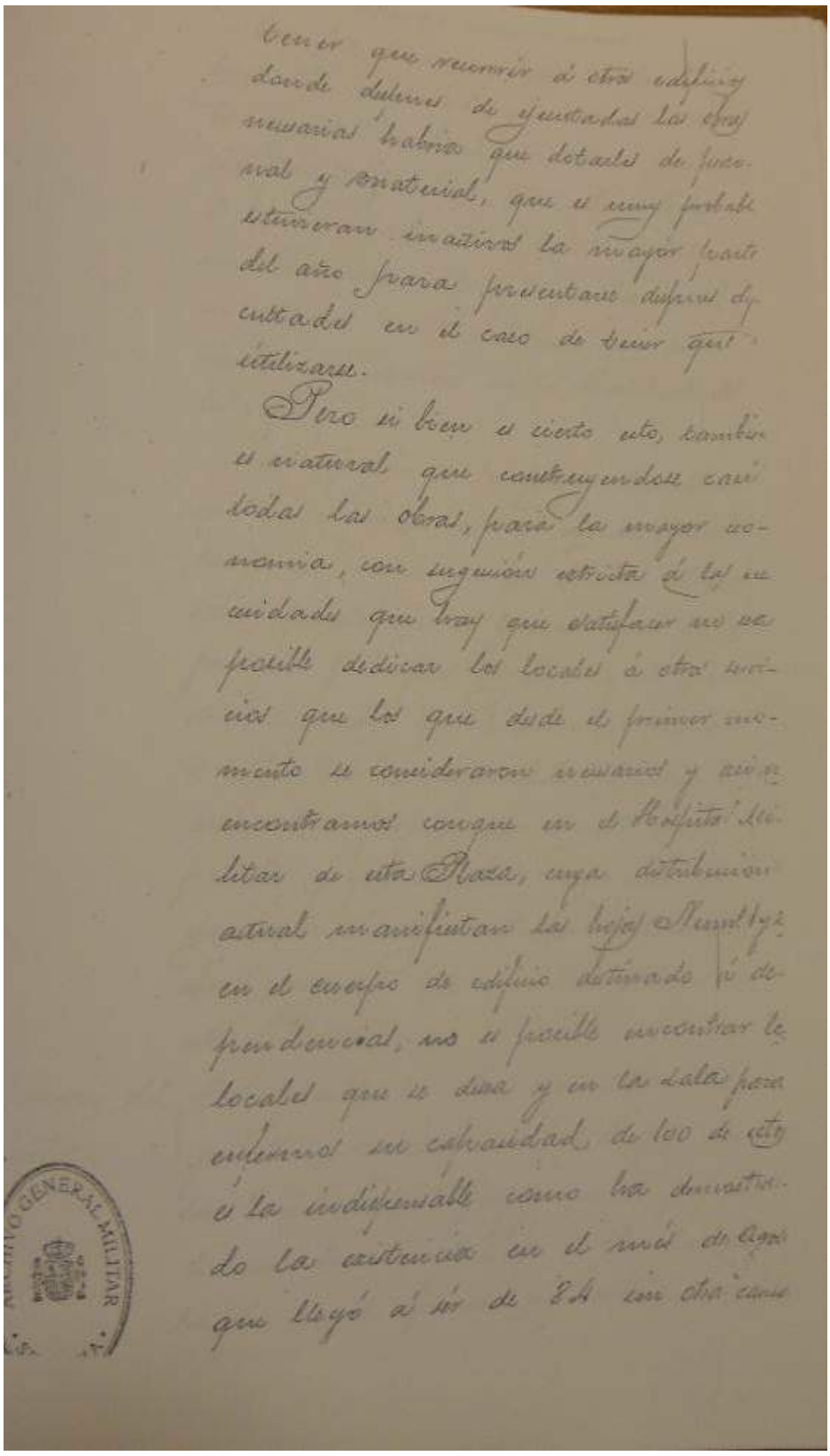
Plaza de Santa Cruz de Tenerife

Memoria descriptiva del proyecto de consultorio y clínica de operados para las familias de generales, Jefes y oficiales en el Hospital Militar de esta Plaza.

Ordenes recibidas. Con fecha diez y seis del corriente recibió el Capitan que suscribe el oficio que se copia á continuacion.

» Hay un sello que dice= Comandancia de Ingenieros de Tenerife= Número 316= Para cumplimentar la R.O. de 15 de Junio de 1908 (D.O. nº 132) se servirá proceder á redactar el proyecto de obras necesarias para ejecutar las reformas que detalla el programa de necesidades en el Hospital Militar de esta Plaza Dios guie á V. nº S.= Santa Cruz de Tenerife 16 de Septiembre de 1908= El Coronel Ingeniero Comandante= Co...

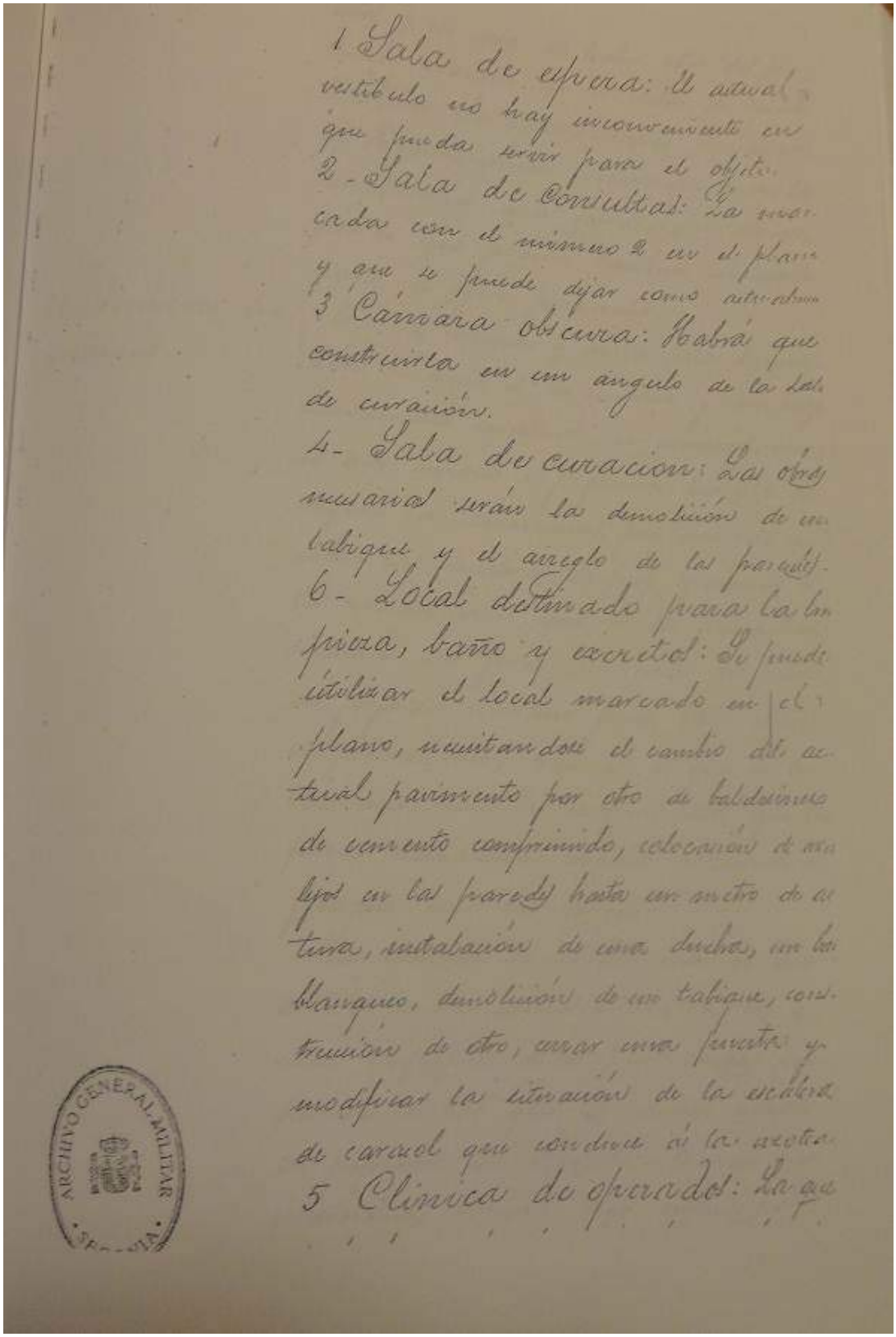
ARCHIVO GENERAL MILITAR



tener que recurrir á otros edificios donde despues de ejecutadas las obras necesarias habria que dotarles de personal y material, que es muy probable estuvieran inactivos la mayor parte del año para presentarse despues dificultades en el caso de tener que utilizarse.

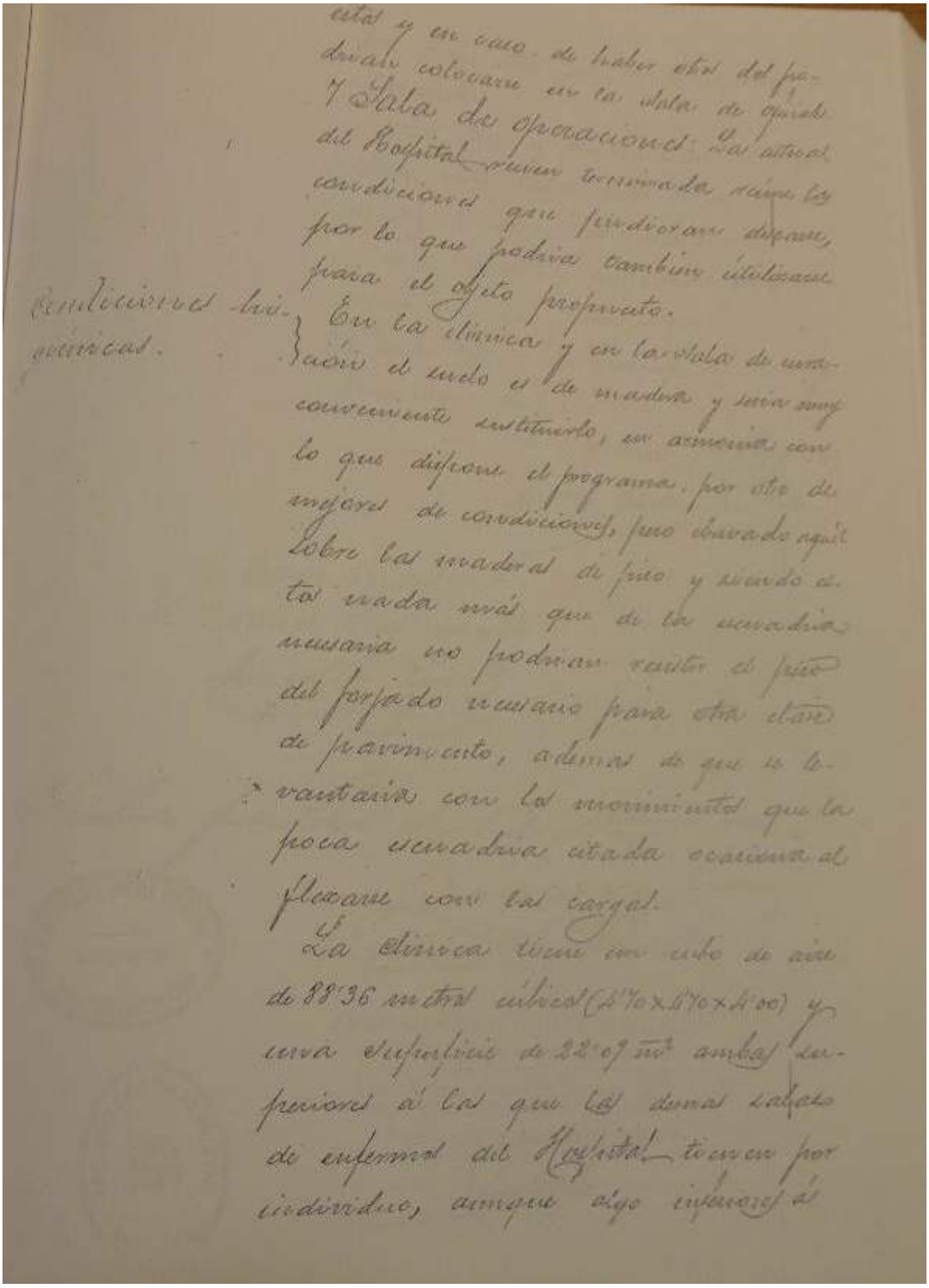
Pero si bien es cierto esto, tambien es natural que construyendose casi todas las obras, para la mayor economia, con sugecion estricta á las necesidades que hay que satisfacer no sea posible dedicar los locales á otros servicios que los que desde el primer momento se consideraron necesarios y asi encontramos conque en el Hospital Militar de esta Plaza, cuya distribucion actual manifiestan las hojas Num. 1 y 2 en el cuerpo de edificio destinado á dependencias, no es posible encontrar los locales que se desea y en la sala para enfermos su capacidad de 100 de estos es la indispensable como ha demostrado la existencia en el mes de Agosto que llegó á ser de 84 sin otra causa

ARCHIVO GENERAL MILITAR



1 Sala de espera: El actual vestíbulo no hay inconveniente en que pueda servir para el objeto.
2 - Sala de Consultas: La marcada con el número 2 en el plano y que se puede dejar como actualmente
3 Cámara obscura: Habrá que construirla en un ángulo de la sala de curación.
4 - Sala de curación: Las obras necesarias serán la demolición de un tabique y el arreglo de las paredes.
6 - Local destinado para la limpieza, baño y excretas: Se puede utilizar el local marcado en el plano, necesitando el cambio del actual pavimento por otro de baldosines de cemento comprimido, colocación de azulejos en las paredes hasta un metro de altura, instalación de una ducha, un lavabo, demolición de un tabique, construcción de otro, cerrar una ventana y modificar la situación de la escalera de caracol que conduce á la azotea.
5 Clínica de operados: La que

ARCHIVO GENERAL MILITAR

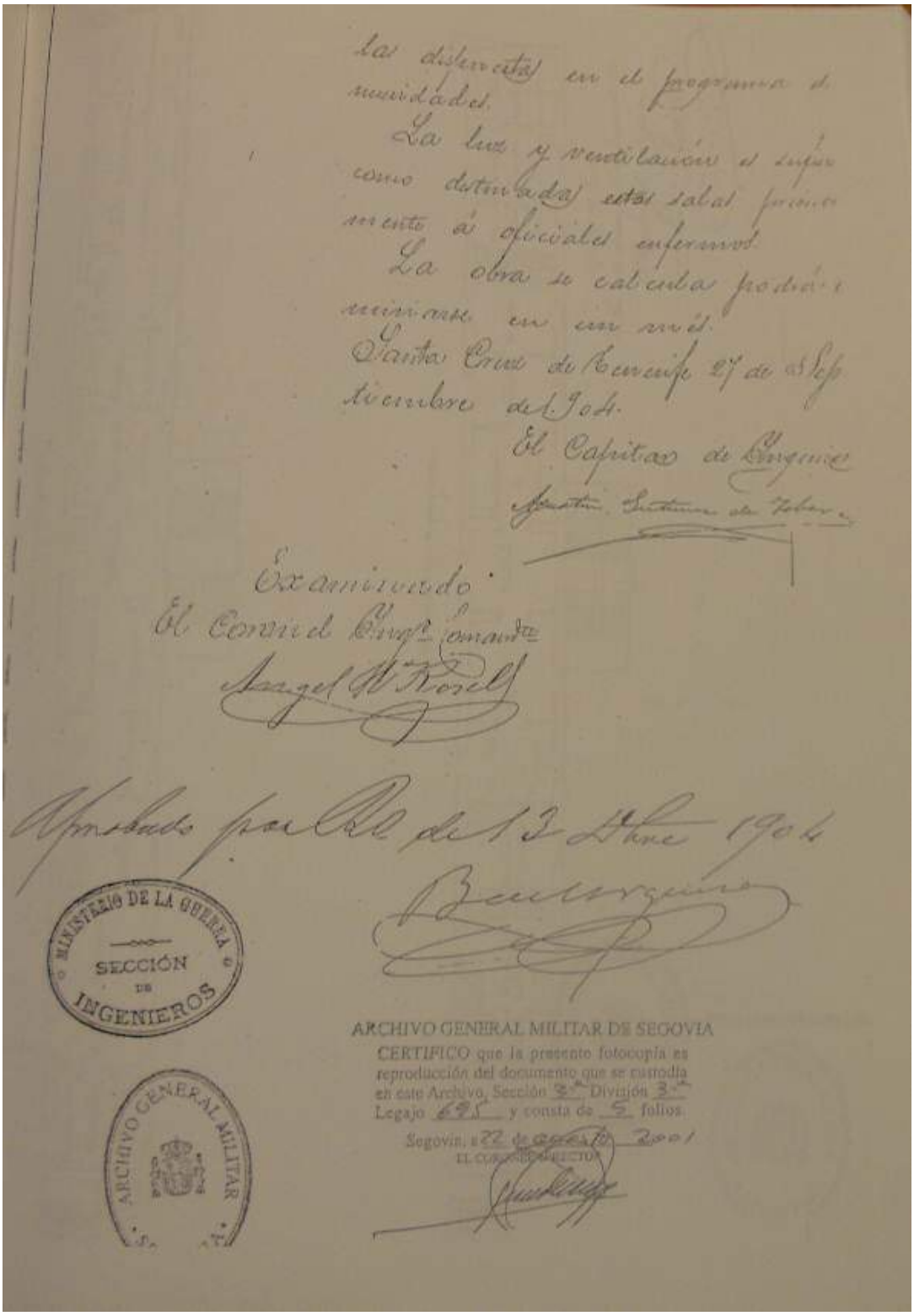


estas y en caso de haber otras del pa-
drian colocarse en la sala de oficial.
7 Sala de operaciones: La actual
del Hospital recien terminada reune las
condiciones que pudieran desearse,
por lo que podria tambien utilizarse
para el objeto propuesto.

Condiciones hi-
giénicas.

En la clínica y en la sala de cura-
ción el suelo es de madera y seria muy
conveniente sustituirlo, en armonia con
lo que dispone el programa, por otro de
mejores de condiciones, pero clavado aquel
sobre las maderas de piso y siendo es-
tas nada más que de la escuadria
necesaria no podrian resistir el peso
del forjado necesario para otra clase
de pavimento, ademas de que se le-
vantaria con los movimientos que la
poca escuadria citada ocasiona al
flexarse con las cargas.

La clínica tiene un cubo de aire
de 88'36 metros cúbicos (4'70 x 4'70 x 4'00) y
una superficie de 22'09 m² ambas su-
periores á las que las demas salas
de enfermos del Hospital tienen por
individuo, aunque algo inferiores á



las dispuestas en el programa de necesidades.

La luz y ventilación es suficiente como destinadas estas salas precisamente á oficiales enfermos.

La obra se calcula podrá terminarse en un mes.

Santa Cruz de Tenerife 27 de Septiembre de 1904.

El Capitán de Ingenieros

Agustín Gutiérrez de Tabares

Examinado

El Coronel Ingº Comandte

Angel N. Rosell

Aprobado por RO de 13 Dbre 1904

Bentorquino

MINISTERIO DE LA GUERRA
SECCIÓN DE INGENIEROS

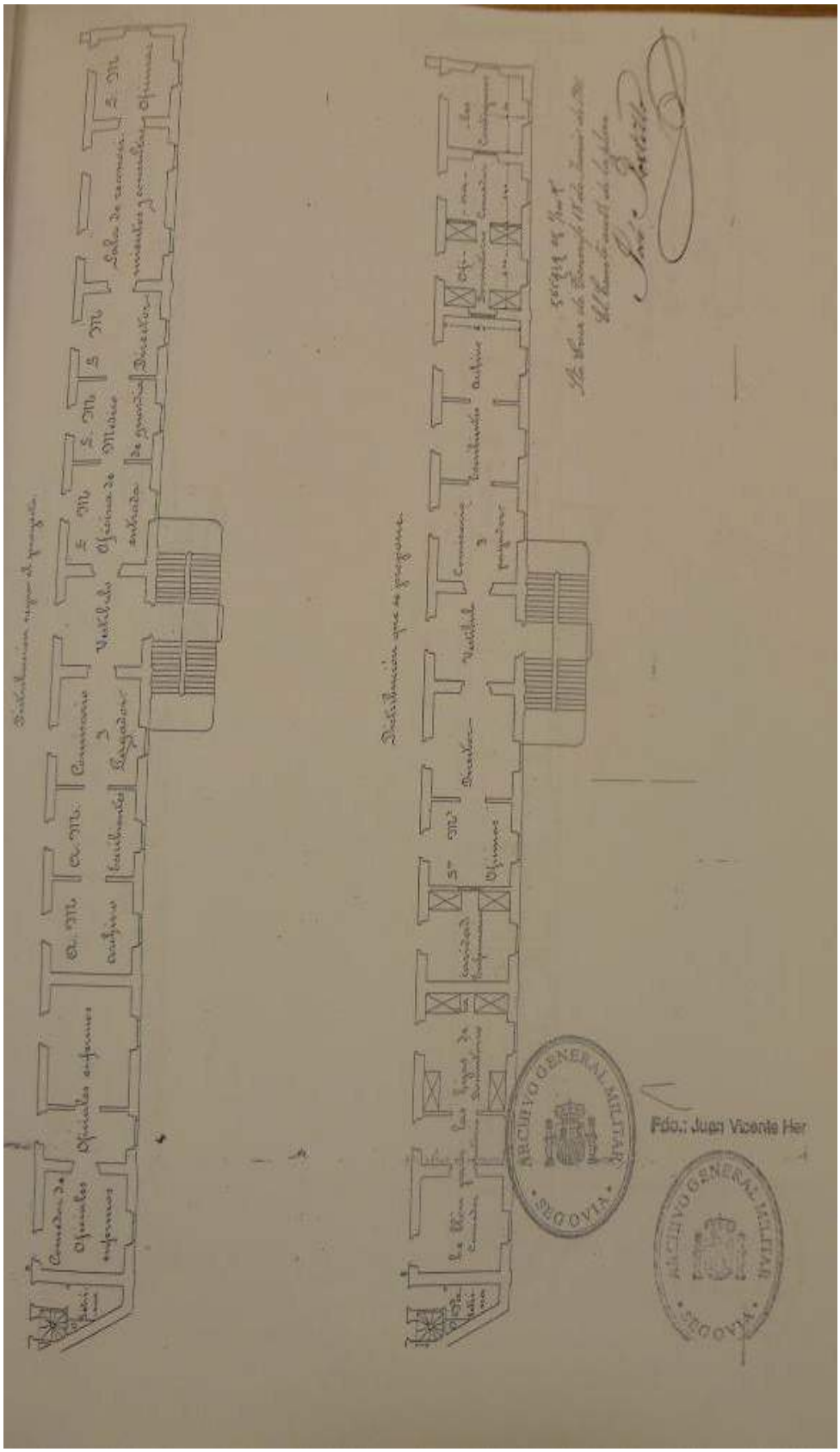
ARCHIVO GENERAL MILITAR DE SEGOVIA

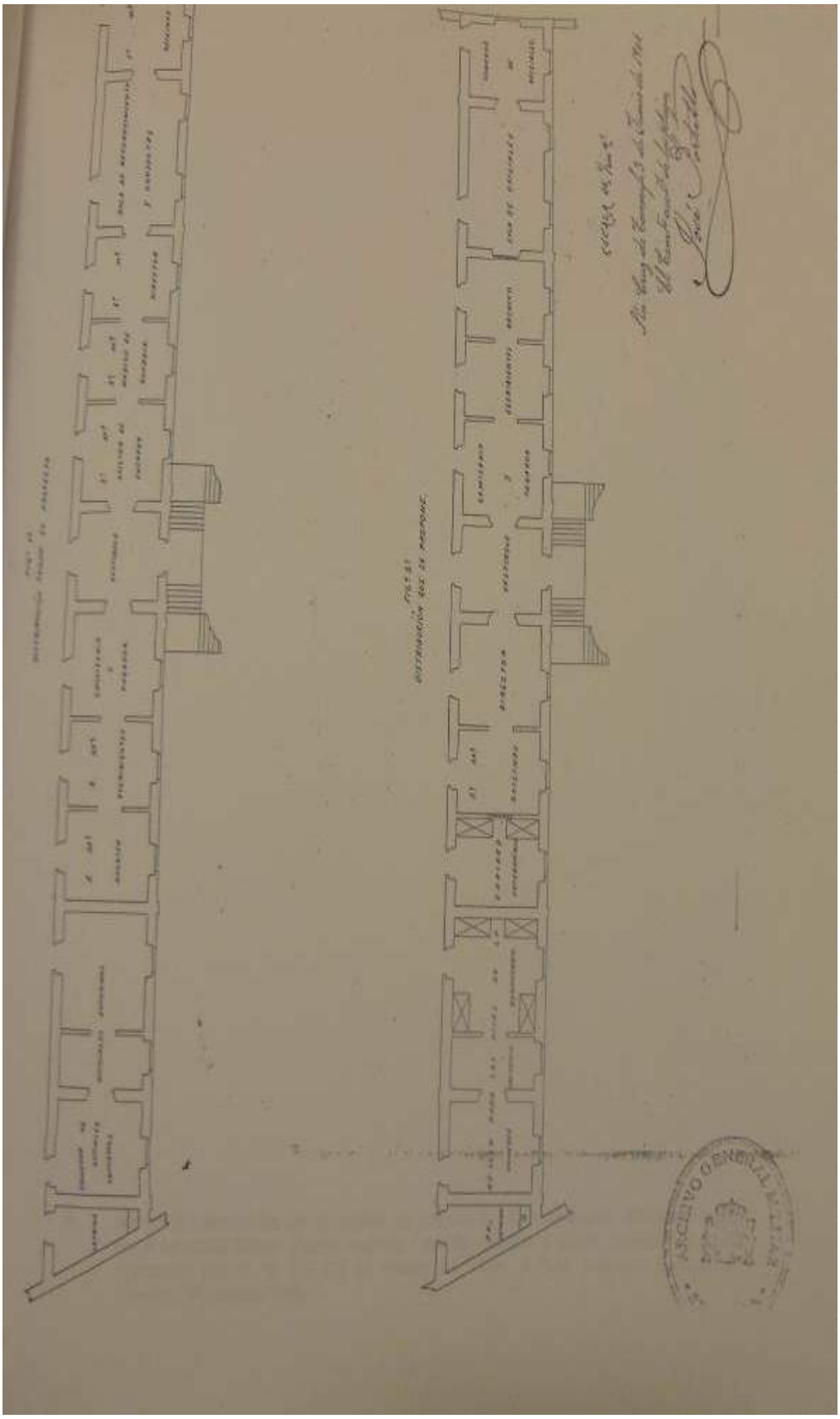
CERTIFICO que la presente fotocopia es reproducción del documento que se custodia en este Archivo, Sección 3ª División 3ª Legajo 695 y consta de 5 folios.

Segovia, a 22 de agosto 2001

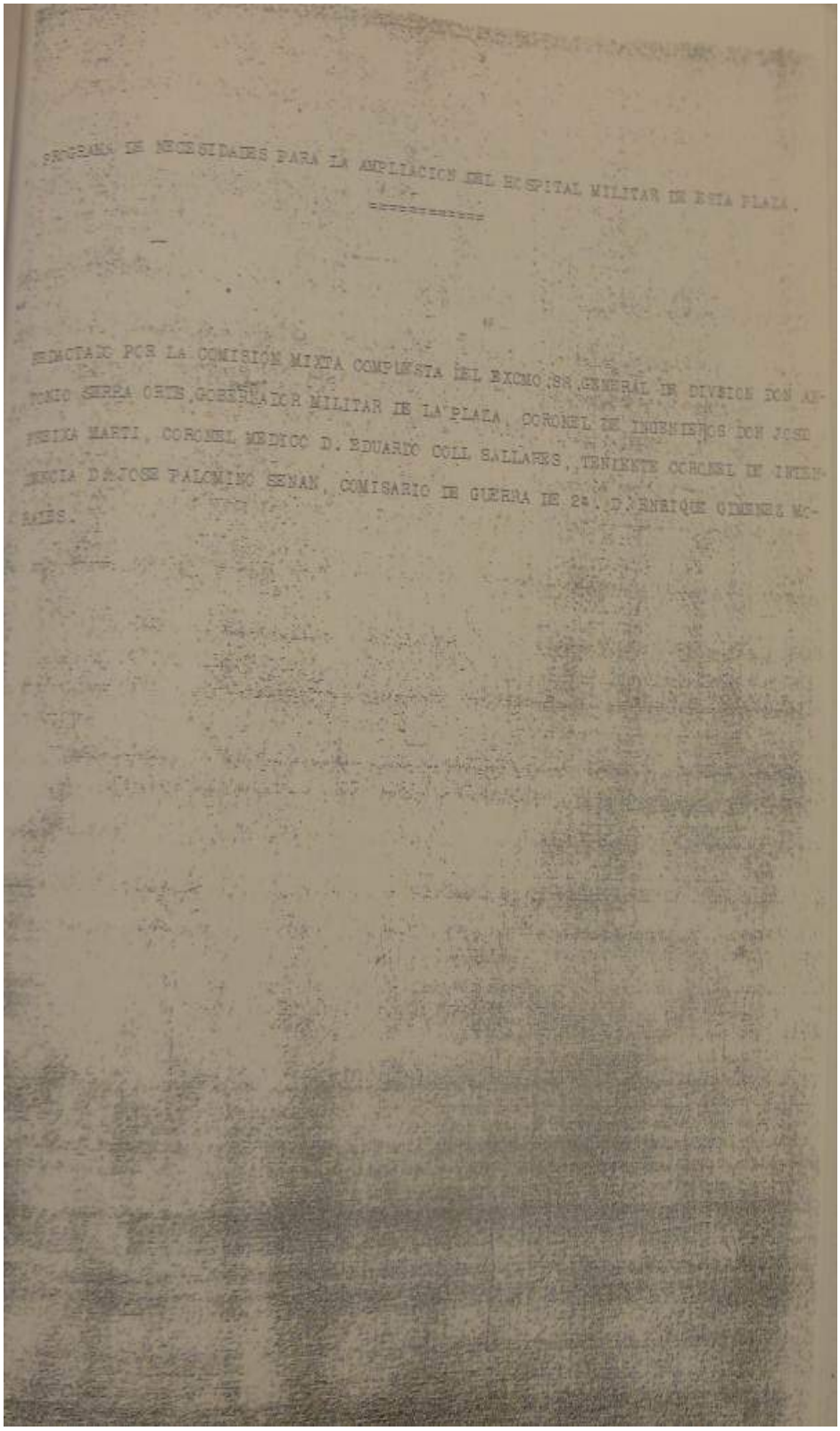
EL CORONEL DIRECTOR

ARCHIVO GENERAL MILITAR


ARCHIVO GENERAL MILITAR
SEGOVIA
Fdo.: Juan Vicente Her
ARCHIVO GENERAL MILITAR
SEGOVIA

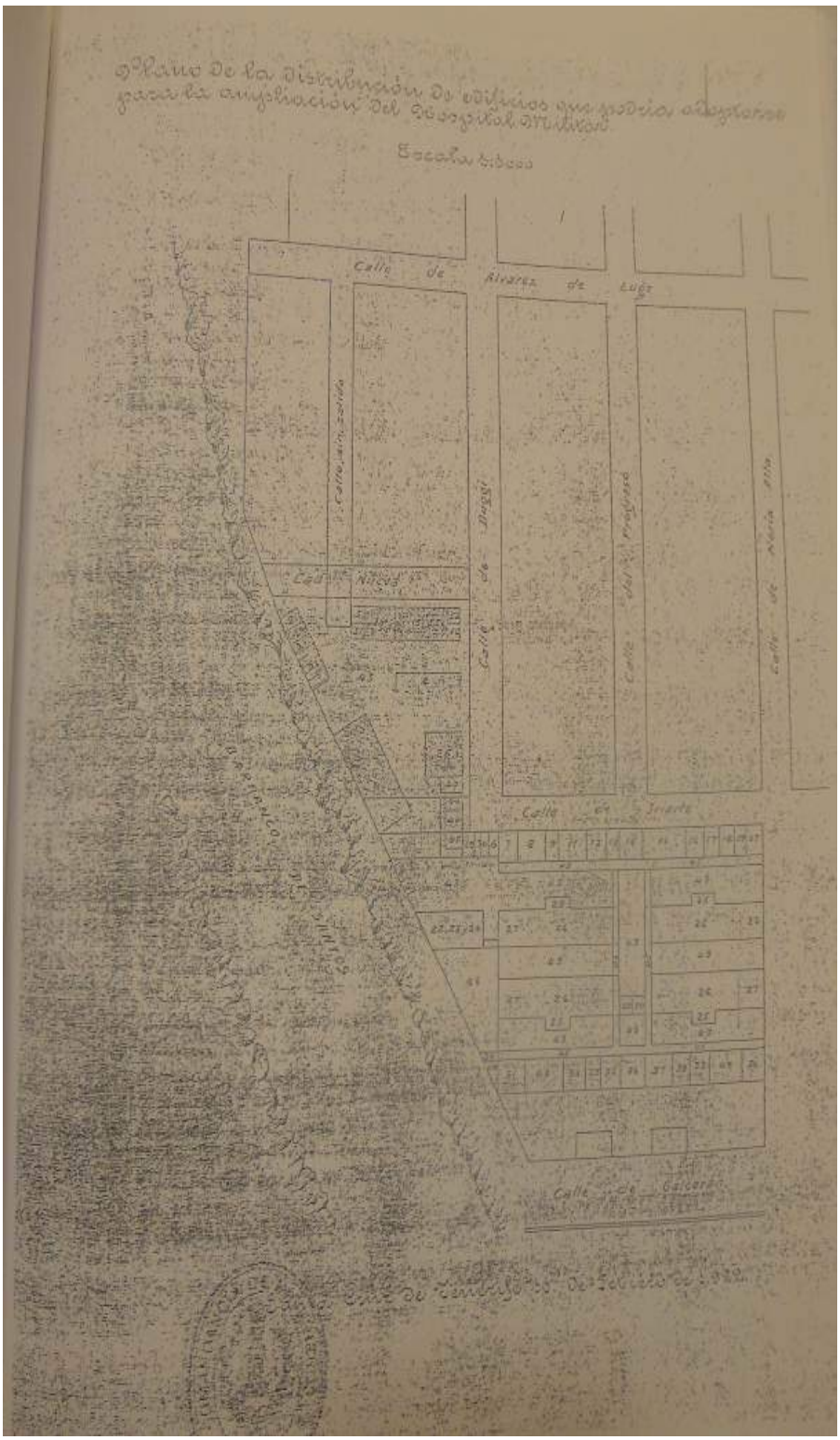


AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Memoria del proyecto de ampliación del Hospital Militar y plano firmado el 11 de febrero de 1922.

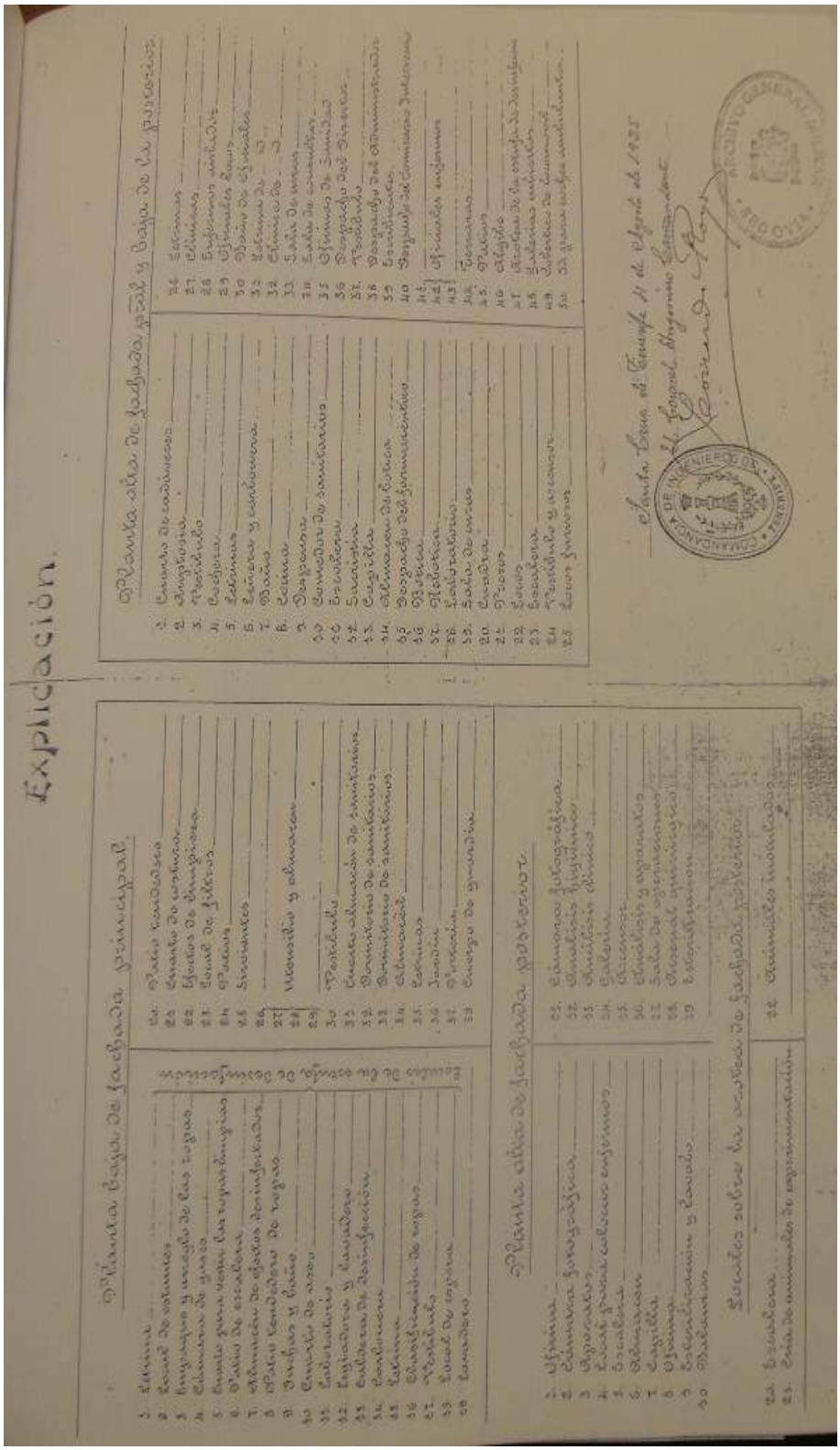


PROGRAMA DE NECESIDADES PARA LA AMPLIACION DEL HOSPITAL MILITAR DE ESTA PLAZA.

REDACTADO POR LA COMISION MIXTA COMPUESTA DEL EXCMO.SR.GENERAL DE DIVISION DON ANTONIO SERRA ORTS,GOBERNADOR MILITAR DE LA PLAZA, CORONEL DE INGENIEROS DON JOSE FERRA MARTI, CORONEL MEDICO D. EDUARDO COLL SALLARES, TENIENTE CORONEL DE INTENDENCIA D.JOSE PALOMINO SERNAN, COMISARIO DE GUERRA DE 2ª. D.ENRIQUE GIMENEZ MORALES.

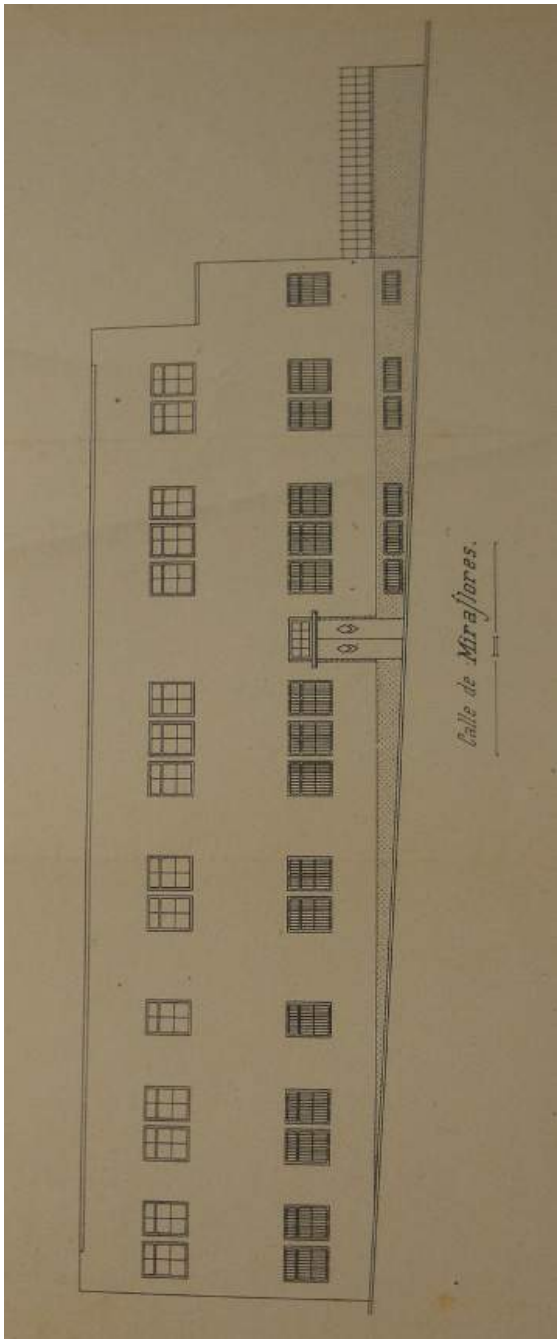

Plano de la distribución de edificios que podría adoptarse para la ampliación del Hospital Militar
Escala 1:5000
Calle de Rivarez de Lugo
Calle de Duggi
Calle de Iriarte
Calle de Galcerán

AGM-Segovia Sección 3ª, División 3ª, Legajo 695. Plano y distribución del Hospital Militar firmado por Leonardo Royo el 4 de agosto de 1925.

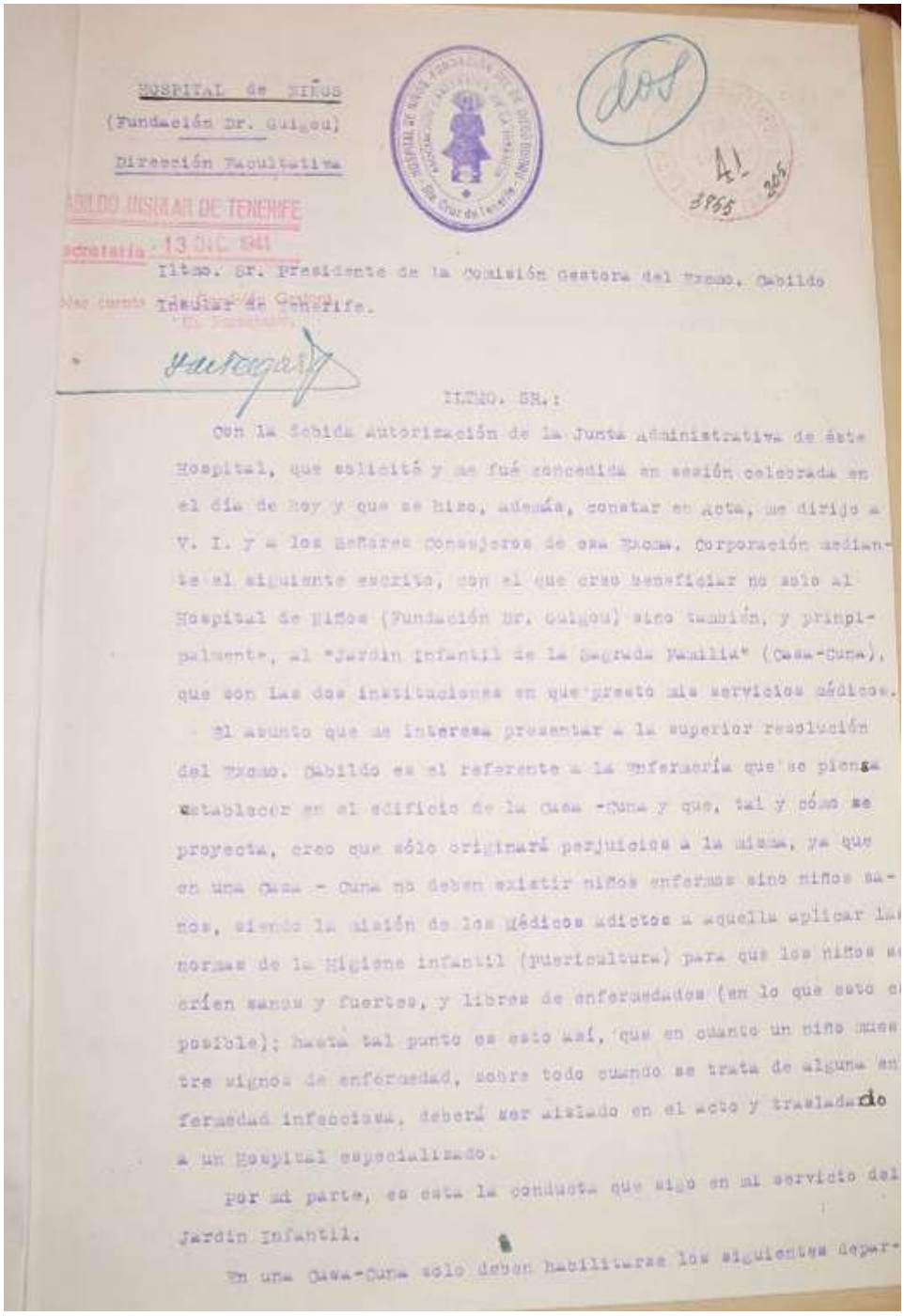


HOSPITAL DE NIÑOS.

HOSPITAL DE NIÑOS (SANTA CRUZ DE TENERIFE): *Memoria conmemorativa del 40º aniversario de su labor benéfico social: 1901-1941;* Imprenta A. Romero; Santa Cruz de Tenerife; 1941; Lámina entre 52 y 53; pp. 63, 64, 65, 66 y 67.



ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7028; expediente nº 50: relacionado con petición deducida por el Sr. Médico-Director del Hospital de Niños sobre construcción en dicho Establecimiento de un pabellón-enfermería destinado a los enfermos procedentes del Jardín Infantil de la Sagrada Familia (1942).



HOSPITAL de NIÑOS
(Fundación Dr. Guigou)
Dirección Facultativa

CABILDO INSULAR DE TENERIFE
Secretaría 13 O.C. 1941

Ilmo. Sr. Presidente de la Comisión Gestora del Excmo. Cabildo Insular de Tenerife.

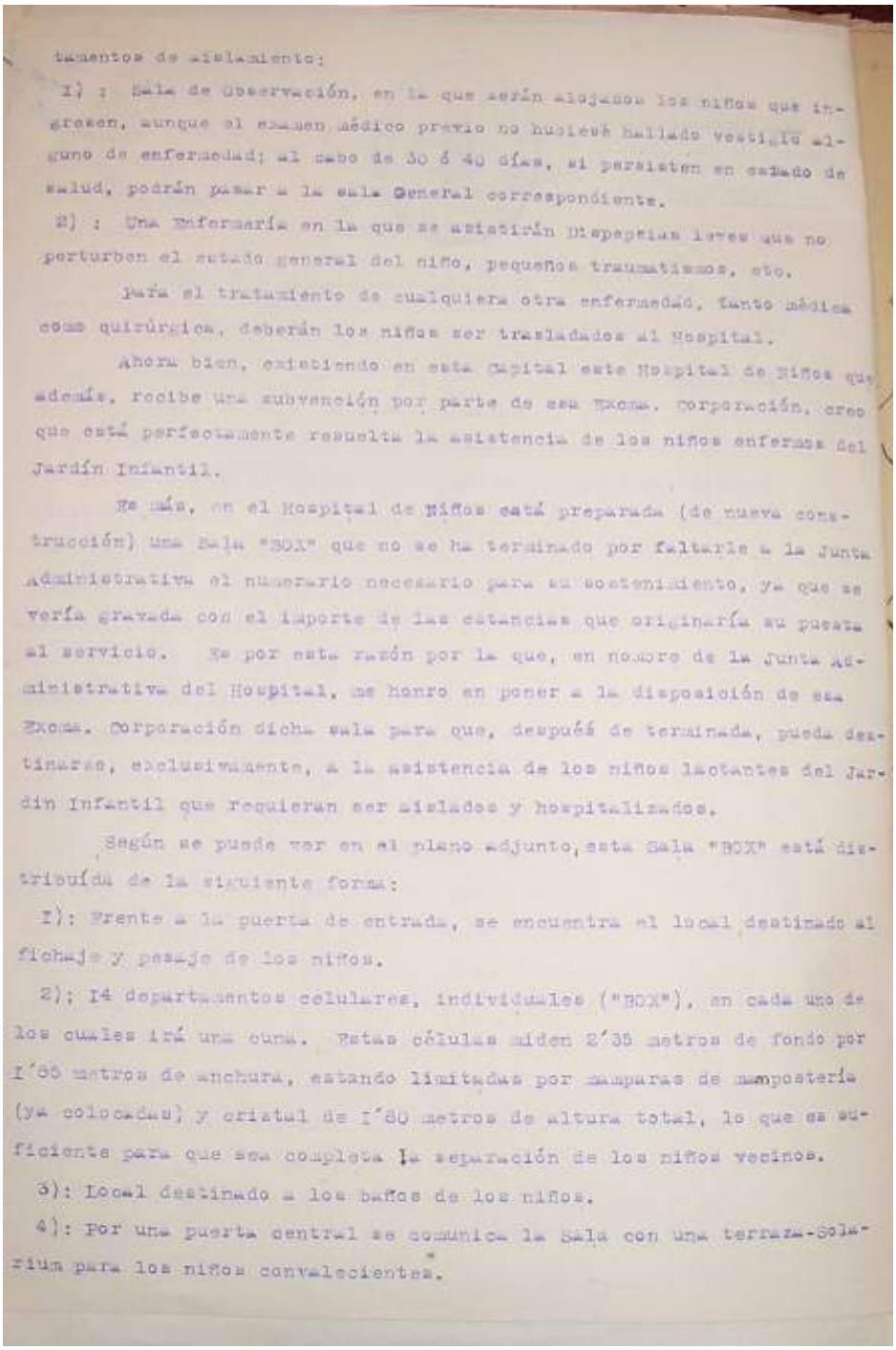
ILTMO. SR.:

Con la debida autorización de la Junta Administrativa de éste Hospital, que solicité y me fué concedida en sesión celebrada en el día de hoy y que se hizo, además, constar en Acta, me dirijo a V. I. y a los Señores Consejeros de esa Excma. Corporación mediante el siguiente escrito, con el que creo beneficiar no solo al Hospital de Niños (Fundación Dr. Guigou) sino también, y principalmente, al "Jardín Infantil de la Sagrada Familia" (Casa-Cuna), que son las dos instituciones en que presto mis servicios médicos.

El asunto que me interesa presentar a la superior resolución del Excmo. Cabildo es el referente a la Enfermería que se piensa establecer en el edificio de la Casa -Cuna y que, tal y cómo se proyecta, creo que sólo originará perjuicios a la misma, ya que en una Casa - Cuna no deben existir niños enfermos sino niños sanos, siendo la misión de los médicos adictos a aquella aplicar las normas de la Higiene infantil (puericultura) para que los niños se críen sanos y fuertes, y libres de enfermedades (en lo que esto es posible); hasta tal punto es esto así, que en cuanto un niño muestre signos de enfermedad, sobre todo cuando se trata de alguna enfermedad infecciosa, deberá ser aislado en el acto y trasladado a un Hospital especializado.

Por mi parte, es esta la conducta que sigo en mi servicio del Jardín Infantil.

En una Casa-Cuna solo deben habilitarse los siguientes depar-



tamentos de aislamiento:

1) : Sala de Observación, en la que serán alojados los niños que ingresen, aunque el examen médico previo no hubiese hallado vestigio alguno de enfermedad; al cabo de 30 ó 40 días, si persisten en estado de salud, podrán pasar a la sala General correspondiente.

2) : Una Enfermería en la que se asistirán Dispepsias leves que no perturben el estado general del niño, pequeños traumatismos, etc.

Para el tratamiento de cualquiera otra enfermedad, tanto médica como quirúrgica, deberán los niños ser trasladados al Hospital.

Ahora bien, existiendo en esta Capital este Hospital de Niños que además, recibe una subvención por parte de esa Excma. Corporación, creo que está perfectamente resuelta la asistencia de los niños enfermos del Jardín Infantil.

No más, en el Hospital de Niños está preparada (de nueva construcción) una Sala "BOX" que no se ha terminado por faltarle a la Junta Administrativa el numerario necesario para su sostenimiento, ya que se vería gravada con el importe de las estancias que originaría su puesta al servicio. Es por esta razón por la que, en nombre de la Junta Administrativa del Hospital, me honro en poner a la disposición de esa Excma. Corporación dicha sala para que, después de terminada, pueda destinarse, exclusivamente, a la asistencia de los niños lactantes del Jardín Infantil que requieran ser aislados y hospitalizados.

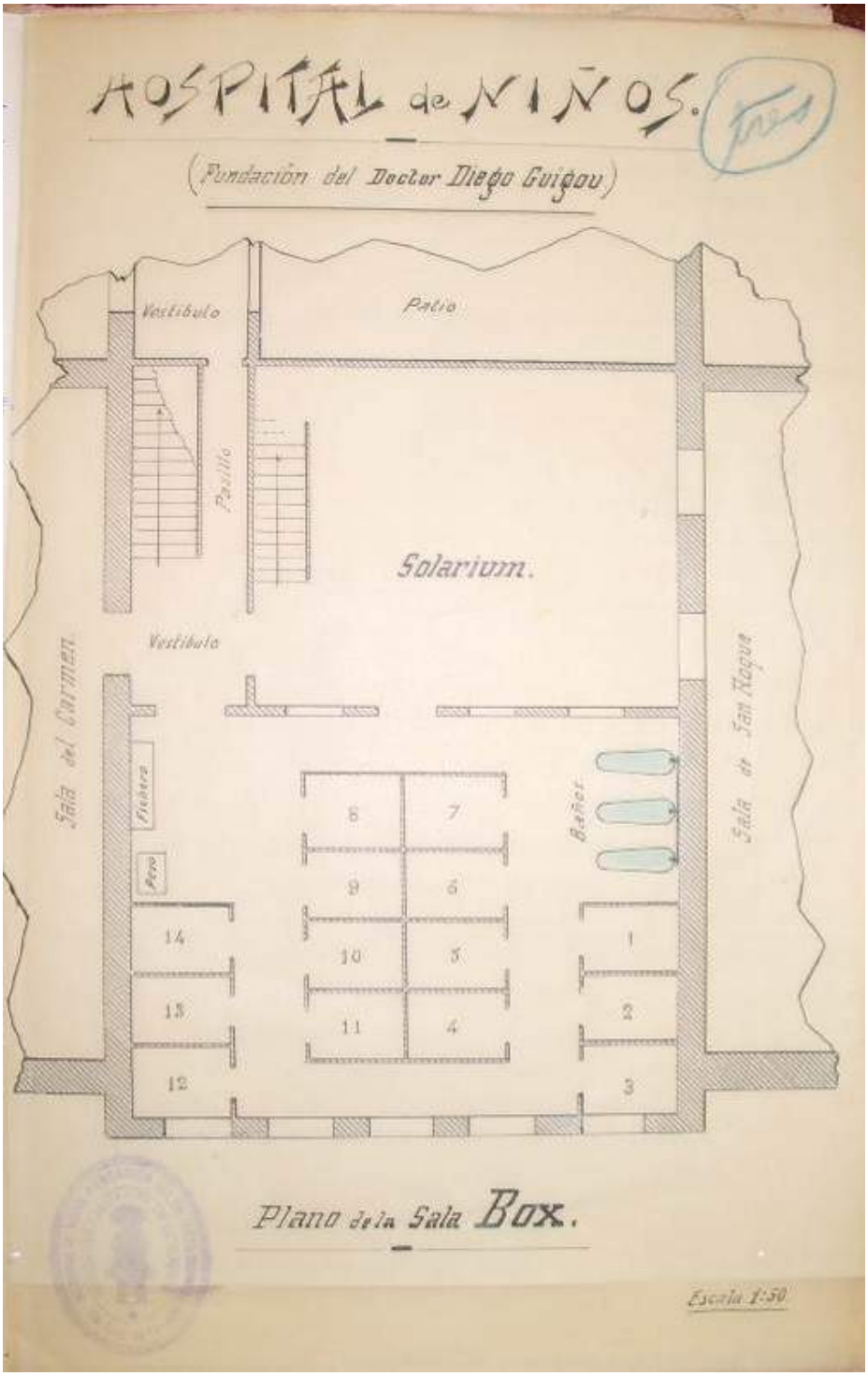
Según se puede ver en el plano adjunto, esta Sala "BOX" está distribuída de la siguiente forma:

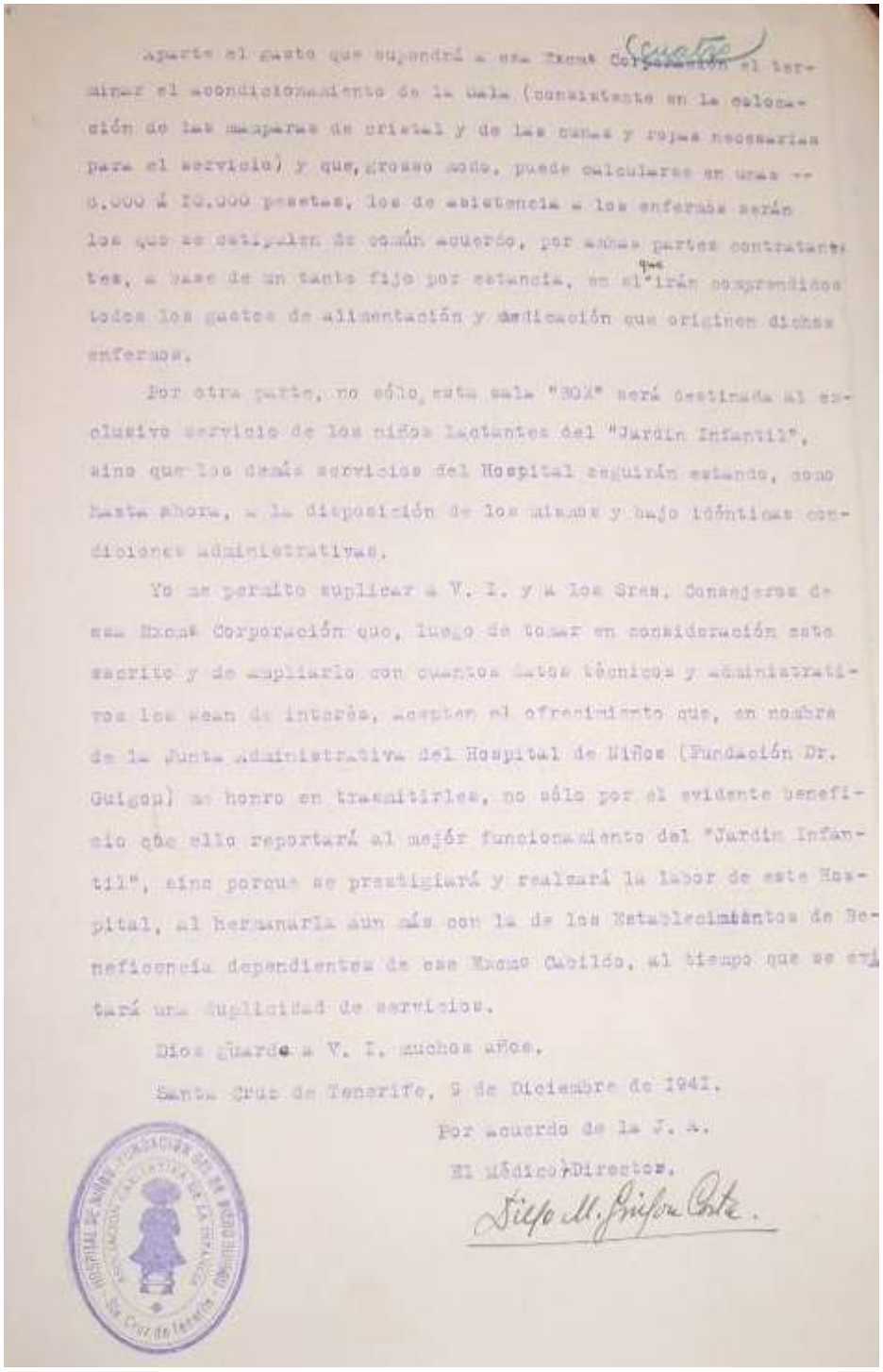
1): Frente a la puerta de entrada, se encuentra el local destinado al fichaje y pesaje de los niños.

2): 14 departamentos celulares, individuales ("BOX"), en cada uno de los cuales irá una cuna. Estas células miden 2'35 metros de fondo por 1'60 metros de anchura, estando limitadas por mamparas de mampostería (ya colocadas) y cristal de 1'60 metros de altura total, lo que es suficiente para que sea completa la separación de los niños vecinos.

3): Local destinado a los baños de los niños.

4): Por una puerta central se comunica la sala con una terraza-solarium para los niños convalecientes.


HOSPITAL de NIÑOS.
(Fundación del Doctor Diego Guigou)
Vestíbulo
Patio
Pasillo
Solarium.
Vestíbulo
Sala del Carmen
Sala de San Roque
Baños
Plano de la Sala Box.
Escala 1:50



Aparte el gasto que supondrá a esa Excma Corporación (cuatro) el terminar el acondicionamiento de la Sala (consistente en la colocación de las mamparas de cristal y de las cunas y ropas necesarias para el servicio) y que, grosso modo, puede calcularse en unas -- 6.000 á 10.000 pesetas, los de asistencia a los enfermos serán los que se estipulen de común acuerdo, por ambas partes contratantes, a base de un tanto fijo por estancia, en el que irán comprendidos todos los gastos de alimentación y medicación que originen dichos enfermos.

Por otra parte, no sólo esta sala "BOX" será destinada al exclusivo servicio de los niños lactantes del "Jardín Infantil", sino que los demás servicios del Hospital seguirán estando, como hasta ahora, a la disposición de los mismos y bajo idénticas condiciones administrativas.

Yo me permito suplicar a V. I. y a los Sres. Consejeros de esa Excma Corporación que, luego de tomar en consideración este escrito y de ampliarlo con cuantos datos técnicos y administrativos les sean de interés, acepten el ofrecimiento que, en nombre de la Junta Administrativa del Hospital de Niños (Fundación Dr. Guigou) me honro en trasmitirles, no sólo por el evidente beneficio que ello reportará al mejor funcionamiento del "Jardín Infantil", sino porque se prestigiará y realzará la labor de este Hospital, al hermanarla aun más con la de los Establecimientos de Beneficencia dependientes de ese Excmo Cabildo, al tiempo que se evitará una duplicidad de servicios.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Santa Cruz de Tenerife, 9 de Diciembre de 1941.

Por acuerdo de la J. A.

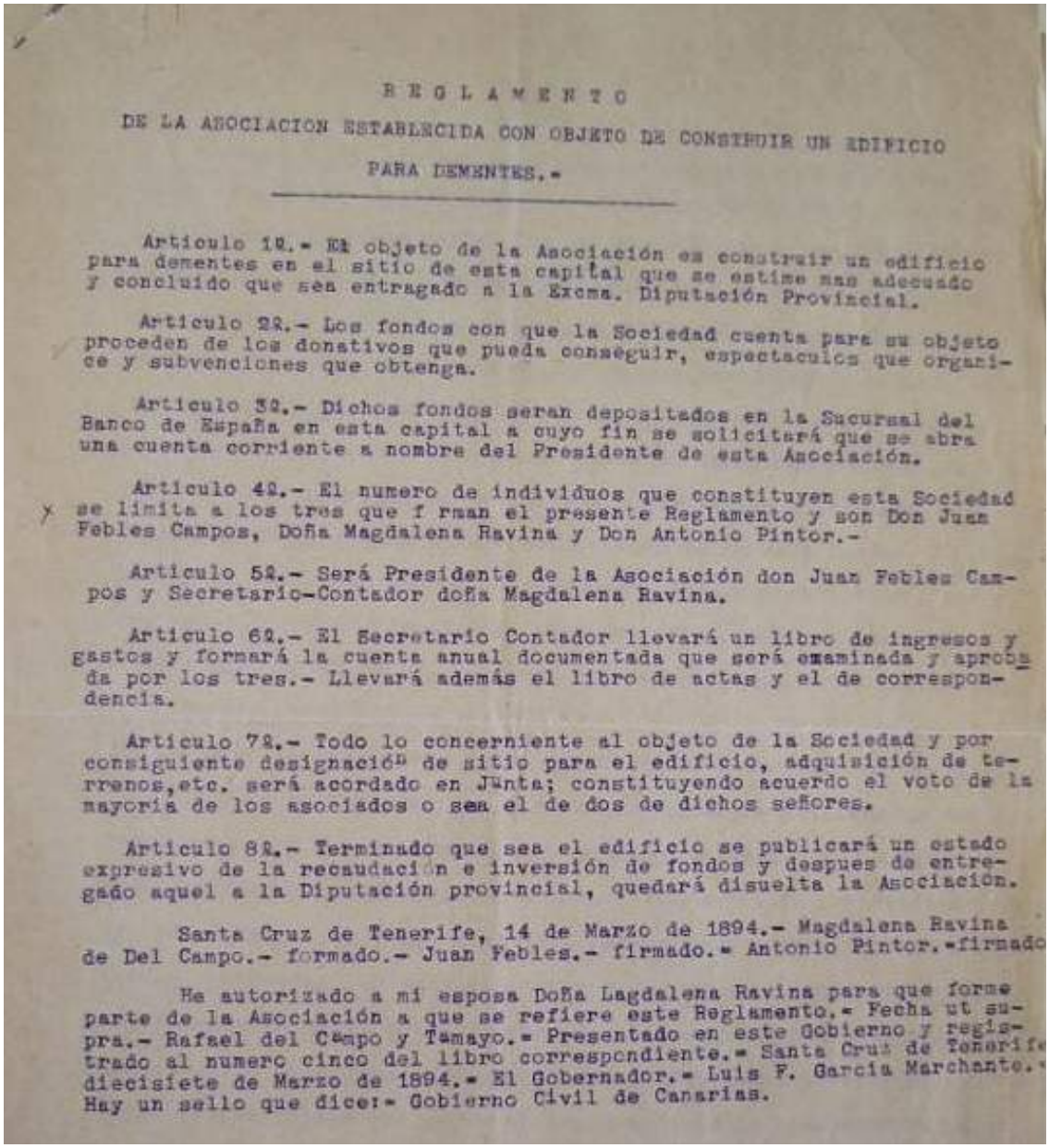
El Médico-Director,

Diego M. Guigou Costa.

HOSPITAL DE NIÑOS FUNDACIÓN DR. DR. GUIGOU
ASISTENCIA CONTINUADA DE LA INFANCIA
Sta. Cruz de Tenerife

MANICOMIO PROVINCIAL.

AHPSCT- Negociado de Beneficencia-Hospital Psiquiátrico Provincial: caja nº 172; expediente nº 403, legajo 25 de Reglamento de la Asociación constituida para la construcción del "Asilo de Dementes" (1894).



R E G L A M E N T O

DE LA ASOCIACION ESTABLECIDA CON OBJETO DE CONSTRUIR UN EDIFICIO PARA DEMENTES.-

Articulo 1º.- El objeto de la Asociación es construir un edificio para dementes en el sitio de esta capital que se estime mas adecuado y concluido que sea entregado a la Excma. Diputación Provincial.

Articulo 2º.- Los fondos con que la Sociedad cuenta para su objeto proceden de los donativos que pueda conseguir, espectaculos que organice y subvenciones que obtenga.

Articulo 3º.- Dichos fondos seran depositados en la Sucursal del Banco de España en esta capital a cuyo fin se solicitará que se abra una cuenta corriente a nombre del Presidente de esta Asociación.

Articulo 4º.- El numero de individuos que constituyen esta Sociedad se limita a los tres que f rman el presente Reglamento y son Don Juan Febles Campos, Doña Magdalena Ravina y Don Antonio Pintor.-

Articulo 5º.- Será Presidente de la Asociación don Juan Febles Campos y Secretario-Contador doña Magdalena Ravina.

Articulo 6º.- El Secretario Contador llevará un libro de ingresos y gastos y formará la cuenta anual documentada que será examinada y aprobada por los tres.- Llevará además el libro de actas y el de correspondencia.

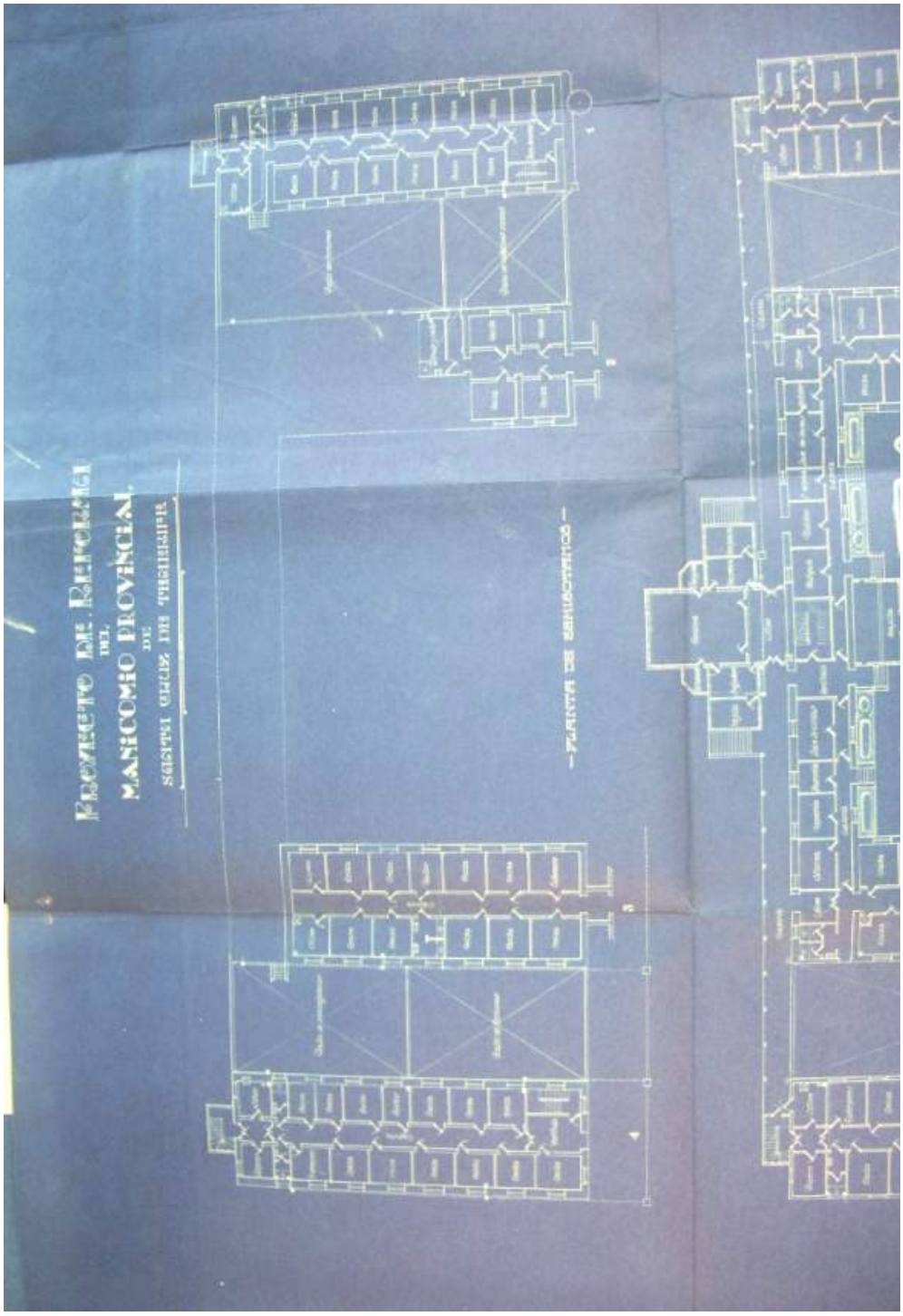
Articulo 7º.- Todo lo concerniente al objeto de la Sociedad y por consiguiente designación de sitio para el edificio, adquisición de terrenos,etc. será acordado en Junta; constituyendo acuerdo el voto de la mayoria de los asociados o sea el de dos de dichos señores.

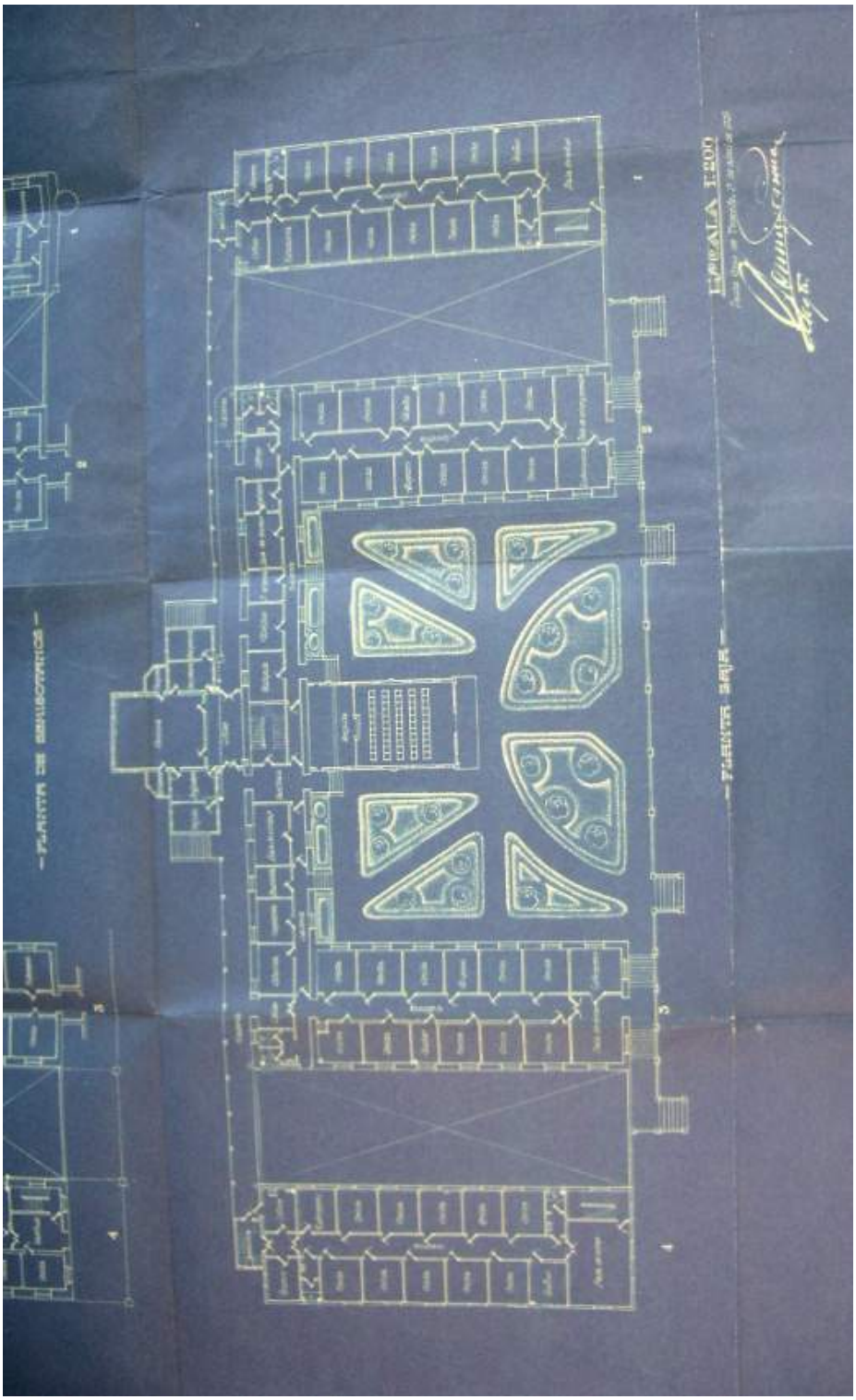
Articulo 8º.- Terminado que sea el edificio se publicará un estado expresivo de la recaudación e inversión de fondos y despues de entregado aquel a la Diputación provincial, quedará disuelta la Asociación.

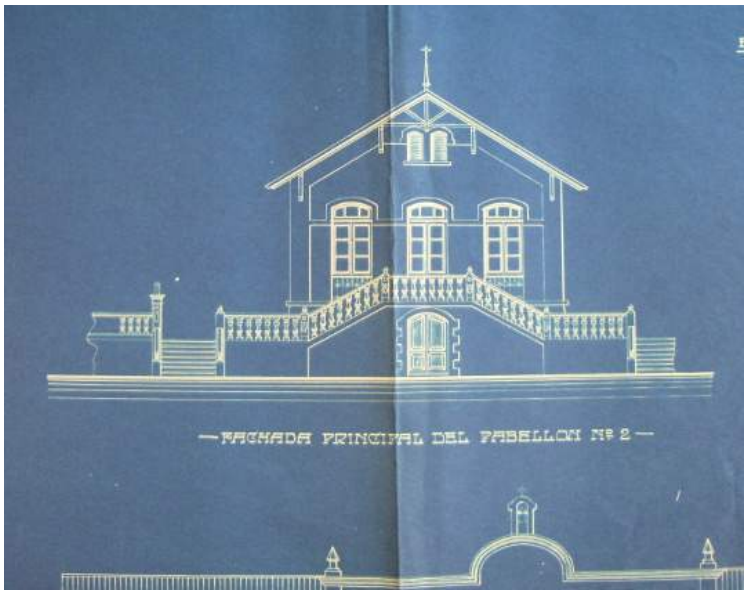
Santa Cruz de Tenerife, 14 de Marzo de 1894.- Magdalena Ravina de Del Campo.- formado.- Juan Febles.- firmado.- Antonio Pintor.-firmado

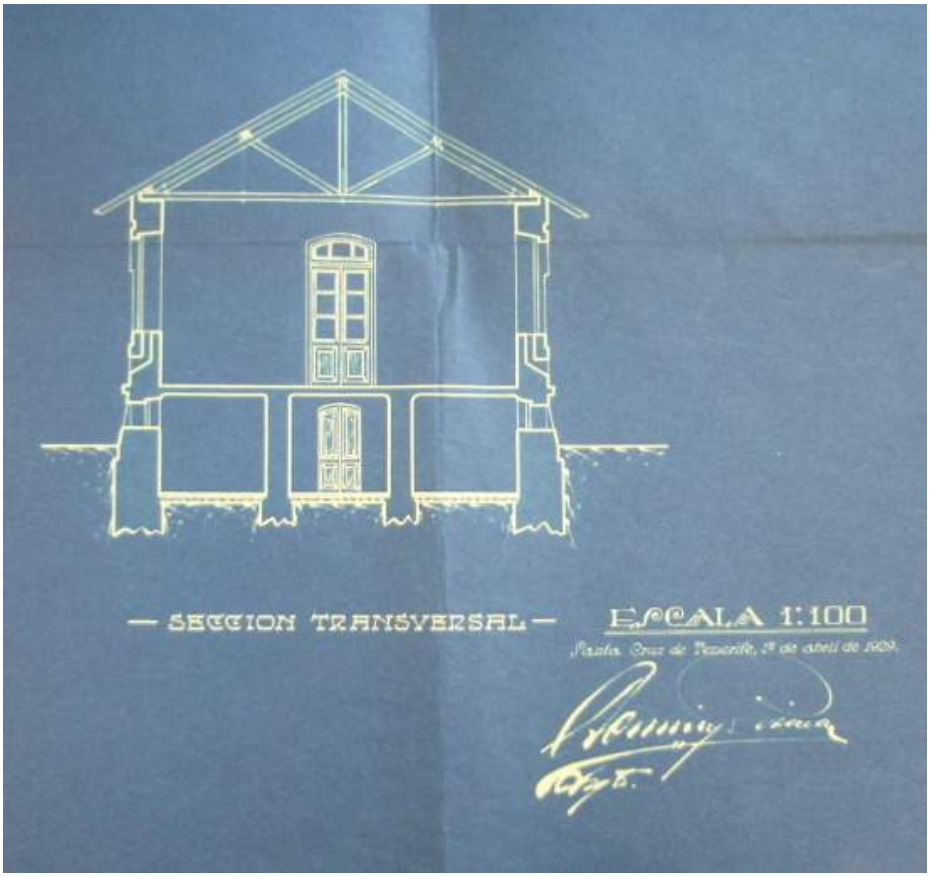
He autorizado a mi esposa Doña Magdalena Ravina para que forme parte de la Asociación a que se refiere este Reglamento.- Fecha ut supra.- Rafael del Campo y Tamayo.- Presentado en este Gobierno y registrado al numero cinco del libro correspondiente.- Santa Cruz de Tenerife diecisiete de Marzo de 1894.- El Gobernador.- Luis F. Garcia Marchante.- Hay un sello que dice:- Gobierno Civil de Canarias.

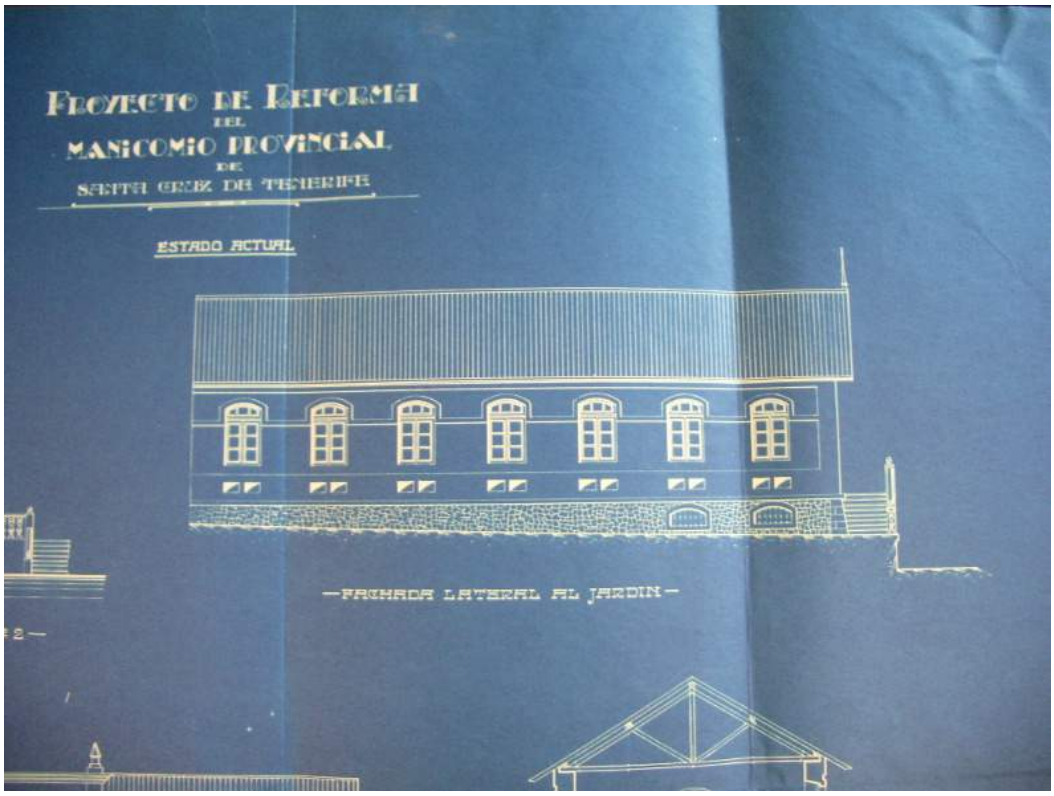
AHPSCT- Negociado de Acción Social-Mancomunidad: caja nº 174; expediente nº 428, legajo 28 de proyecto de reforma del Sanatorio Psiquiátrico Provincial (1929).


PROYECTO DE REFORMA
DEL
MANICOMIO PROVINCIAL
DE
SANTA CRUZ DE TENERIFE
- PLANTA DE SEMISOTANOS -

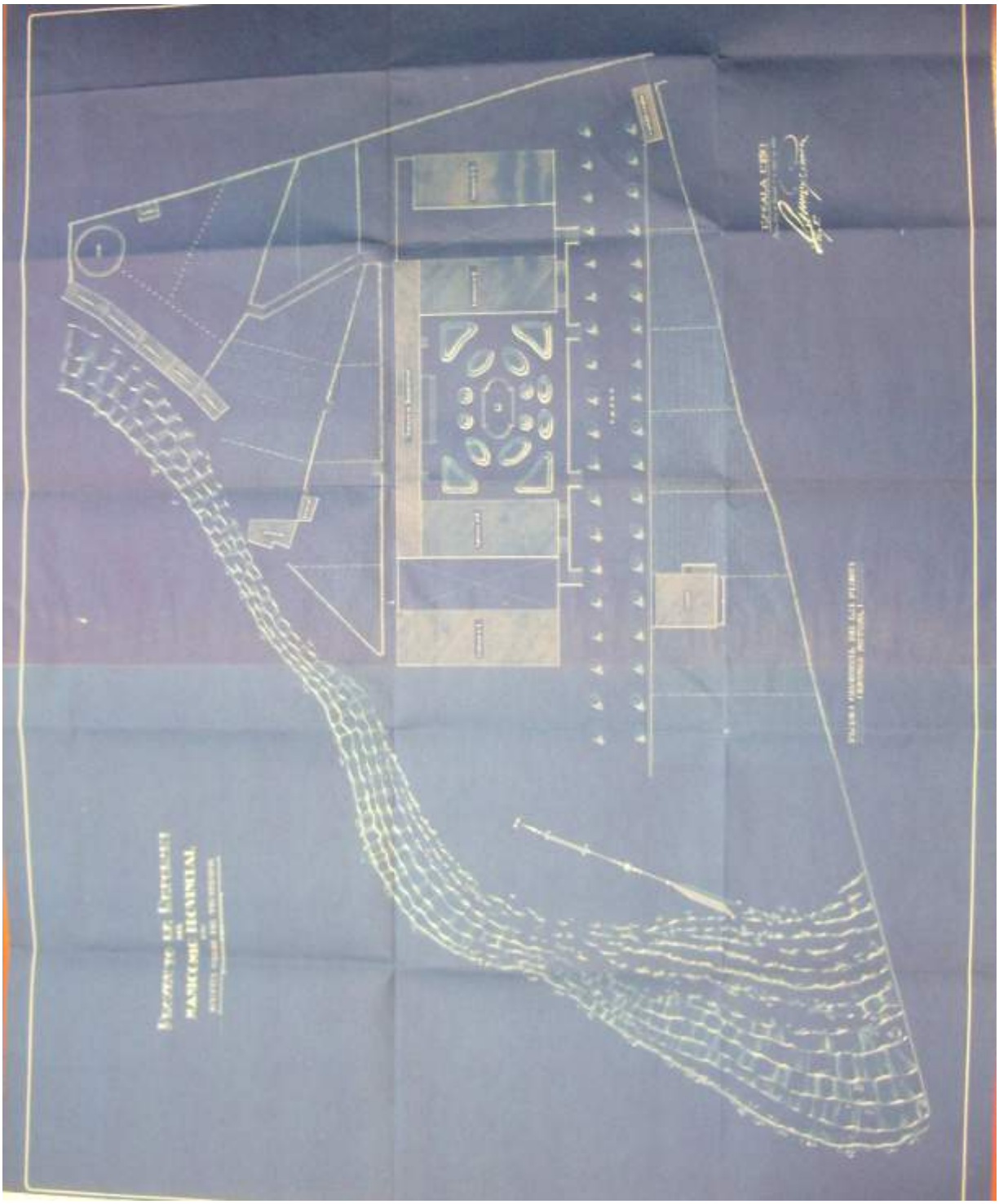



—FACHADA PRINCIPAL DEL PABELLON Nº 2—

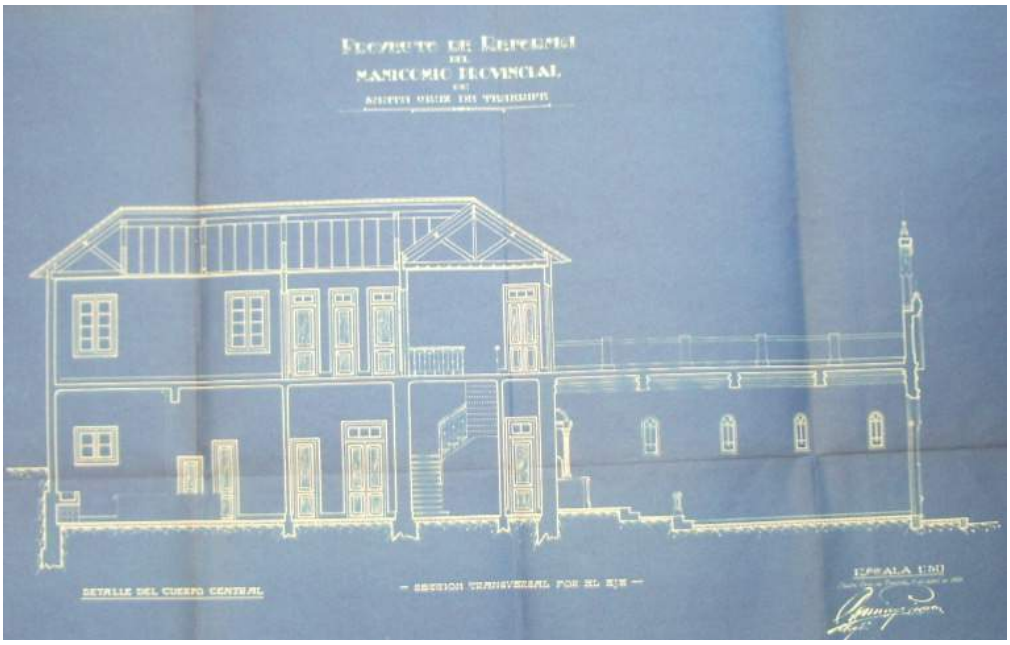

— SECCION TRANSVERSAL —
ESCALA 1:100


PROYECTO DE REFORMA
DEL
MANICOMIO PROVINCIAL
DE
SANTA CRUZ DE TENERIFE
ESTADO ACTUAL
—FACHADA LATERAL AL JARDIN—

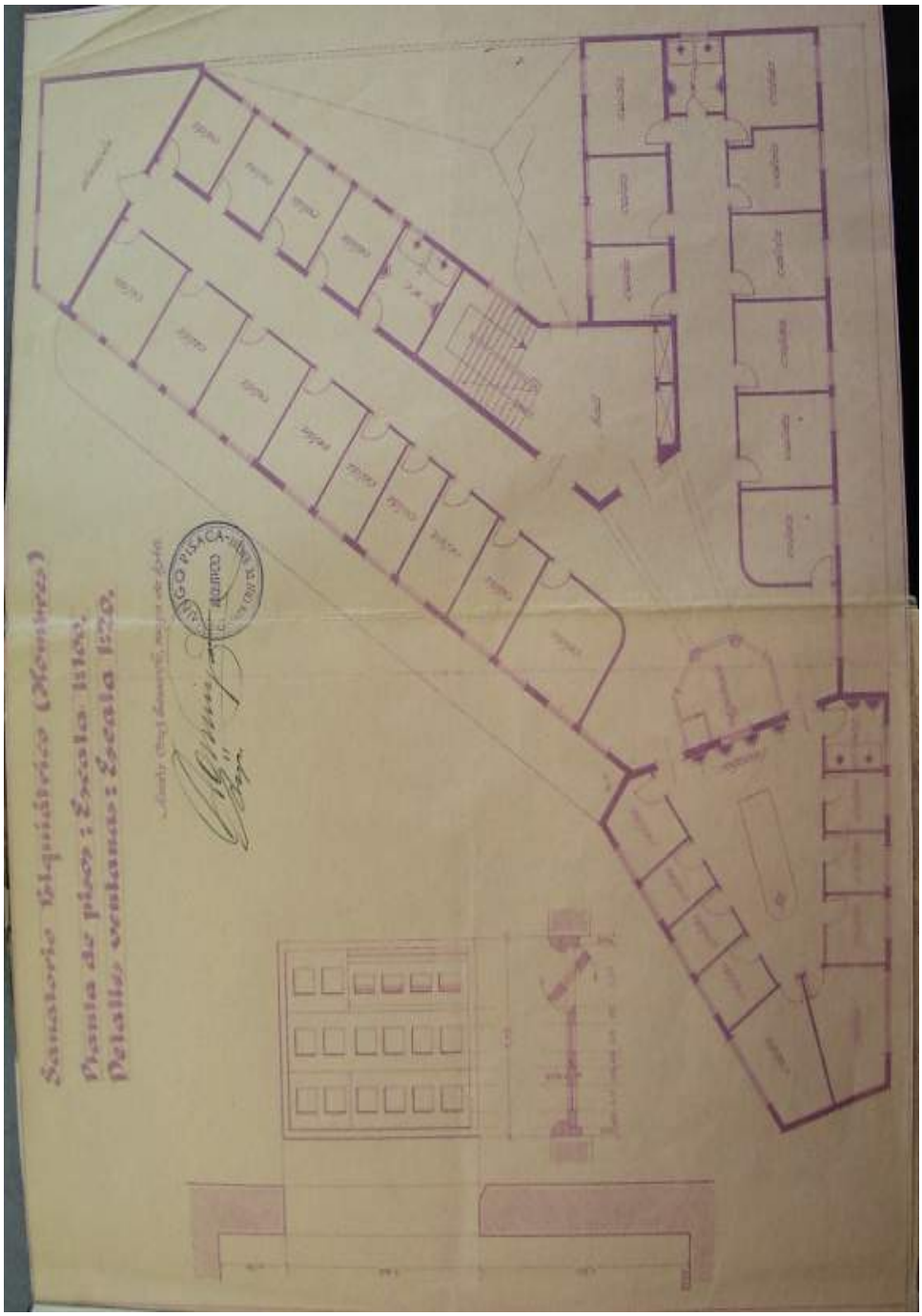
—FACHADA DEL CUERPO CENTRAL—
(FRENTE AL JARDIN)



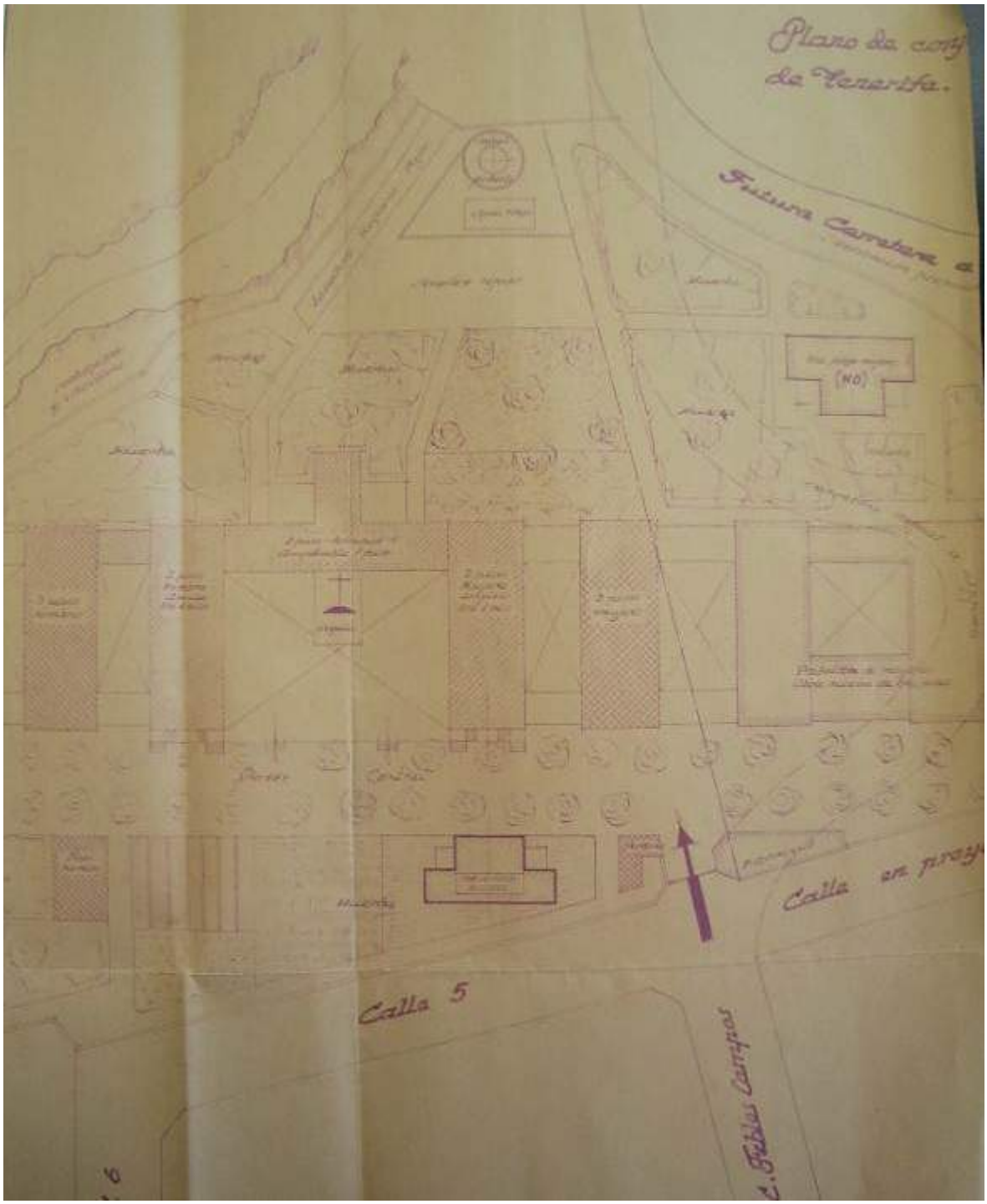
MANICOMIO PROVINCIAL
ESCALA 1:50

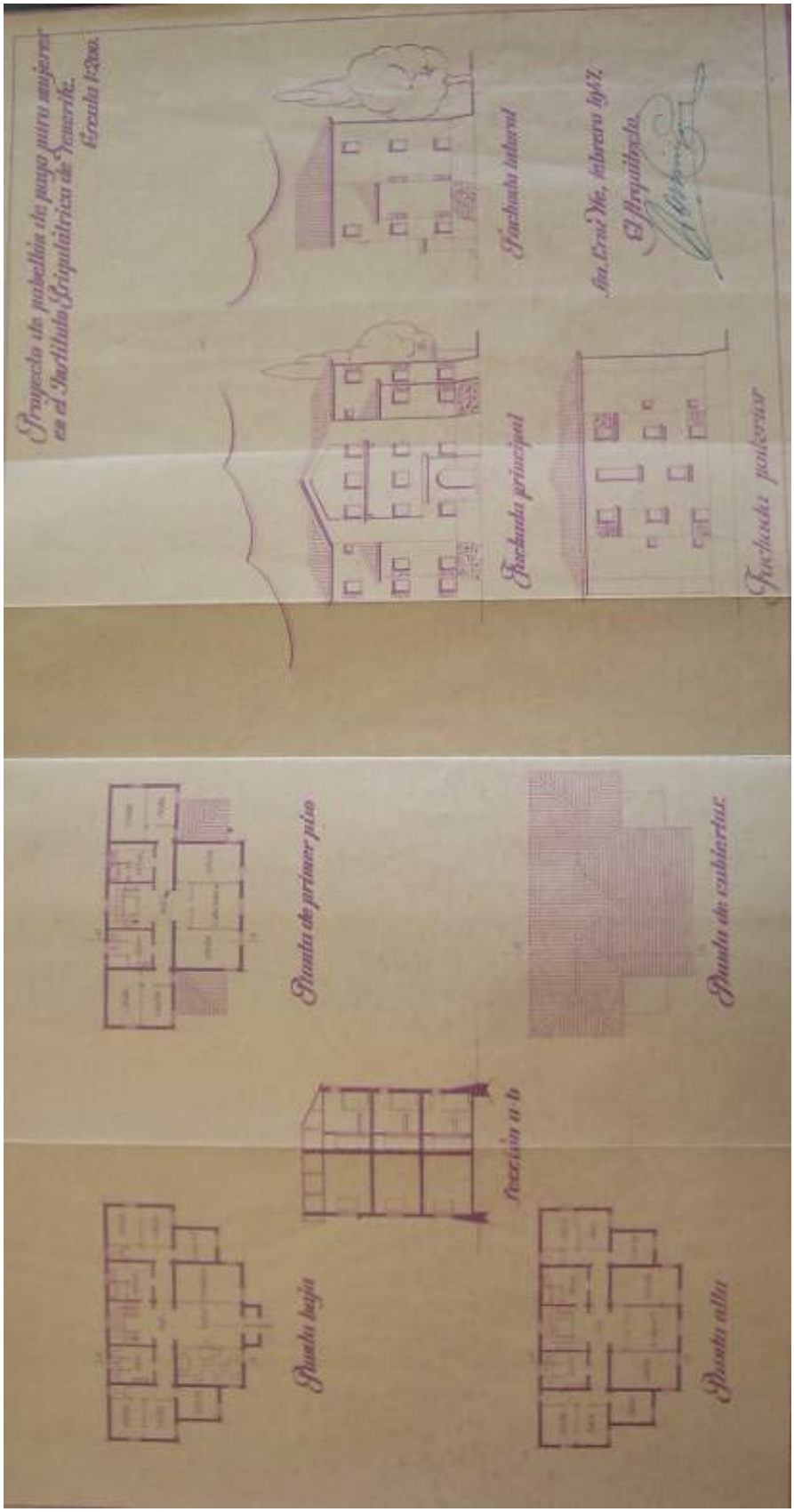

MANICOMIO PROVINCIAL
DETALLE DEL CUERPO CENTRAL
ESCALA 1:50

AHPSCT- Negociado de Beneficencia-Hospital Psiquiátrico Provincial: caja nº 173; expediente para la construcción del Pabellón de Hombres en el Instituto Psiquiátricos Provincial (1946).



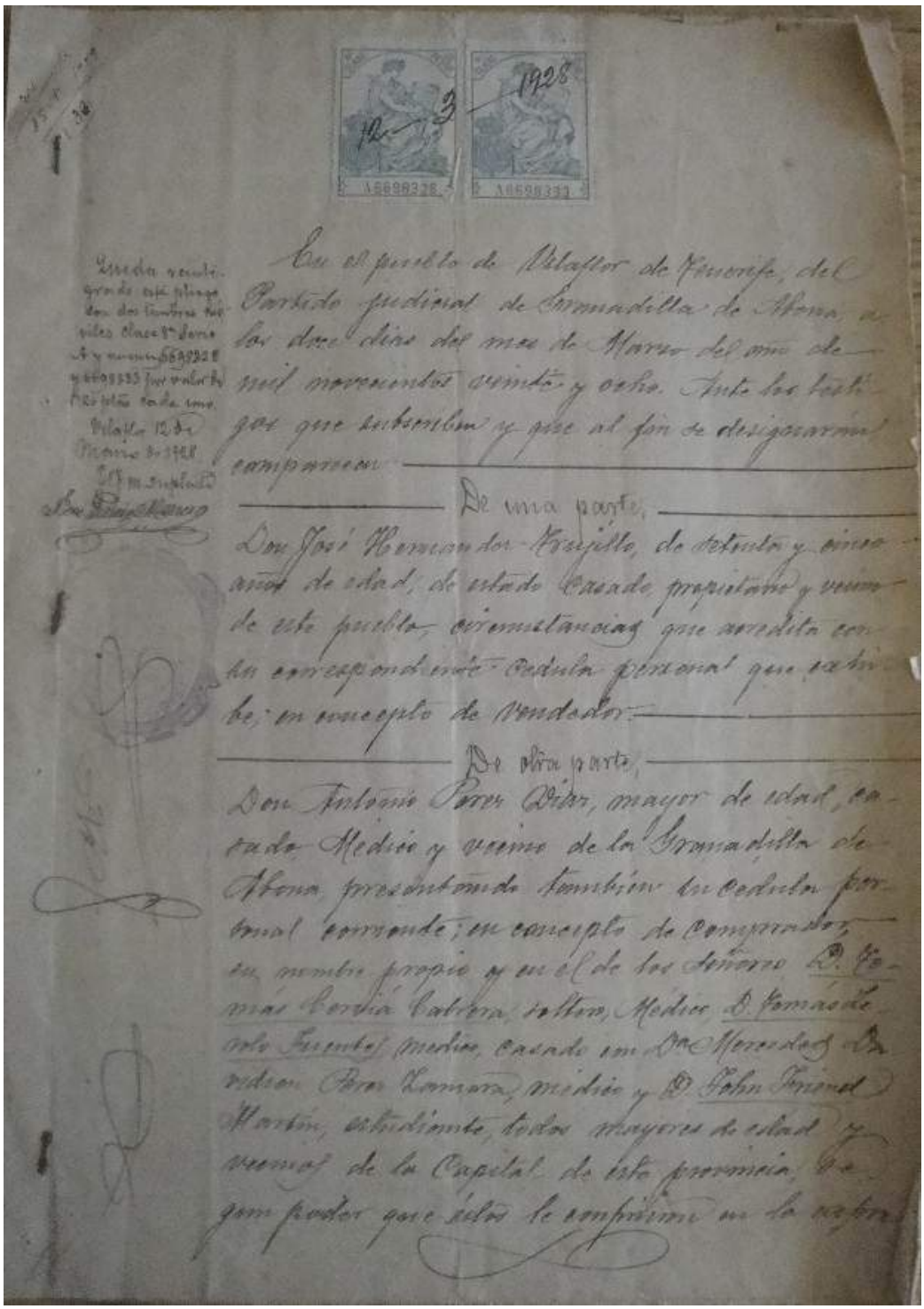
AHPSCT- Negociado de Beneficencia-Hospital Psiquiátrico Provincial: caja nº 173; expediente para la construcción del Pabellón de Pago de Mujeres en el Instituto Psiquiátricos Provincial (1947-1950).




Proyecto de pabellón de paga para mujeres en el Instituto Tripulátrica de Tenerife.
Fachada lateral
Fachada principal
Fachada posterior
Planta de primer piso
Planta de cubiertas
Planta baja
Planta alta

SANATORIO ANTITUBERCULOSO DE OFRA.

APTCC-Escritura de terreno comprado en Vilaflor de Chasna para la construcción de un Sanatorio Antituberculoso (12 de marzo de 1928).



12 — 3 — 1928

A6698328 A6698333

Queda reintegrado este pliego con dos timbres móviles clase 8ª serie A y números 6698328 y 6698333 por valor de 25 ptas cada uno. Vilaflor 12 de Marzo de 1928

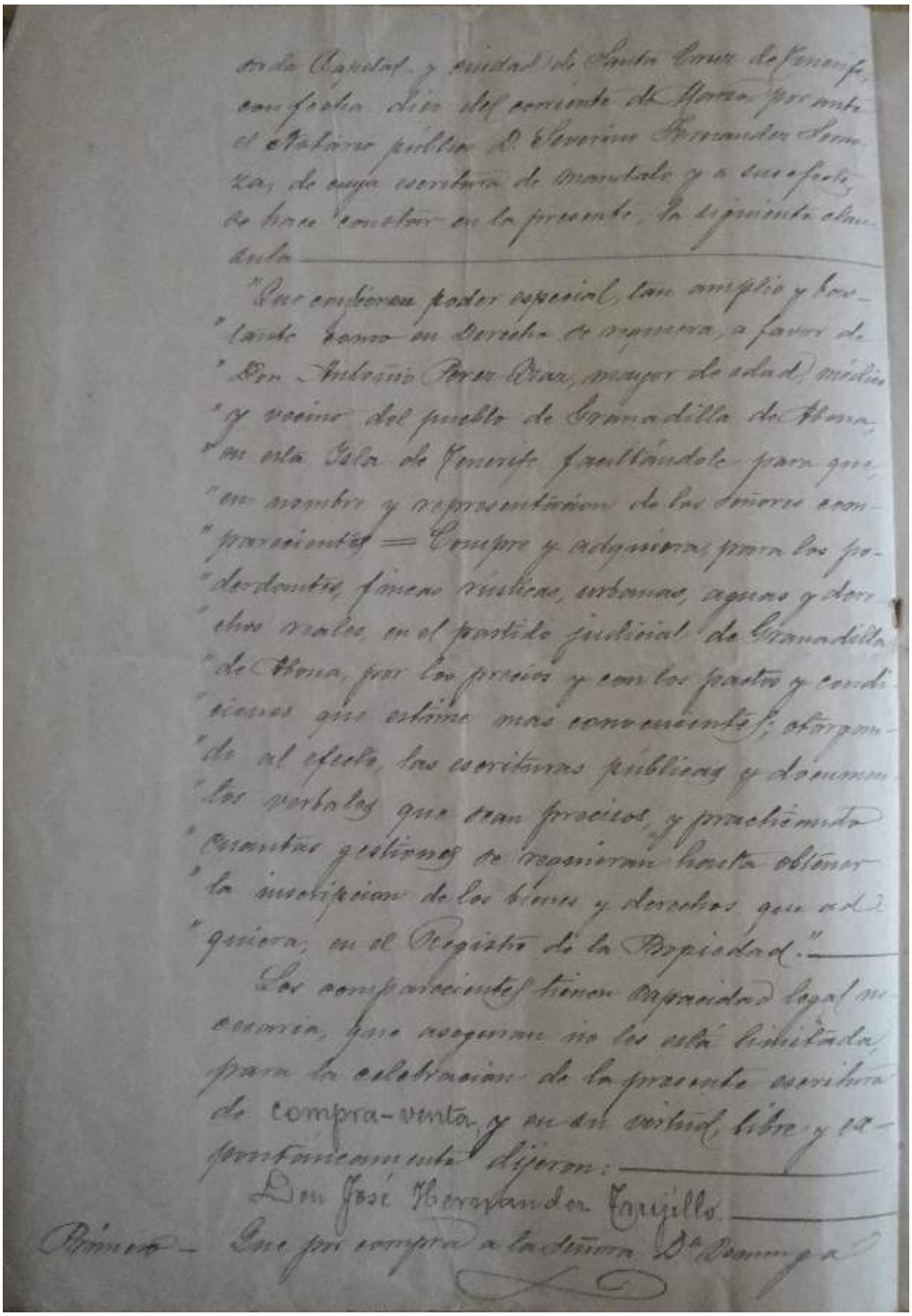
En el pueblo de Vilaflor de Tenerife, del Partido judicial de Granadilla de Abona, a los doce días del mes de Marzo del año de mil novecientos veinte y ocho. Ante los testigos que subscriben y que al fin se designarán comparecen

De una parte,

Don José Hernández Trujillo, de setenta y cinco años de edad, de estado casado, propietario y vecino de este pueblo, circunstancias que acredita con su correspondiente cédula personal que exhibe; en concepto de vendedor.

De otra parte,

Don Antonio Pérez Díaz, mayor de edad, casado, Médico y vecino de la Granadilla de Abona, presentando también su cédula personal corriente; en concepto de comprador, en nombre propio y en el de los señores D. Tomás Cervia Cabrera, soltero, Médico, D. Tomás Lerolo Fuentes, médico, casado con Dª Mercedes Davidson Pérez Zamora, médico y D. John Friend Martin, estudiante, todos mayores de edad y vecinos de la Capital de esta provincia, según poder que éstos le confirieron en la expre



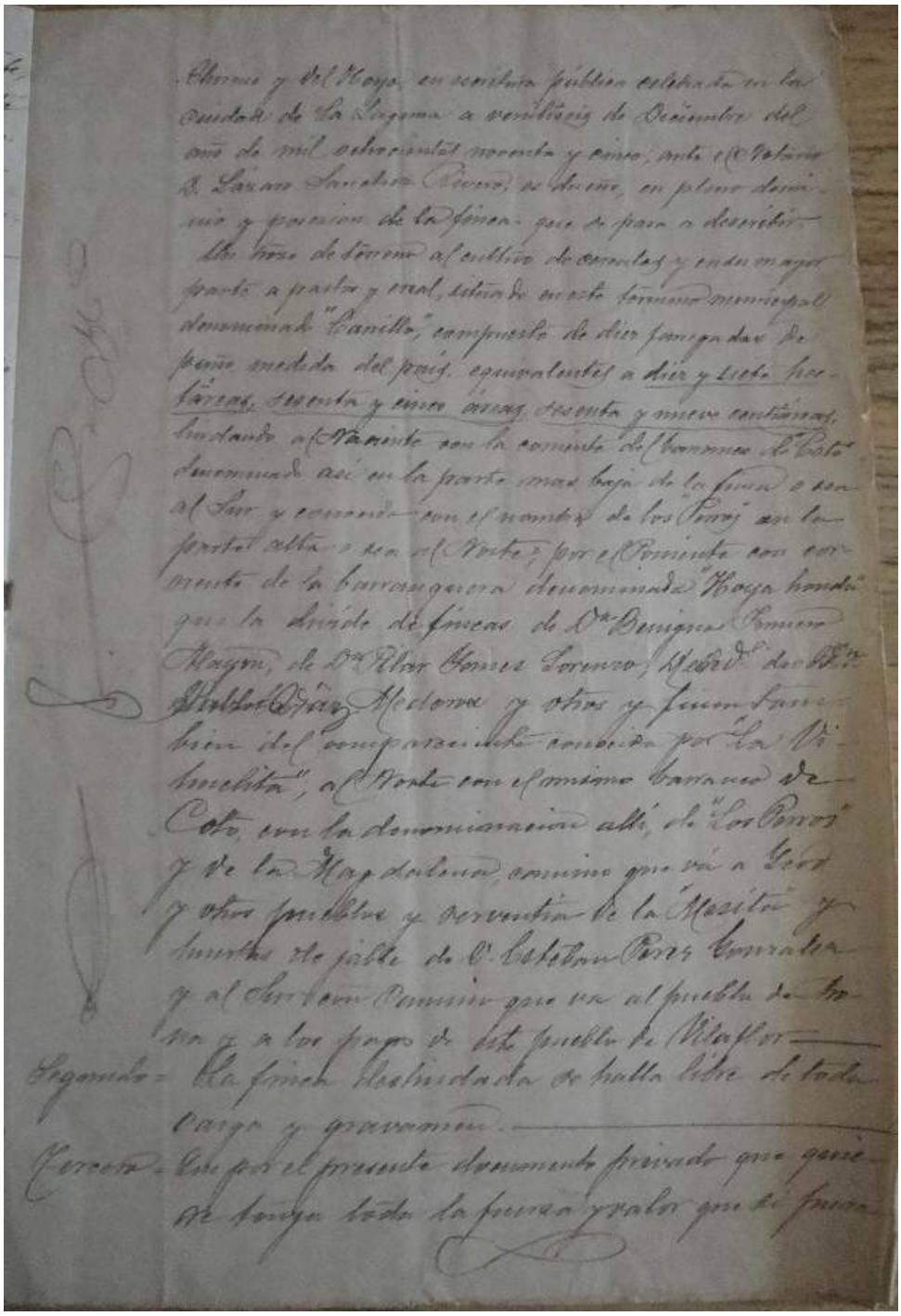
sada Capital y ciudad de Santa Cruz de Tenerife, con fecha diez del corriente de Marzo por ante el Notario público D. Severino Fernandez Somoza, de cuya escritura de mandato y a sus efectos se hace constar en la presente, la siguiente clausula ——

"Que confieren poder especial, tan amplio y bastante como en Derecho se requiera, a favor de "Don Antonio Perez Diaz, mayor de edad, médico "y vecino del pueblo de Granadilla de Abona, "en esta Isla de Tenerife facultándole para que, "en nombre y representacion de los señores com- "parecientes = Compre y adquiera para los po- "derdantes, fincas rusticas, urbanas, aguas y dere- "chos reales, en el partido judicial de Granadilla "de Abona, por los precios y con los pactos y condi- "ciones que estime mas convenientes; otorgan- "do al efecto, las escrituras públicas y documen- "tos verbales que sean precisos, y practicando "cuantas gestiones se requieran hasta obtener "la inscripcion de los bienes y derechos que ad- "quiera, en el Registro de la Propiedad." ——

Los comparecientes tienen capacidad legal necesaria, que aseguran no les está limitada, para la celebracion de la presente escritura de compra-venta, y en su virtud, libre y espontaneamente dijeron: ——

Don José Hernandez Trujillo ——

Primero — Que por compra a la señora Dª Dominga

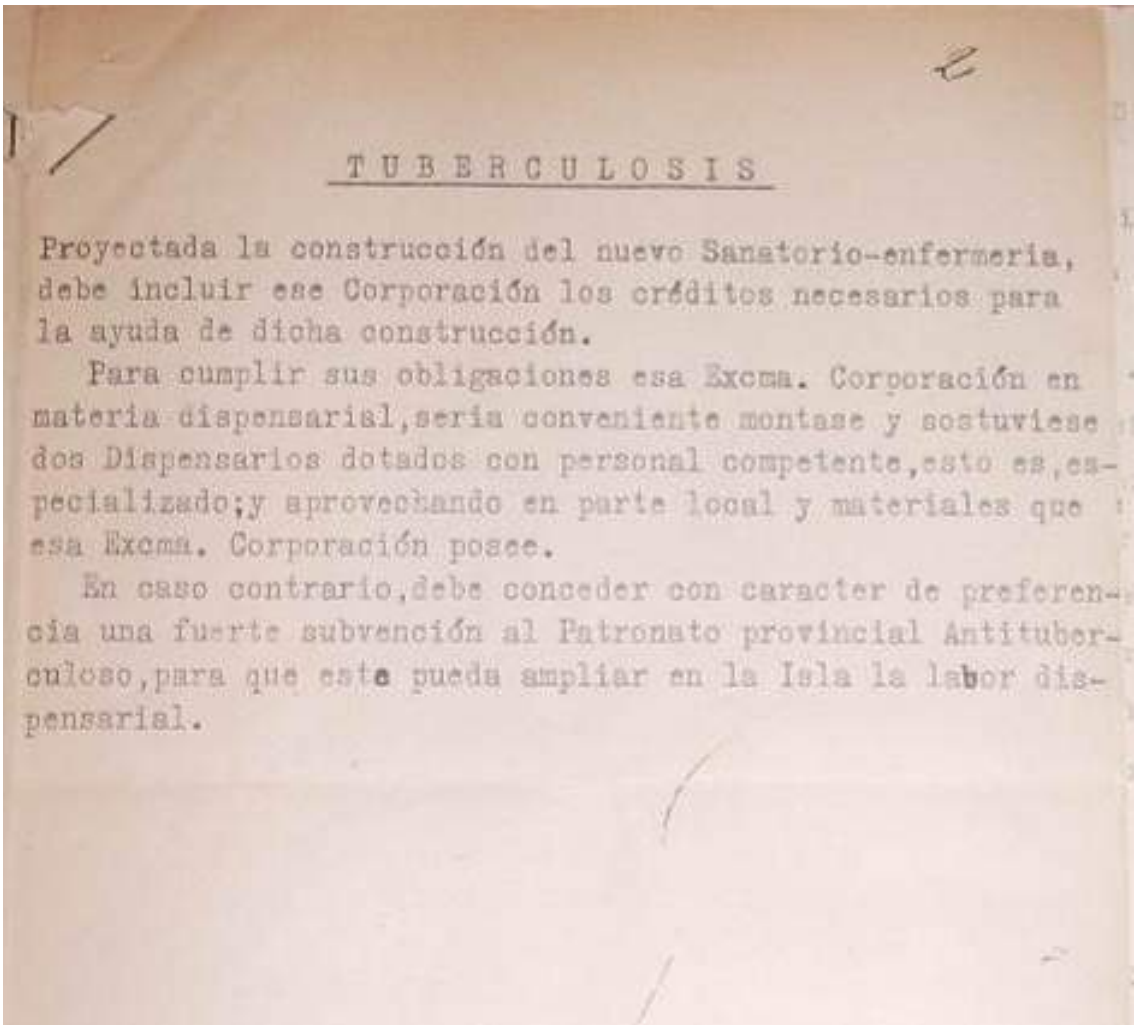


Chirino y del Hoyo, en escritura pública celebrada en la
Ciudad de La Laguna a veintiséis de Diciembre del
año de mil ochocientos noventa y cinco, ante el Notario
D. Lázaro Sanchez Rivero, es dueño, en pleno domi-
nio y posesion de la finca que se pasa a describir.
Un trozo de terreno al cultivo de cereales y en su mayor
parte a pastos y erial, situado en este término municipal
denominado "Carrillo", compuesto de diez fanegadas de
puño medida del país, equivalentes a diez y siete hec-
táreas, sesenta y cinco áreas, sesenta y nueve centiáreas,
lindando al Naciente con la corriente del barranco de Coto
denominado así en la parte mas baja de la finca o sea
al Sur y conocido con el nombre de los Perros en la
parte alta o sea al Norte; por el Poniente con cor-
riente de la barranquera denominada "Hoya honda"
que la divide de fincas de Dª Benigna Romero
Mayor, de Dª Pilar Gomez Lorenzo, Hereds. de Dn.
Pablo Díaz Medina y otros y finca tam-
bien del compareciente conocida por "La Vi-
huelita", al Norte con el mismo barranco de
Coto, con la denominacion allí, de "Los Perros"
y de la Magdalena, camino que vá a Geor
y otros pueblos y serventia de la "Mesita" y
huertas de jable de D. Esteban Perez Gonzalez
y al Sur con camino que va al pueblo de Tro-
na y a los pagos de este pueblo de Vilaflor.

Segundo = La finca deslindada se halla libre de toda
carga y gravamen.

Tercero = Que por el presente documento privado que quie-
re tenga toda la fuerza y valor que si fuera

Conformación del proyecto de construcción de Sanatorio-Enfermería Antituberculoso en Tenerife. ACIT- Negociado de Beneficencia; caja nº 7017-7018: Oficios y escritos que no figuran en expedientes (1937).



T U B E R C U L O S I S

Proyectada la construcción del nuevo Sanatorio-enfermería, debe incluir ese Corporación los créditos necesarios para la ayuda de dicha construcción.

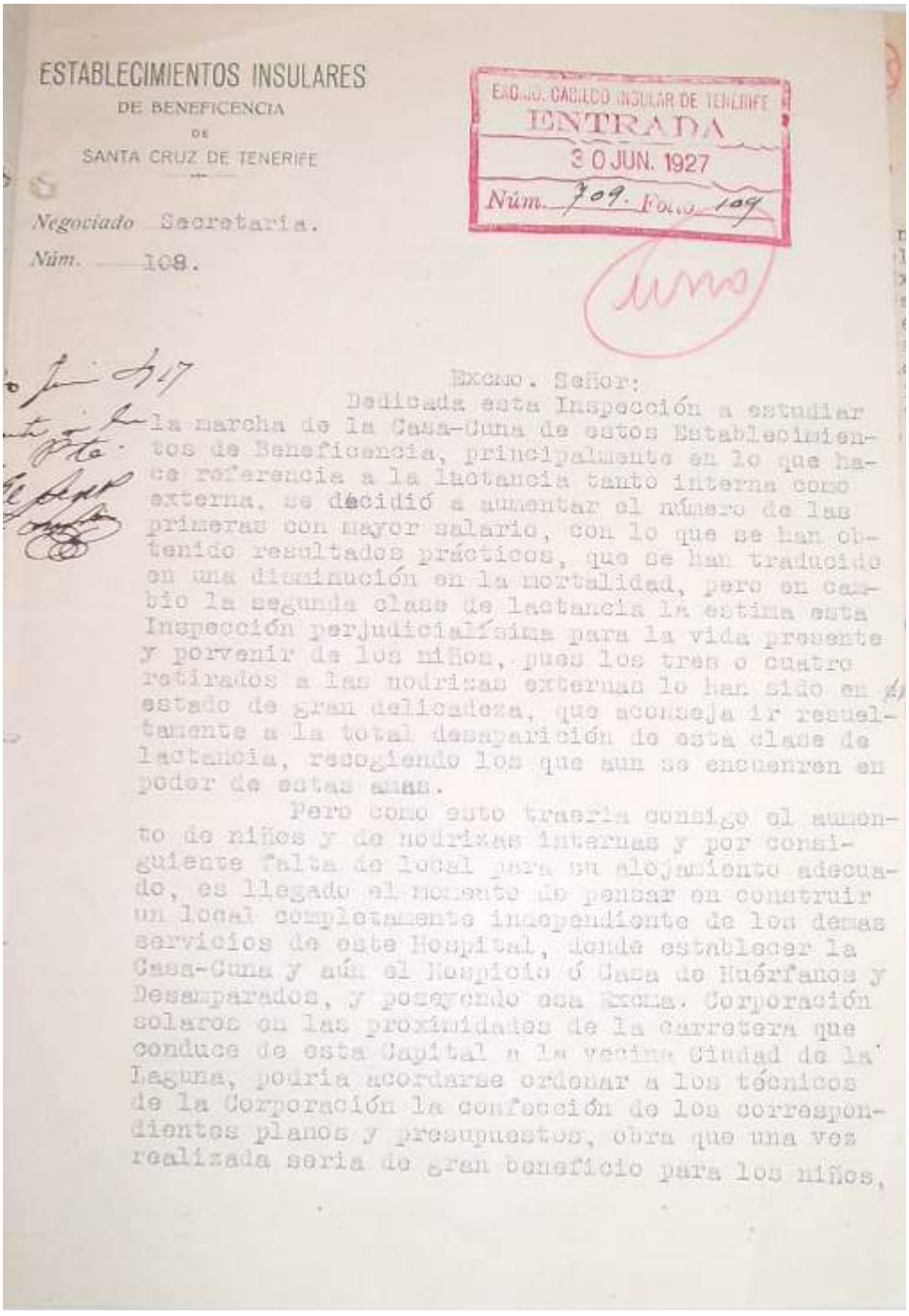
Para cumplir sus obligaciones esa Excma. Corporación en materia dispensarial, sería conveniente montase y sostuviese dos Dispensarios dotados con personal competente, esto es, especializado; y aprovechando en parte local y materiales que esa Excma. Corporación posee.

En caso contrario, debe conceder con caracter de preferencia una fuerte subvención al Patronato provincial Antituberculoso, para que este pueda ampliar en la Isla la labor dispensarial.

Vista del Sanatorio Enfermería de Ofra (Foto A. Benítez). APTCC-Fotografías interiores y exteriores del Sanatorio-Enfermería Antituberculoso en Ofra.

JARDÍN DE INFANCIA DE LA SAGRADA FAMILIA.

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 6983; expediente nº 142: incoado con motivo del oficio del Sr. Consejero Inspector de los Establecimientos Insulares de Beneficencia de esta Capital, proponiendo la construcción de un edificio destinado a albergar la Casa-Cuna de los referidos asilos (1927).



ESTABLECIMIENTOS INSULARES
DE BENEFICENCIA
DE
SANTA CRUZ DE TENERIFE

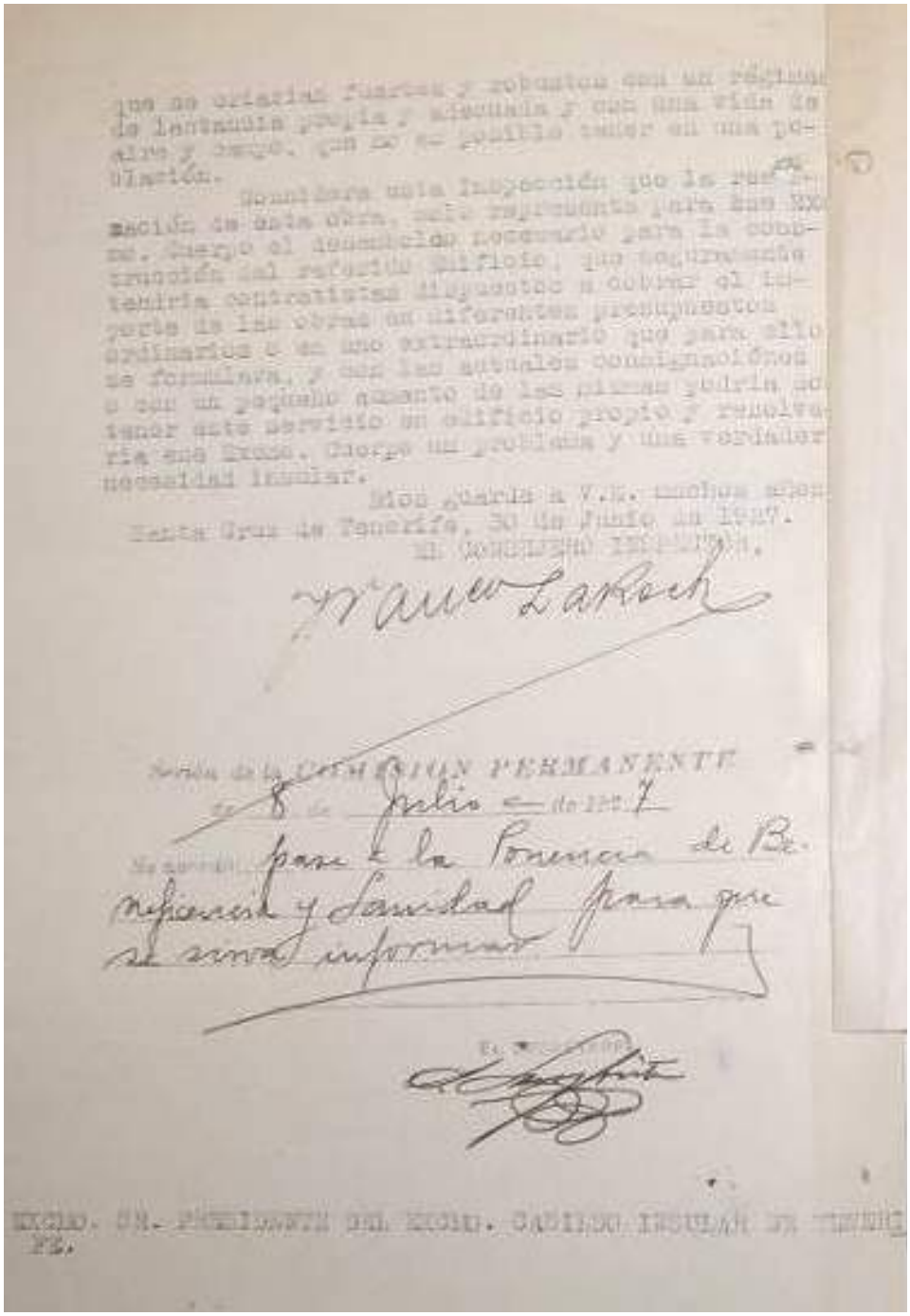
Negociado Secretaría.
Núm. 108.

EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE
ENTRADA
30 JUN. 1927
Núm. 709. Folio 109

Excmo. Señor:

Dedicada esta Inspección a estudiar la marcha de la Casa-Cuna de estos Establecimientos de Beneficencia, principalmente en lo que hace referencia a la lactancia tanto interna como externa, se decidió a aumentar el número de las primeras con mayor salario, con lo que se han obtenido resultados prácticos, que se han traducido en una disminución en la mortalidad, pero en cambio la segunda clase de lactancia la estima esta Inspección perjudicialísima para la vida presente y porvenir de los niños, pues los tres o cuatro retirados a las nodrizas externas lo han sido en estado de gran delicadeza, que aconseja ir resueltamente a la total desaparición de esta clase de lactancia, recogiendo los que aun se encuentren en poder de estas amas.

Pero como esto traería consigo el aumento de niños y de nodrizas internas y por consiguiente falta de local para un alojamiento adecuado, es llegado el momento de pensar en construir un local completamente independiente de los demas servicios de este Hospital, donde establecer la Casa-Cuna y aún el Hospicio ó Casa de Huérfanos y Desamparados, y poseyendo esa Excma. Corporación solares en las proximidades de la carretera que conduce de esta Capital a la vecina Ciudad de la Laguna, podría acordarse ordenar a los técnicos de la Corporación la confección de los correspondientes planos y presupuestos, obra que una vez realizada sería de gran beneficio para los niños,



que se criarían fuertes y robustos con un régimen de lactancia propia y adecuada y con una vida de aire y campo, que no es posible tener en una población.

Considera esta Inspección que la reorganización de esta obra, solo representa para ese Excmo. Cuerpo el desembolso necesario para la construcción del referido Edificio, que seguramente tendría contratistas dispuestos a cobrar el importe de las obras en diferentes presupuestos ordinarios o en uno extraordinario que para ello se formulara, y con las actuales consignaciones o con un pequeño aumento de las mismas podría sostener este servicio en edificio propio y resolvería ese Excmo. Cuerpo un problema y una verdadera necesidad insular.

Dios guarde a V.E. muchos años.

Santa Cruz de Tenerife, 30 de Junio de 1927.

EL CONSEJERO INSPECTOR,

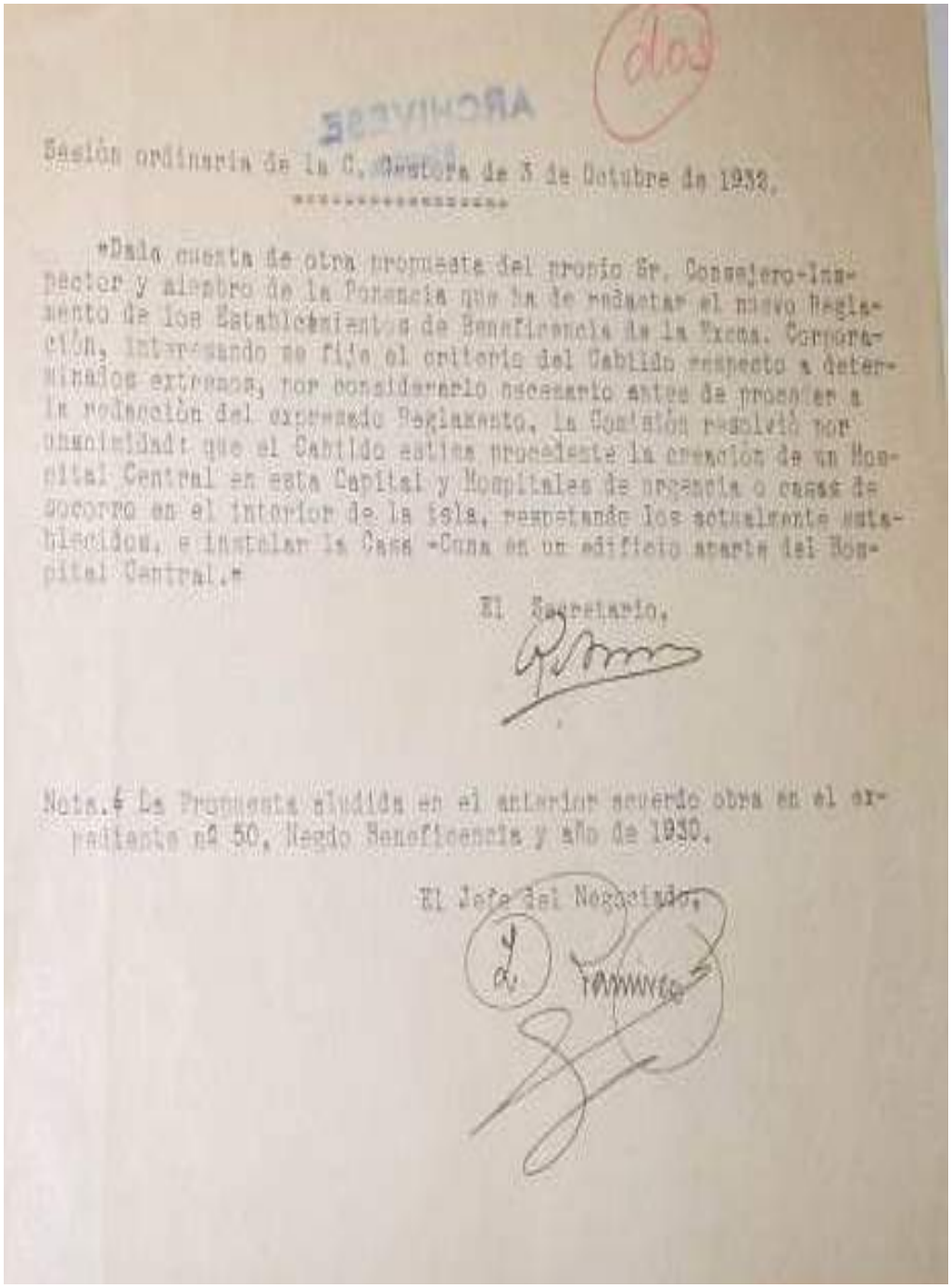
Franco Larroch

Sesión de la COMISION PERMANENTE de 8 de Julio de 1927

Se acordó: pase a la Ponencia de Beneficencia y Sanidad para que se sirva informar.

EL SECRETARIO

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE.



Sesión ordinaria de la C. Gestora de 5 de Octubre de 1932.

****

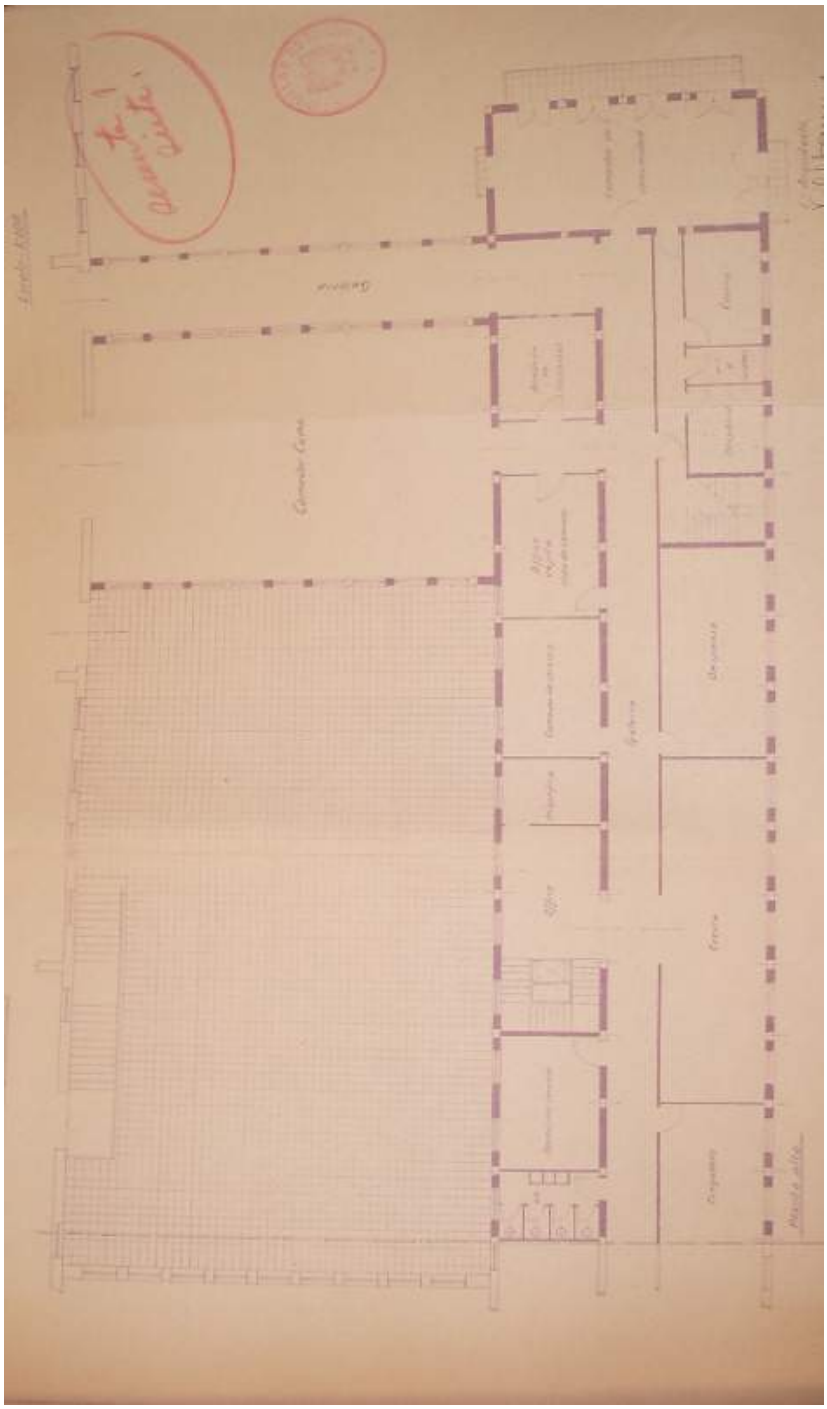
"Dada cuenta de otra propuesta del propio Sr. Consejero-Inspector y alcalde de la Corporación que ha de redactar el nuevo Reglamento de los Establecimientos de Beneficencia de la Excma. Corporación, interesando se fije el criterio del Cabildo respecto a determinados extremos, por considerarlo necesario antes de proceder a la redacción del expresado Reglamento, la Comisión resolvió por unanimidad: que el Cabildo estima procedente la creación de un Hospital Central en esta Capital y Hospitales de urgencia o casas de socorro en el interior de la Isla, respetando los actualmente establecidos, e instalar la Casa -Cuna en un edificio anexo del Hospital Central."

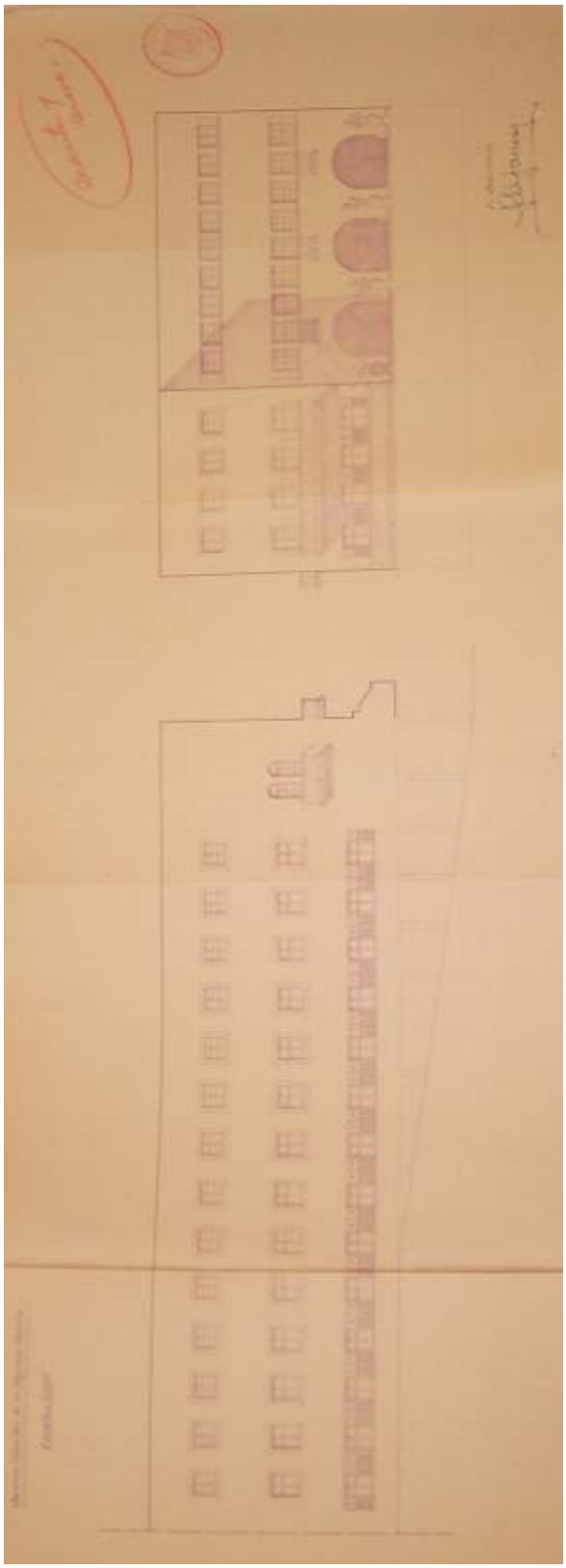
El Secretario,

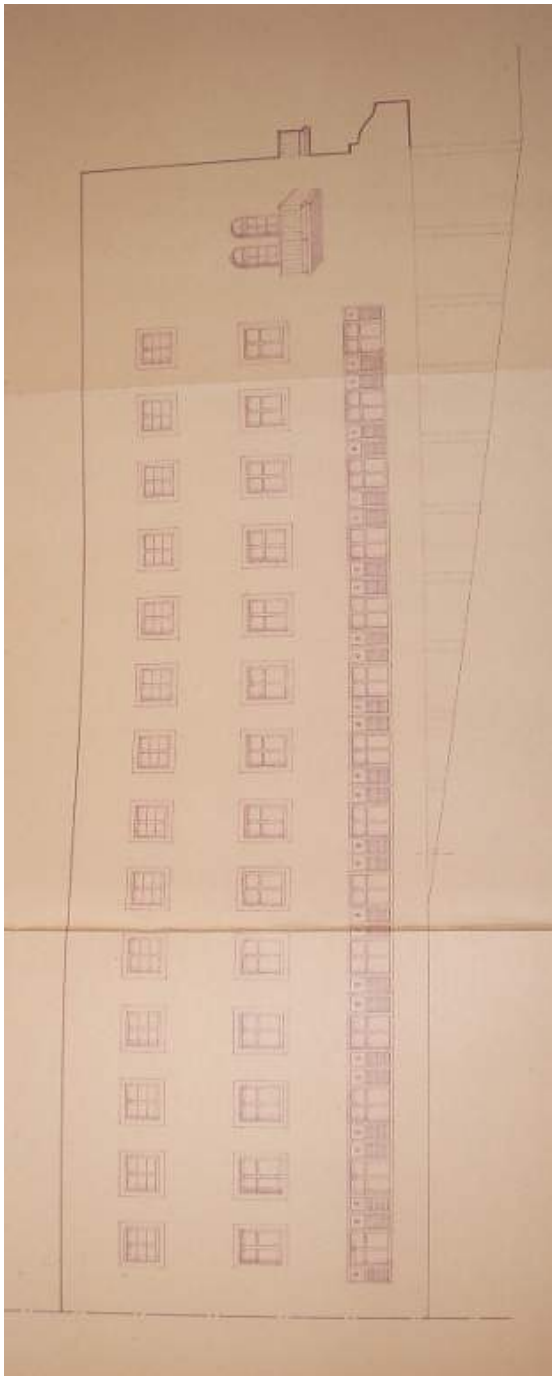
Nota.- La Propuesta aludida en el anterior acuerdo obra en el expediente nº 50, Negdo Beneficencia y año de 1930.

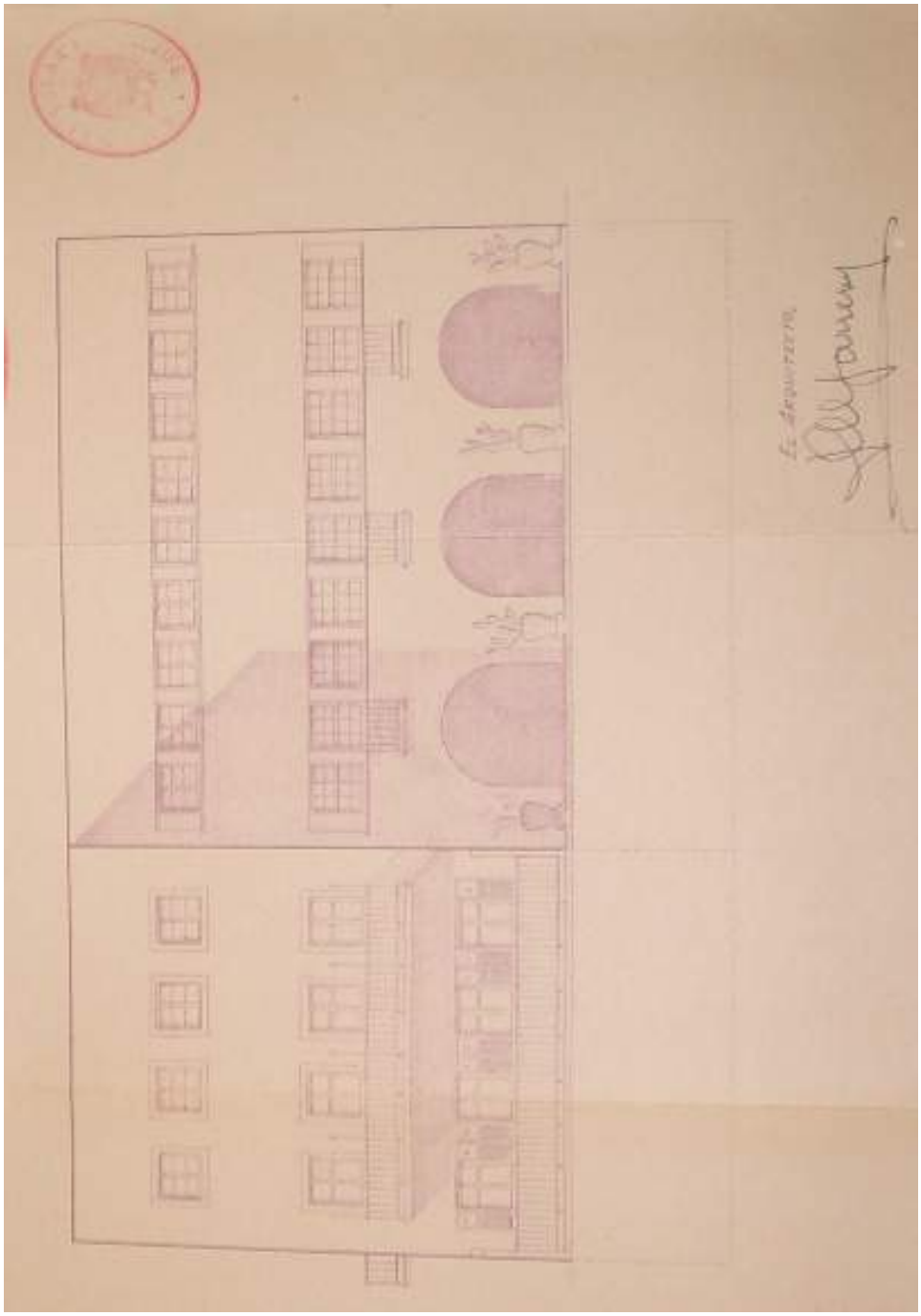
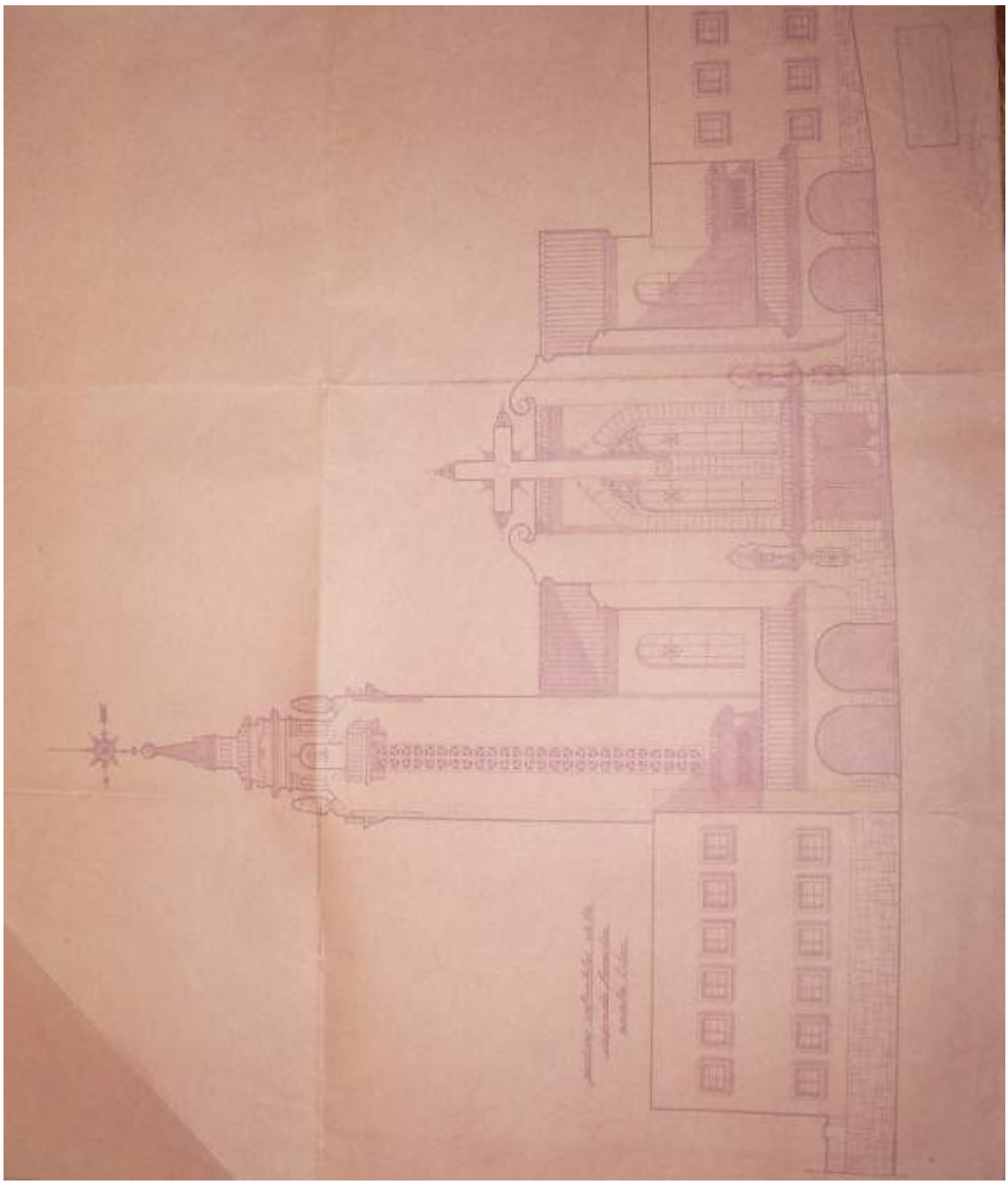
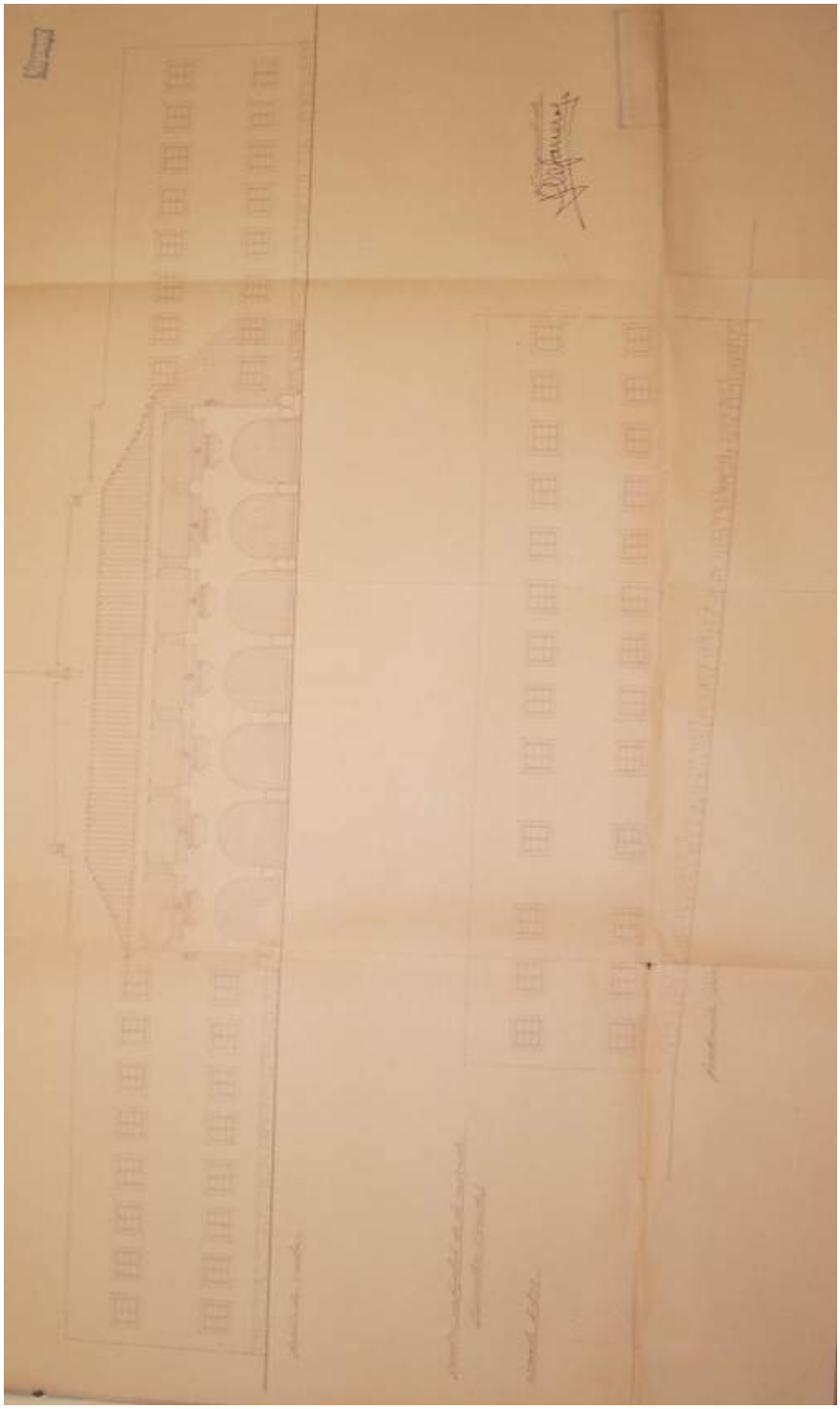
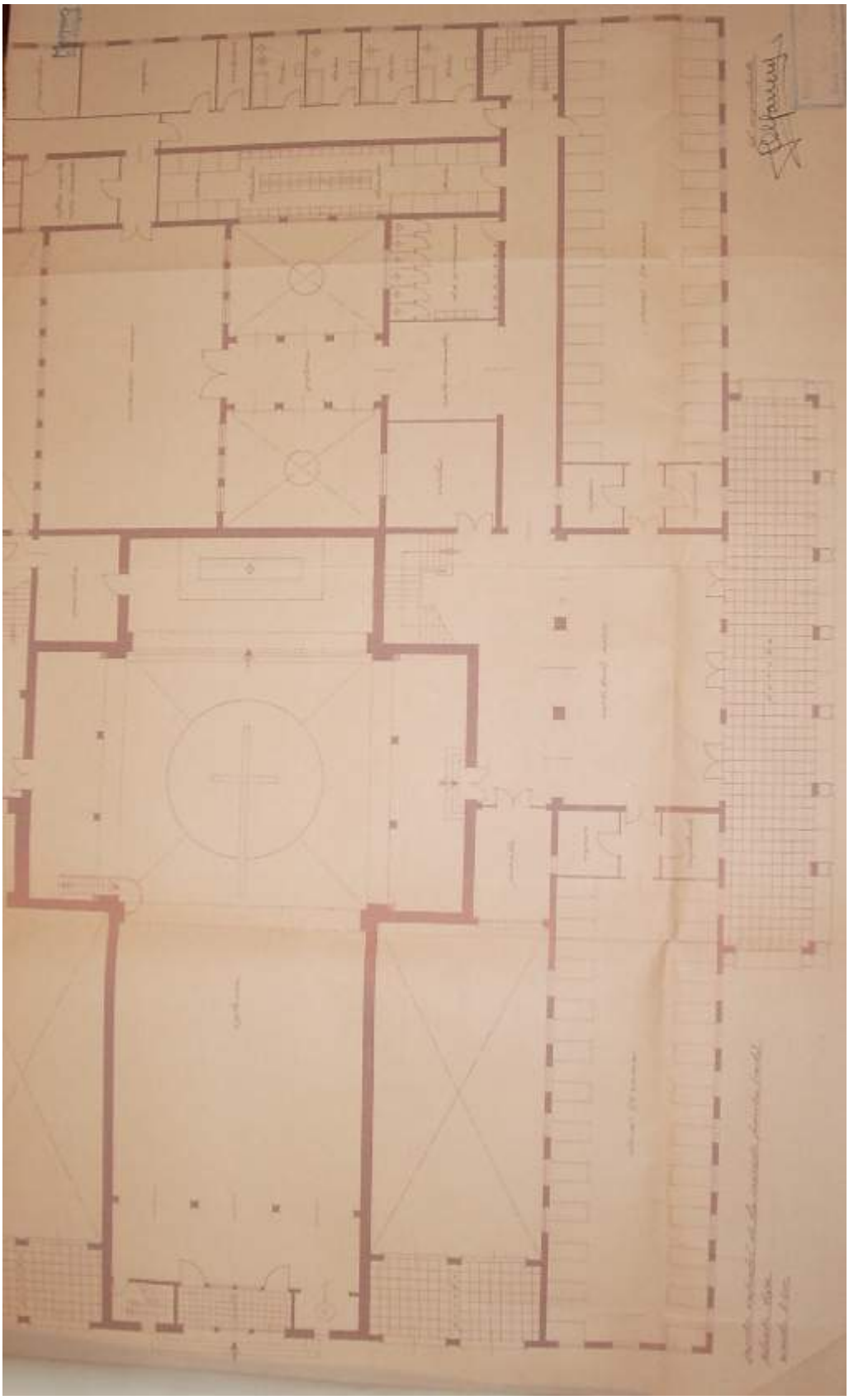
El Jefe del Negociado,

ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 45: incoado para tramitar el proyecto de ampliación y reforma del costado Sur del "Jardín Infantil de la Sagrada Familia" (1939).









ACIT- Negociado de Beneficencia: caja nº 7184-7185; expediente nº 155: incoado para tramitar La completa terminación del "Jardín Infantil de la Sagrada Familia" (1940).