

HISTORIA UROLÓGICA HISPÁNICA

Estancias por enfermedades genitourinarias en un hospital municipal hace más de cien años (1896-1932)

Fernando Domínguez Freire ^{1,*}

¹. Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

* Autor para correspondencia: freiredos@gmail.com

Resumen: El diagnóstico, recogido como motivo de ingreso de los enfermos en los hospitales supone, desde el punto de vista médico, el núcleo central de la información recabada en los archivos históricos de los hospitales municipales de Vigo, entre 1896 y 1932. Su análisis nos ha permitido obtener una radiografía de las enfermedades que padeció la sociedad viguesa en el periodo propuesto. Mediante la obtención de los datos recogidos en los libros de estancias en el *Hospital de Elduayen* (1896-1922) y en los *Pabellones Sanitarios* de Vigo (1922-1932) realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo. Presentamos los resultados correspondientes a las enfermedades genitourinarias, centrándonos en la patología que, hoy en día, atienden los servicios de urología con las limitaciones del momento de la Medicina estudiado. Predominan las estancias con diagnósticos de infecciones. El paciente tipo era un hombre de Vigo, mayor que la media del registro, que ingresaba por una enfermedad infecciosa, nefritis o pielonefritis probablemente. Habitualmente con una estancia superior a la media del resto de categorías y con probabilidad de salir *curado* del 76,68%. Finalmente, con los datos obtenidos en el estudio realizamos un retrato de la sociedad, durante el periodo cronológico propuesto.

Palabras Clave: Enfermedades genitourinarias; Hospitales municipales; Vigo.

Abstract: The diagnosis, collected as the reason for admission of patients to hospitals, represents, from the medical point of view, the central nucleus of the information collected in the historical archives of the municipal hospitals of Vigo, between 1896 and 1932. Its analysis has allowed to obtain an X-ray of the diseases suffered by Vigo society in the proposed period. Through data accrued from the books of stays in the *Hospital of Elduayen* (1896-1922) and in the *Sanitary Pavilions of Vigo* (1922-1932), we carried out a descriptive and retrospective study. We present the results corresponding to genitourinary diseases, focusing on the pathology that, today, the urology services attend to with the limitations of the moment of Medicine studied. Stays with diagnoses of infections predominate. The typical patient was a man from Vigo, older than the registry average, who was admitted for an infectious disease, probably nephritis or pyelonephritis. Usually with a stay higher than the average of the rest of the categories and with a probability of being cured of 76.68%. Finally, with the data obtained in the study we make a portrait of the society, during the proposed chronological period.

Keywords: Genitourinary diseases; Municipal Hospitals; Vigo.

Cita del Artículo: Domínguez Freire, F. Estancias por enfermedades genitourinarias en un hospital municipal hace más de cien años (1896-1932). *Historia Urológica Hispánica*. 2022, Vol. 1; Art. 4.

Revisores del Artículo: Javier Angulo Cuesta, Ignacio Otero Tejero.

ISSN 2951-9292

Copyright: © Asociación Española de Urología (AEU), Oficina de Historia.

1. Introducción

Los orígenes de la Medicina Civil Municipal en Vigo no difieren de lo que ocurrió en la mayoría de las ciudades españolas. El recorrido

común parte de Instituciones de Caridad vinculadas generalmente a órdenes religiosas, pasando por las de Beneficencia a medida que se va secularizando la atención médica, reservadas a los pobres, hasta llegar a las Asistenciales con cobertura poblacional mucho más generalizada.

Presentamos a los primeros profesionales e instituciones que se ocuparon del auxilio sanitario en la Medicina Municipal. A lo largo del último tercio del siglo XIX se produjeron la mayoría de los grandes cambios de la Historia de la Medicina provocados por los extraordinarios avances en el conocimiento científico. Será en estos años cuando, en toda España, se implantaron, gracias a la iniciativa de una serie de profesionales pioneros, la antisepsia, la asepsia, la anestesia, la hemostasia, la radiología y las pruebas de laboratorio, y se desarrollaron también las primeras vacunas eficaces. En definitiva, se transformó y renovó la atención médica que, desde este momento, comenzaría a ser verdaderamente eficaz. Al mismo tiempo, la cirugía traspasó los límites establecidos por el dolor y la infección, permitiendo a los cirujanos de la época acceder, con éxito, de forma sistematizada y sin prisas, a cavidades y localizaciones anatómicas como no se realizaba hasta ese momento.

Durante la Restauración, la sanidad viguesa va a dar un paso adelante en la asistencia médica. Inicialmente, de la mano de los profesionales más que desde las autoridades municipales, para finalizar el siglo sentando las bases de la sanidad pública contemporánea, con la puesta en funcionamiento, de dos instituciones claves en los orígenes de la medicina civil, el *Hospital de Elduayen* (1896) y el Laboratorio Municipal de Vigo (1895). Este tránsito fue similar al camino que recorrieron la mayoría de localidades gallegas, empezando por Santiago de Compostela, centro cultural, eclesiástico y, por supuesto, médico de Galicia.

El diagnóstico, recogido como motivo de ingreso de los enfermos en los hospitales supone, desde el punto de vista médico, el núcleo central de la información recabada en los archivos históricos de los hospitales municipales de Vigo, entre 1896 y 1932. Su análisis nos ha permitido obtener una radiografía de las enfermedades que padeció la sociedad viguesa en el periodo propuesto. Presentamos los resultados correspondientes a las enfermedades genitourinarias y aportamos información general de la totalidad del estudio ya que nos ayudará a comprender la metodología y completará los resultados obtenidos.

2. Material y Métodos

En el Archivo Histórico de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo (AHEOXIV) hemos recogido de los libros de registro de pacientes ingresados en los hospitales municipales, todos aquellos que están documentados [1]. Los libros estudiados aparecieron ordenados del I al VII de manera cronológica (Figura 1): Libro I: 1896-

1899; Libro II: 1899-1903; Libro III: 1903-1908; Libro IV: 1908-1910; Libro V: 1910-1916; Libro VI: 1916-1921; Libro VII: 1921-1934.



Figura 1. (a) Portada del libro II del Hospital Elduayen. Registros del 2 de julio de 1899 al 28 de marzo de 1903. AHEOXIV; (b) Primera página de los libros consultados. Febrero de 1896. AHEOXIV.

2.1. Descripción del estudio estadístico.

Se analiza toda la población y las variables incluidas en los registros, y se realiza un estudio descriptivo de los datos recogidos. El estudio es, lógicamente, retrospectivo en relación a la cronología de los hechos. Con la información recabada hemos confeccionado un archivo digital que contiene 7 variables: edad, sexo, procedencia geográfica, profesión, diagnóstico, resultado y duración de la estancia.

Para la recogida de la información se transcribieron, literalmente, los datos desde los registros de los libros siguiendo unos patrones que faciliten su posterior procesado. Se han obviado los plurales, mayúsculas y palabras que expresan el mismo concepto mencionadas en géneros distintos o datos claramente referidos a situaciones, diagnósticos o lugares similares. Se suprimieron los acentos o signos de puntuación, los guiones en el caso de existir términos compuestos y se evitaron los adjetivos superlativos. Se procuró realizar la transcripción con criterios similares a los adoptados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la herramienta utilizada por consenso por la OMS que permite la estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud y más concretamente en su diccionario, su relación de sinónimos y enfermedades conexas, así como su relación alfabética. Para establecer la clasificación de los grupos diagnósticos hemos seguido los criterios adoptados por la última actualización de la CIE, presentada y aprobada en la asamblea de la OMS celebrada en abril de 2019, en vigor desde enero de 2022 [2]. No se ha utilizado la totalidad de los grupos, adaptando los diagnósticos y síntomas obtenidos, con el objetivo de que se puedan comparar los resultados de nuestro estudio con unos criterios similares a los que se utilizan en la actualidad. En caso de no entender el significado de algún dato, por defectos de caligrafía, mala transcripción, letra ininteligible o desconocimiento del término, se ha optado por recogerlo como desconocido. Por este motivo hemos incorporado un último grupo diagnóstico con esa denominación, que no figura en la CIE. Sobre determinados términos utilizados para referirse a síntomas, diagnósticos o enfermedades, en desuso, hemos consultado diccionarios de términos médicos de la época estudiada [3]. Para la realización del estudio estadístico hemos utilizado el programa Excel del paquete informático Microsoft Office 2019.

2.1.1. Limitaciones en la recogida de datos.

Durante el proceso de recogida de la información nos hemos encontrado con vacíos documentales y errores de transcripción, motivo por el que, el registro final de nuestro archivo, no coincide, exactamente, con la numeración de los libros consultados. Como resultado de los errores en los registros originales, el total de estancias contabilizadas por

nosotros es de: 13.151, cuando el que figura en los libros es, 14.026, en el momento en que interrumpimos la recogida de datos, el 20 de febrero de 1932.

2.1.2. *Registro de las estancias.*

A lo largo de los 36 años que hemos estudiado el número de estancias, como era previsible, se fue incrementando a medida que se incorporaron recursos materiales y humanos a los hospitales. La media de estancias anuales fue de 365,30 pacientes, con límites de 152, en 1897, el menor de los registrados y 788, en 1931 (Figura 2).

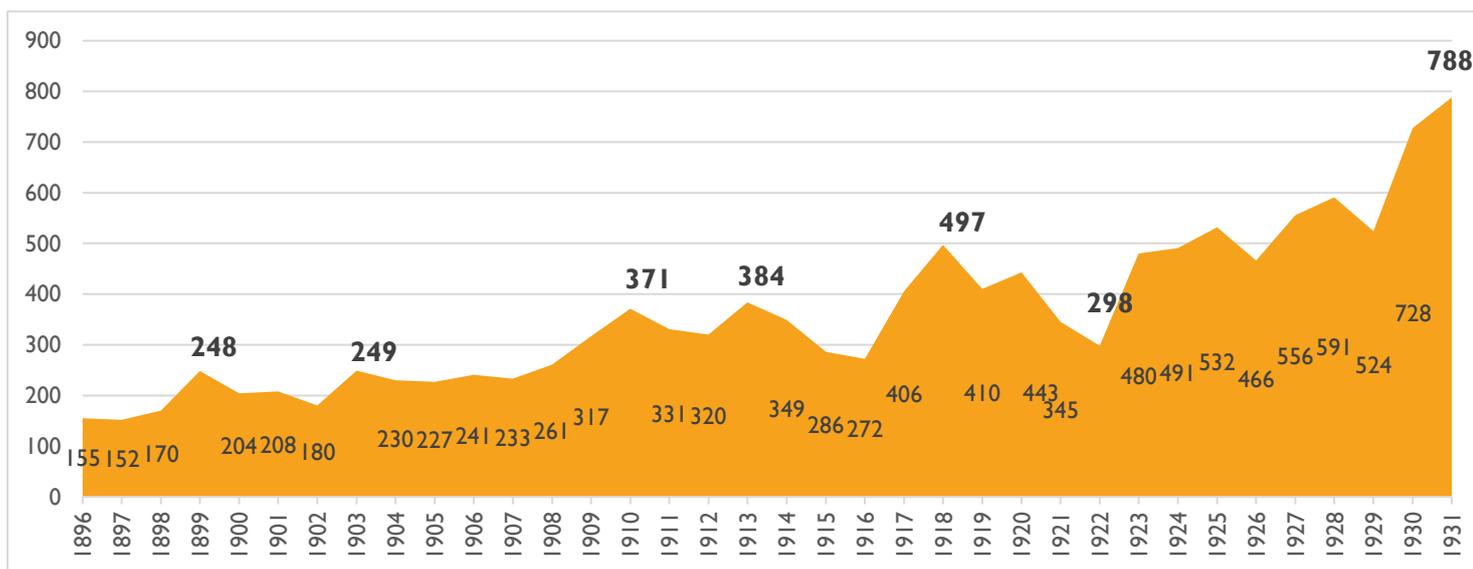


Figura 2. Estancias medias anuales en los hospitales municipales de Vigo (1896-1932), (Fuente: elaboración propia)

Entre 1896 y 1922, el tiempo que funcionó el *Hospital de Elduayen*, las estancias aumentaron progresivamente, con picos que coinciden con epidemias que afectaron a la población. Los doce primeros años, hasta la primera década del siglo XX, se mantuvo el número de ingresos por debajo de 300. Destacó un pico, en 1899 (248 estancias), durante una epidemia de fiebres gástricas, atribuida erróneamente a fiebre amarilla. Desde 1909 se superó la barrera de 300 estancias, con un pico en 1913 (384), año en el que se registraron numerosos brotes de sarampión en niños. Sin embargo, al año siguiente, 1914, bajaron hasta 349, a pesar de que la ciudad sufrió una epidemia de fiebres gástricas etiquetada de fiebre tifoidea. Las estadísticas que se manejaban y los datos de mortalidad de la epidemia, no se correspondieron, con un esperable pico de enfermos ingresados en el hospital, lo que achacamos a que el mayor número de casos se presentó en las principales calles de la ciudad por haberse contaminado la traída municipal del agua. Estos enfermos no acudían al hospital municipal, destinado a los pobres y transeúntes. A la luz de los resultados obtenidos es muy probable que fuesen

atendidos por médicos particulares en sus domicilios. A partir de 1917, las estancias ya superaron, anualmente, las 400. Entre 1918 y 1920 se refleja el impacto de la epidemia de la gripe española que alcanzó un pico, rozando las 500 (497), en 1918. Desde entonces, salvo un breve paréntesis durante los años 1921 y 1922, que achacamos al cambio de hospital, las estancias subieron exponencialmente hasta el final de nuestro registro. Lógicamente, el cambio de establecimiento sanitario, supuso un salto cuantitativo en el número de camas disponibles lo que permitió admitir más enfermos. Además, el momento de la medicina se tradujo en la incorporación a la plantilla, de los primeros especialistas que ayudaron al director, el doctor Enrique Lanzós Sánchez (1858-1930) (Figura 3) y al resto de médicos generales que trabajaban en el centro [4].



Figura 3. Doctor Enrique Lanzós Sánchez, director de los hospitales municipales durante el estudio. Archivo familia Lanzós

También se incrementó el resto de trabajadores, con personal de enfermería que ayudaba a las Hijas de la Caridad. Las consultas ambulatorias y la mejora de los medios de transporte, facilitaron el movimiento de enfermos. Poco a poco la mejora de la sanidad viguesa se tradujo en las cifras de la actividad registrada en el Hospital. Con el cambio de década, en los años 30, se superaron las 700 estancias (728 y 788 en 1930 y 1931 respectivamente). Cuando, en febrero de 1932, se cumplieron diez años de funcionamiento de los *Pabellones Sanitarios*, la

Medicina Municipal de Vigo, por los procedimientos que se llevaban a cabo y los recursos de que disponía, adquirió un nivel perfectamente reconocible desde el punto de vista de la medicina actual.

2.1.3. *Visión General.*

La extensión del estudio estadístico y el cruce de los datos obtenidos en las distintas variables corre el riesgo de caer, en repeticiones o redundancias, que dificulten el curso de su relato. Identificamos unos patrones generales que se suceden con las variaciones encontradas en las profesiones, procedencias y el contexto socioeconómico descrito. Hemos creído conveniente exponerlas, antes de iniciar el relato de los resultados, por considerar que simplificará la comprensión del mismo y ayudará a evitar reiteraciones innecesarias.

La sociedad viguesa atendida en el hospital fue mayoritariamente femenina. Las mujeres que más ingresaron fueron, jóvenes dedicadas a la prostitución, con ETS. El elevado número de estancias descubre una realidad alejada de los registros oficiales, con una gran cantidad de profesionales que ejercían irregularmente. En su origen reconocemos a mujeres solteras, procedentes de las parroquias periféricas de Vigo y del resto del rural gallego, sobre todo de la provincia de Pontevedra, que acudieron a la ciudad atraídas por ofertas de trabajo y condiciones laborales (Figura 4), que muchas veces no se cumplieron, acabando en las manos de redes de trata de blancas.



Figura 4. Trabajadores en una fábrica de salazón en Vigo. Primer tercio del s. XX. Archivo Llanos

El resultado además de las ETS fueron gran número de embarazos no deseados. La inexistencia de un establecimiento específico para estas enfermedades, a pesar de que la legislación obligaba al Ayuntamiento a disponer de uno, generó la ingente cantidad de estancias por esta causa. Tras la prostitución, hay un segundo grupo femenino con estancias hospitalarias muy numerosas, compuesto por las trabajadoras domésticas, entre las que encontramos, sirvientas y, un elevado número de mujeres con dedicación a sus labores (Figura 5).



Figura 5. Sirvientas conduciendo agua. Postal de Hauser y Monet.

Este grupo, por las características de su condición, fue muy vulnerable. Estaba expuesto a abusos de todo tipo, cometidos en los

domicilios en donde trabajaban aprovechándose de su absoluta dependencia económica. Fruto de estos abusos generaron estancias por embarazos, partos y afecciones durante el puerperio. Entre los varones encontramos tres profesiones o gremios predominantes, los jornaleros y peones dedicados a la construcción y la industria, sectores económicos fundamentales en el desarrollo urbano vigués. Los marineros y pescadores que trabajaban en el puerto, el factor más determinante del marco socioeconómico en Vigo y, en tercer lugar, los artesanos y empleados propios de los núcleos urbanos.

La mayoría de los enfermos que ingresaron eran de Vigo y sus parroquias. Las comunicaciones, mediante el tranvía y el ferrocarril, facilitaron el éxodo campo-ciudad que generó el desarrollo demográfico durante el período estudiado. Por provincias destaca la de Pontevedra, seguida de Orense, La Coruña y, en último lugar, Lugo. Entre los españoles de fuera de Galicia, como norma se repite, al estudiar las profesiones y las causas que motivaron los ingresos, mayoría de estancias por enfermos procedentes de las comunidades más cercanas, Castilla-León y Asturias. Le siguen las comunidades con puertos importantes por el volumen del tráfico marítimo vigués. Es ineludible hablar de los numerosos enfermos extranjeros que ingresaron. Achacamos esta presencia a los cientos de embarcaciones que fondeaban en el puerto. Destaca la presencia de portugueses, no solo pescadores y marineros, también trabajadores de otros sectores, atraídos por la proximidad de la frontera. En el resto de procedencias, las naciones con flotas navales más potentes, son mayoría. Alemania, Inglaterra y Francia se repiten como las más frecuentes.

Por último, un tercer factor, la emigración, fue determinante en las estancias de enfermos de fuera de Galicia y del extranjero. Vigo, por la condición de puerto, más importante, en el tráfico marítimo generado por la emigración, durante el período estudiado, acogió una cuantiosa población flotante. Esta fue origen de un floreciente negocio, no siempre lícito, alrededor de los emigrantes que tuvo un destacado impacto en las estancias del Hospital.

3. Resultados Generales

3.1. Distribución de los enfermos por edad

En esta variable recogemos la edad de los pacientes ingresados expresada en años enteros, sin decimales o fracciones, a pesar de que, en algún caso, referente a niños muy pequeños, están expresadas en meses. Del total de enfermos ingresados se ha obtenido una edad media de 30,96 años, con una desviación típica de 15,04 y una moda de 23. La mayoría de los pacientes estaban en la 3ª década de la vida, de 21-30 años (Figura 6).

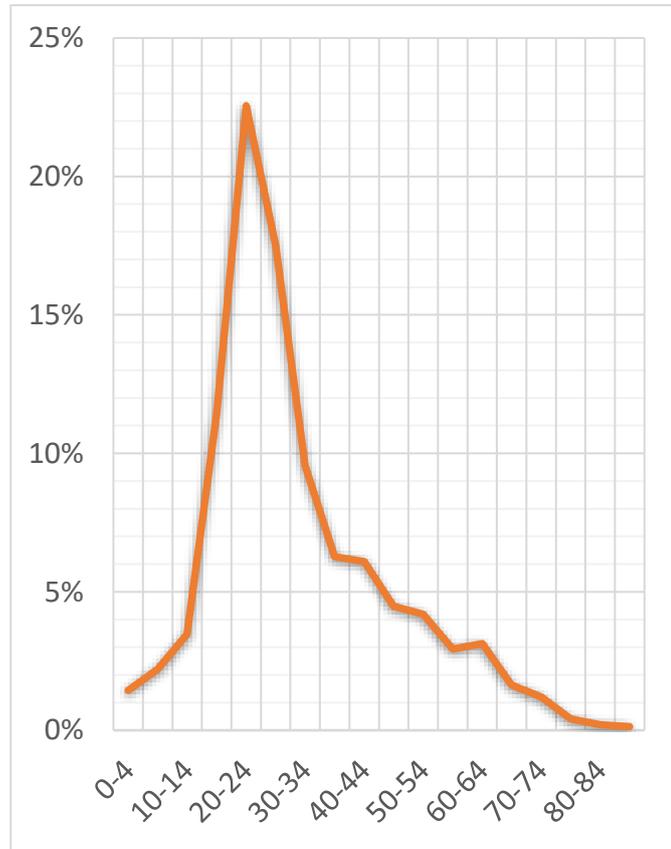


Figura 6. Distribución de pacientes por grupos de edad (Fuente: elaboración propia)

3.2 Distribución de pacientes por sexo en nuestro registro

En esta variable se consideran mujer, hombre y desconocido (Tabla 1). Los datos encontrados presentan una clara mayoría de mujeres (60,89%) que achacamos a la gran cantidad de ingresos que se produjeron por problemas relacionados con la salud sexual, así como los de la categoría relacionada con embarazo, parto, puerperio y problemas ginecológicos.

Tabla 1: Distribución de pacientes por sexo

Categorías por sexo	Nº pacientes	%
Mujeres	8008	60,89
Hombres	5065	38,51
Desconocido	78	0,59
Total pacientes	13151	100

3.3. Distribución por procedencia geográfica

En esta variable existen numerosas entradas. Las hemos organizado para obtener datos que puedan ser comparados con los actuales y conseguir una visión general de la procedencia, a lo largo del estudio. Durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX, Vigo desarrolló un potencial económico y demográfico extraordinario, convirtiéndose en la ciudad más pujante de Galicia. Lo consiguió actuando como una suerte de ciudad-estado, al modo de las primeras polis griegas, alejada geográfica y administrativamente de la bicefalia que, históricamente, ha recibido el apoyo institucional en Galicia. En ese proceso, ha influido la gran cantidad de habitantes que, durante los dos últimos siglos llegaron y se quedaron. Históricamente, el censo, se ha nutrido de mayor cantidad de foráneos que de nativos. En esa naturaleza y organización administrativa autónoma, debemos incluir a los que viven en el núcleo urbano y en sus alrededores. En primer lugar, hemos agrupado bajo el epígrafe Vigo, a todos aquellos que figuraban como pertenecientes a ese mismo término, añadiendo los enfermos de las parroquias que hoy en día forman parte del ayuntamiento. Desde 1914, con la inauguración de las líneas de tranvía, se facilitó la comunicación entre todas las parroquias del extrarradio y el centro urbano. Estas localidades tenían una vinculación geográfica y social, tan fuerte, a la ciudad que nos ha parecido, más lógico, incluirlas entre los pacientes con la misma procedencia.

Una vez ordenados los pacientes de origen gallego, los españoles han quedado divididos en dos grandes categorías, Galicia y resto de España. Curiosamente, se ingresaron un mayor número de extranjeros que del resto de España (Tabla 2).

Tabla 2. Procedencia del total de enfermos. 1896-1932

Procedencia	Nº de enfermos	%
Galicia	10113	76,84
Resto de España	1380	10,49
Extranjeros	1446	10,99
Desconocidos	212	1,69
Total	13151	100

Entre los pacientes extranjeros, se ha dividido entre Resto de Europa y Resto del Mundo, especificando los países de procedencia en cada caso. Por último, al igual que en el resto de variables, existe un grupo de pacientes de procedencia desconocida que recoge los vacíos del registro.

Lo primero que llama la atención al comparar los datos con los actuales es la significativa disminución de los pacientes de fuera de Galicia. La procedencia obtenida, en la actualidad, es en su práctica totalidad de enfermos gallegos. Es lógico pensar que durante el tiempo estudiado la mayoría de los enfermos procediesen de Galicia, por proximidad geográfica, si bien la proporción es menor, posiblemente porque el acceso a la atención hospitalaria, en ese momento, era mucho más difícil.

Los recursos actuales se han multiplicado en proporción al desarrollo científico de la medicina y social de la población atendida. En nuestro estudio resulta muy revelador, que el siguiente grupo en frecuencia sea el de extranjeros lo que corrobora el cosmopolitismo e importancia del puerto de Vigo, puerta de entrada de la práctica totalidad de estos pacientes. Supera este grupo a los procedentes del resto de España que lo hacían, en su mayor parte, por tierra de manera mucho más dificultosa. La procedencia de los pacientes, corrobora, con cifras, las conclusiones aportadas por trabajos de historiadores locales [5,6] que vinculan a Vigo con Europa y América por vía marítima y califican, cuando menos, de difíciles a las comunicaciones terrestres con la meseta, durante la época en la que se recogen los datos de nuestro estudio.

3.3.1. Procedencia del extranjero

Las excepcionales condiciones de la ría de Vigo, al abrigo de las Islas Cíes, con unas dimensiones y calado que permiten fondear a toda clase de embarcaciones, hicieron del puerto el más importante factor en el desarrollo de la ciudad. Desde el siglo XVIII, la corona concedió el permiso para permitir el comercio internacional en la bahía. Los habitantes de la población convivieron con visitantes extranjeros, desde mucho antes de que se inaugurase un hospital municipal. Anualmente, el honorable Cuerpo Consular de Vigo, ofrece una recepción a las autoridades y personas relevantes, prueba irrefutable de la importancia que estas instituciones tuvieron en la historia local. En su máximo apogeo, durante los prolegómenos de la primera guerra mundial, fueron decenas los países representados y también fueron éstos los encargados de asistir a los miles de pasajeros o tripulantes que enfermaron o se accidentaron. Les garantizaron el pago de los gastos generados, durante su estancia en los hospitales y, una vez dados de alta, les facilitaron el regreso a sus países de origen. Fue tan importante este movimiento de personas que las cifras encontradas en los libros demuestran que se ingresaron un mayor número de extranjeros que del resto de España (Tabla 2).

En total hemos recogido enfermos de 43 nacionalidades. En Cartagena, ciudad con un importante puerto, pero con mucha mayor relevancia de la plaza militar y un desarrollo demográfico inverso al sufrido por Vigo, se han recogido en el Real Hospital de Caridad, 21 nacionalidades en un estudio histórico similar al nuestro [7]. En el mapa reproducido se constata perfectamente la distribución de los países europeos que más se relacionaron con Vigo (Figura 7).



Figura 7. Distribución de países europeos con pacientes ingresados

No deja lugar a duda la conexión por vía marítima, así como el predominio de los países de la Europa occidental, con la excepción de Rusia. Tanto Europa central, como los países balcánicos no aparecen en los registros, hecho que achacamos a las históricas rivalidades, heredadas desde los conflictos entre el Imperio Otomano y el Ruso y, continuadas, con las mantenidas entre el Imperio Austro-Húngaro y Ruso. Todo ese clima, antesala del conflicto bélico mundial y el papel neutral que mantuvo España desde finales del XIX, justifican la ausencia de enfermos procedentes de los imperios centrales europeos.

Como era de esperar el mayor porcentaje de enfermos extranjeros, con mucha diferencia, procedían de Portugal (Figura 8).

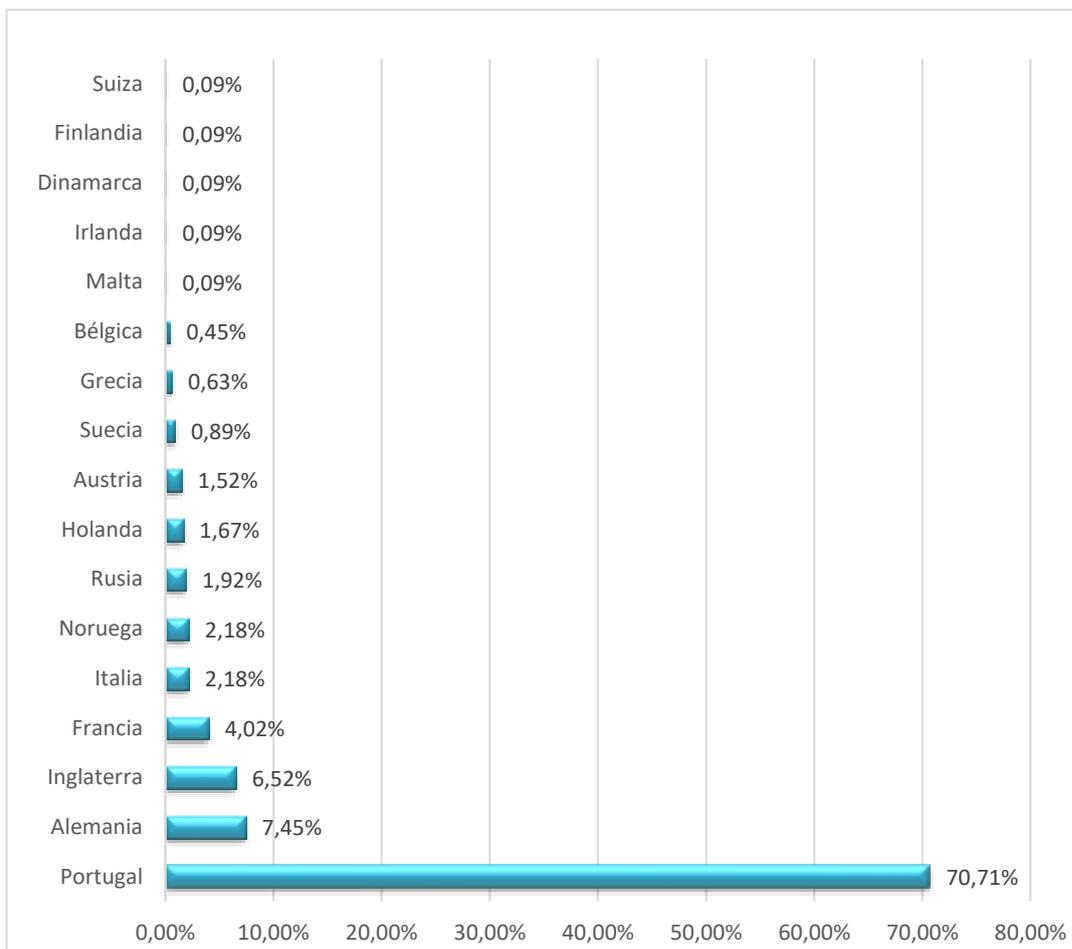


Figura 8. Porcentaje de estancias por pacientes del resto de Europa (Fuente: elaboración propia)

Nuestro país vecino, no solamente por su proximidad geográfica sino por sus antecedentes históricos, ha estado fuertemente vinculado a Galicia y, en especial, a la zona comprendida entre la frontera, desde Tuy a Vigo. En 1886 se inauguró el puente internacional sobre el río Miño en Tuy lo que facilitó, de manera fundamental, la comunicación ferroviaria entre ambos países (Figura 9). De esta manera se completaba el trazado del ferrocarril entre Vigo y la frontera. A partir de este momento se generó un incremento exponencial en las relaciones comerciales y, consecuentemente, en el flujo de pasajeros y transeúntes procedentes de Portugal. Además del ferrocarril, la proximidad entre ambos puntos permitió, a pesar de las malas carreteras, el tráfico mediante transportes, inicialmente, de tracción animal y, posteriormente mecánica. Esta vinculación ha perdurado y se ha fortalecido a lo largo de los años, y constituyó el germen de un proyecto largamente defendido ante las instancias comunitarias, por buena parte de la sociedad, a ambos lados de la frontera, la Euro-región Galicia-norte de Portugal.

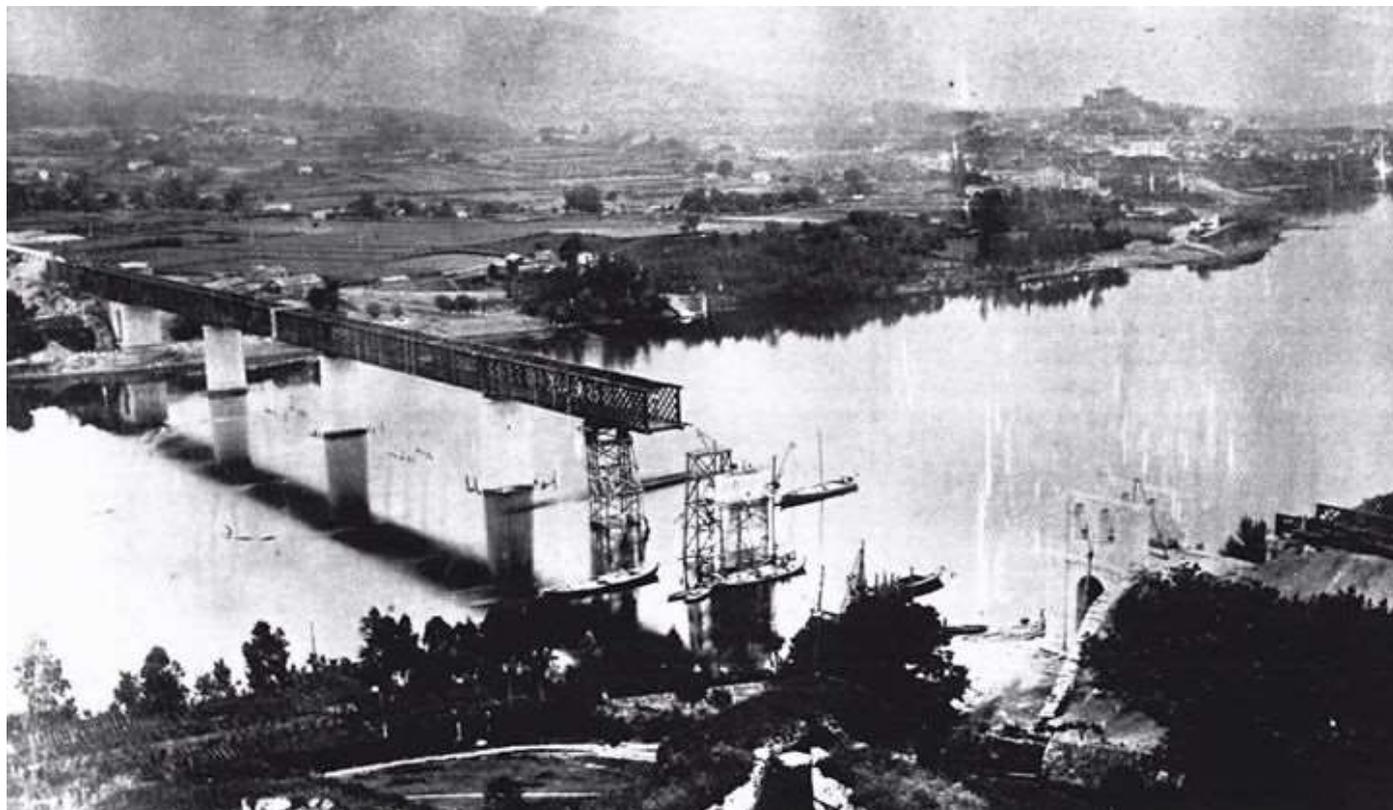


Figura 9. Puente internacional sobre el río Miño en Tui, en su última fase de construcción Fuente: Domínguez Freire (2020), *Evolución del pensamiento médico de entresiglos (1878-1932) en Galicia: de la caridad a la asistencia. El caso de Vigo.*

El resto de Europa, encabezada por Alemania e Inglaterra, posiblemente por la influencia de su participación en la primera Guerra Mundial y el potencial de sus flotas navales, tuvo una extensa representación entre los enfermos ingresados. Súmesele la colonia de trabajadores del Cable Inglés y Alemán, que se asentaron en Vigo tras establecerse la comunicación telegráfica. Durante años convivieron decenas de trabajadores de ambas nacionalidades residiendo en la ciudad y participando activamente en la sociedad.

La *Eastern Telegraph Company, Ltd* se estableció en Vigo, en el año 1873, destinando un buen número de trabajadores. La *Deutsch Atlantische Telegraphengesellschaft* se estableció en el año 1896 y fue la primera línea telegráfica submarina que tuvo Alemania permitiendo la comunicación con América. El cable lo tendieron los británicos con el buque cablero *Scotia* ya que tenían el monopolio de la transmisión telegráfica submarina en el Atlántico. Los jóvenes del Cable Inglés introdujeron muchos de los deportes que actualmente se practican como el fútbol, el *lawn tennis*, el ping-pong o el hockey. Era norma, en la empresa británica de

telegrafía, contar con un club social denominado *Exiles Club*, en el que disponían de biblioteca, mesa de billar, tenis de mesa y juegos de salón. Todos estos deportes y actividades se practicaron durante las últimas décadas del siglo XIX de forma pionera en España. Además, en los salones del Cable Inglés era habitual la celebración de actividades culturales y sociales como bailes, conciertos y cenas a los que acudían los oficiales y miembros de la burguesía viguesa [8].

3.3.2. Procedencia del resto del mundo

En esta categoría agrupamos a los representantes del resto de países. Destacaron los enfermos de países sudamericanos y de la Isla de Cuba, todavía española al principio de este estudio, a donde viajaban y regresaban constantemente los buques que atravesaban el Océano Atlántico. Argentinos, brasileños y cubanos ocuparon el pódium entre las nacionalidades de Ultramar (Figura 10).

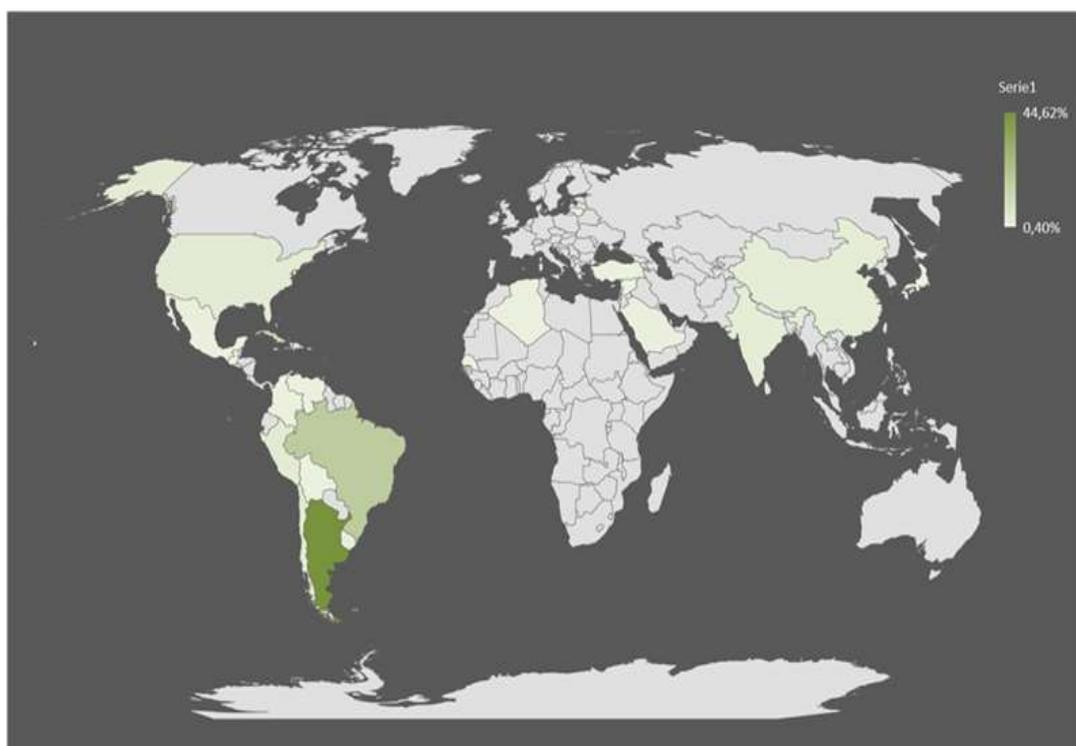


Figura 10: Países del resto del mundo con pacientes ingresados

La fuerte vinculación social y el gran número de líneas transatlánticas, con origen y destino, en el puerto, justifican estos datos (Figura 11). La cantidad de países representados en las estancias no deja lugar a duda sobre la importancia del puerto y documenta los argumentos esgrimidos sucesivamente por cronistas e historiadores locales [9-12]. Entre la documentación consultada en los AHEOXIV hemos encontrado una interesante y muy abundante relación epistolar entre los representantes consulares y los administradores de los hospitales (Figura 12).

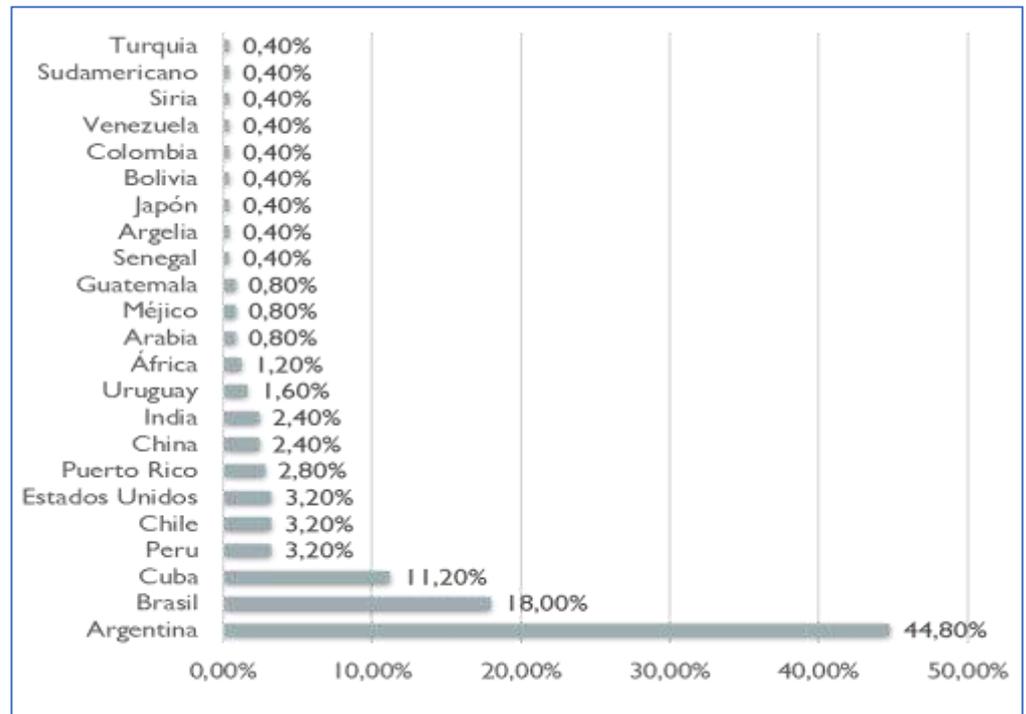


Figura 11: Estadísticas de las estancias por países (Fuente: elaboración propia)

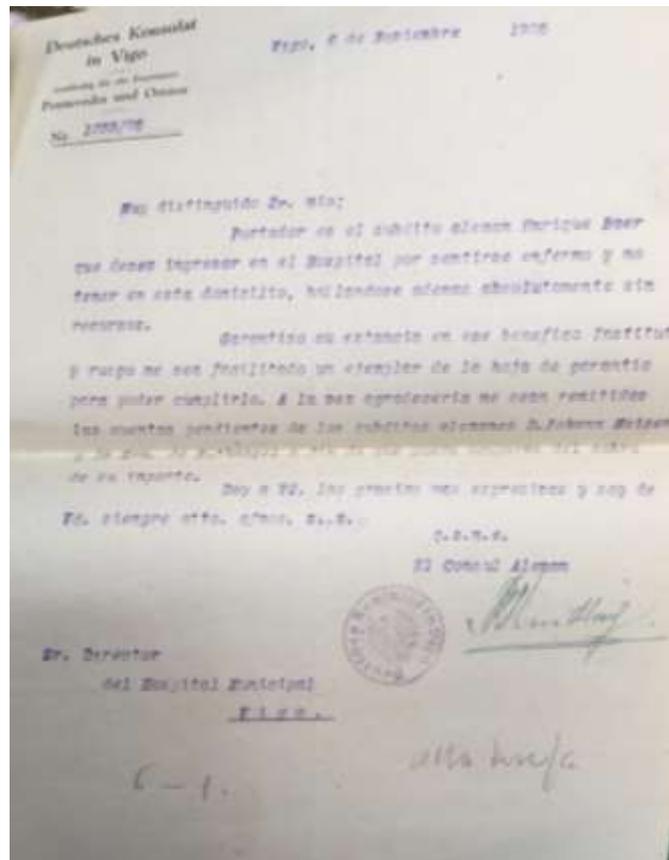


Figura 12. Informe el consulado alemán en Vigo garantizando los pagos de varios enfermos de esa nacionalidad por estancias en el Hospital Municipal. 1925. Archivo EOXIV.

3.4 Distribución por profesión

Para comprender la vida social de una ciudad, además de conocer la historia, es preciso entender los fenómenos culturales y económicos que ocurren en ella. El estudio del conjunto de profesiones y ocupaciones de los enfermos ingresados en el hospital municipal nos permitirá acercarnos al desarrollo social, económico y sanitario de la ciudad. El mercado laboral habitualmente se organiza por sectores de producción en función de la oferta y demanda de la sociedad. Las profesiones recogidas en nuestro registro constituyen una radiografía del mundo del trabajo, sesgada por la condición, ineludible, de su asociación a la enfermedad. Sin embargo, nos permitirá acercarnos a la realidad social de la población.

Hemos recogido 234 términos en la variable profesión, entre los que encontramos, distintas denominaciones de una misma categoría laboral, sesgos por errores de transcripción y una gran cantidad de desconocidos por vacíos en el registro.

No resulta sencillo agrupar a los trabajadores en todos los casos por la gran variedad de oficios recogidos. Hemos consultado varios estudios de historiadores locales [5,13-15] que describen la realidad socioeconómica de Vigo de forma contemporánea a nuestro trabajo. Cada autor utiliza argumentos propios, enfocados al objetivo planteado en su trabajo, pero existen puntos en común que permiten seguir un patrón lo más homogéneo posible.

Los trabajos consultados utilizan distintas fuentes, desde los antiguos catastros de Floridablanca y Ensenada, para conocer la realidad socioeconómica en la Edad Moderna, con todas las limitaciones conocidas de estas primeras estadísticas hasta el padrón municipal y la matrícula industrial de Vigo, en 1930, pasando por el padrón y las matrículas de la sociedad viguesa, en 1910. Comparando las características del mercado laboral hemos intentado obtener una visión general que nos ha ayudado a la hora de realizar nuestra propia clasificación.

3.4.1. *Categorías profesionales de nuestro estudio*

Existen tantas categorías laborales que hemos decidido comenzar con una tabla que recoge las profesiones, con más de cien estancias, para conocer las más frecuentes (Figura 13). Estas 14 categorías constituyen el 87,32% del total de enfermos con 11.484 estancias. De ellas las seis primeras suponen el 77,53% con un total de 10.212. A partir de la séptima categoría desciende mucho el número de estancias y se amplía el de las profesiones, ampliando la diversidad en la clasificación. Por lo tanto, las seis primeras son las más representativas, con mucha diferencia. Tres son exclusivamente femeninas, prostitutas, sirvientas y amas de casa. Jornaleros y desconocidos incluyen enfermos de ambos sexos y, solamente podríamos incluir, como masculina, a los marineros.

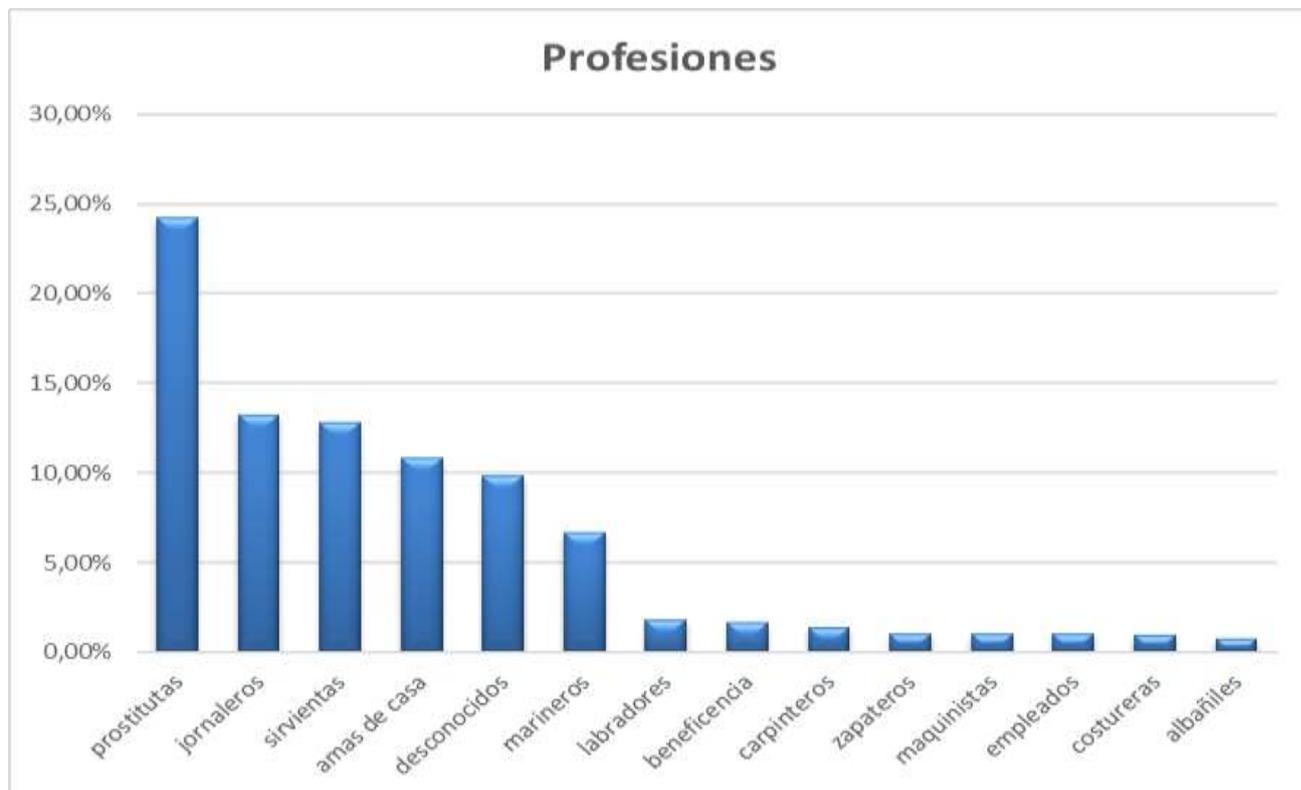


Figura 13. Profesiones más frecuentes con más de 100 enfermos ingresados (Fuente: elaboración propia)

3.5. Diagnósticos que motivaron los ingresos

La variable del diagnóstico que motivó el ingreso de los enfermos en los hospitales supone, desde el punto de vista médico, el núcleo central de la información recabada de las fuentes primarias. Su clasificación es compleja, por la cantidad de entradas que hemos recogido (455). Con el propósito de permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de la información hemos utilizado un sistema de clasificación que siga los parámetros de la CIE. Con diferentes denominaciones, ha sido durante décadas el instrumento esencial utilizado en la salud pública para comparar los problemas de salud y enfermedades. Los primeros intentos de clasificación estadística de las enfermedades surgieron en el siglo XVIII, pero hasta la siguiente centuria no tomaron forma. A comienzos del siglo XIX la clasificación más utilizada era la de William Cullen (1710-1790), publicada en 1769, *Synopsis Nosologiae Methodicae*, continuación de las previas *Nosología Methodica* de Francois Bossier de Lacroix (1706-1777) y *Genera Morborum* de su contemporáneo Linneo (1707-1778).

Las primeras clasificaciones consensuadas de enfermedades surgieron de la mano del gobierno francés que convocó, en agosto de 1900, la primera Conferencia Internacional de Causas de Defunción [16]. Se acordó realizar revisiones cada 10 años, celebrándose conferencias en

1909, 1920 y 1929. Estas primeras clasificaciones solo contemplaban la relación estadística de causas de muerte, pero siguiendo las indicaciones de William Farr (1807-1883) se extendió la clasificación a las enfermedades que afectaran a la salud.

La OMS se hizo cargo de la CIE a partir de 1948. Tras revisiones periódicas hemos llegado a la actualidad con la CIE-11 en vigor.

La única modificación que realizamos en los grupos de enfermedades está en la clasificación de las enfermedades genitourinarias. La CIE incluye en este grupo a las enfermedades urológicas y ginecológicas, separando de estas últimas, las condiciones relacionadas con la obstetricia, para lo que utiliza el grupo 18 que denomina embarazo, parto o puerperio. Nos ha parecido más homogéneo agrupar, por un lado, la patología exclusivamente urológica, en el grupo de enfermedades genitourinarias y añadir al grupo 18 las ginecológicas. La principal dificultad que nos ha planteado la clasificación del total de diagnósticos es el gran número de términos utilizados en el registro. Junto a diagnósticos y enfermedades que no ofrecen duda aparecen numerosos nombres, en desuso, en la actualidad, sinónimos de enfermedades no siempre ajustados a la realidad, signos y síntomas en lugar de diagnósticos, complicaciones de una enfermedad de base omitida y errores en la transcripción.

3.6. Resultados de la estancia

La última de las variables que recogimos es el resultado de las estancias. La mayoría de los pacientes salieron curados (78,78%), fallecidos (11,35%) o aliviados (4,28%). El resto de categorías o términos supusieron tan solo el 5% del total.

3.7. Resumen final de los resultados

Desde la Edad Media hasta la Edad Moderna la asistencia sanitaria en Vigo, al igual que en toda España, se llevó a cabo en recintos o establecimientos muy rudimentarios, con un marcado carácter asilar vinculados a órdenes religiosas [17]. Durante los siglos XVII y XVIII se atendió, con criterios sociales más que médicos, a los necesitados, entre los que estaban los enfermos. A lo largo del primer tercio del siglo XIX, cuando la Iglesia sufrió los procesos de desamortización de sus posesiones, se modificó drásticamente el modelo de asistencia social.

Surgió entonces un nuevo modelo de Beneficencia Pública, en la que las autoridades civiles siguiendo el pensamiento ilustrado y bajo la influencia de la Constitución de 1812, tomaron el relevo en la gestión de los recintos benéficos. En esta nueva forma de pensar y gobernar, las administraciones locales, Ayuntamiento y Diputación provincial, desempeñaron un destacado papel. La Beneficencia, entendida como un servicio público, creó la Junta Local de Sanidad y sustituyó a la Junta

de Caridad que, desde los inicios del ochocientos, ya venía funcionando. Por el camino surgieron organismos y establecimientos vinculados a la sanidad marítima. La Junta de Sanidad del Puerto y el Lazareto de san Simón. En los inicios del siglo XX, la legislación encargada de ordenar el arte de curar, tras años de inestabilidad, obtuvo sosiego y consenso con la Instrucción General de Sanidad. Los hospitales dejan de tener un carácter peyorativo, basadas en la caridad cristiana y pasan a ser instituciones civiles asistenciales, separadas de la beneficencia pública, completando el recorrido propuesto.

Los primeros profesionales que trabajaron en estos recintos fueron los médicos titulares de Vigo. El primero que hemos podido documentar fue Juan de Lesmes, en 1724 [18]. Hasta el último tercio del XIX el más destacado de los médicos fue Nicolás Taboada Leal (1798-1883), con actividad en la sanidad municipal entre 1828 y 1877. A partir de 1880, Enrique Lanzós Sánchez encarnó la transformación de la atención médica en Vigo, incorporando los espectaculares avances de la medicina y sustituyendo a Taboada Leal como facultativo más destacado hasta el final de nuestro estudio. A lo largo del primer tercio del XX se incorporaron los primeros especialistas. Waldo Gil Santóstegui (1879-1936), Enrique Lluria Despau (1863-1928) y Manuel Cobas Núñez (1885-1956) los primeros urólogos. Eugenio Arbones Castellanzuelo (1884-1936) ginecólogo, Nicolás Paz Pardo con especial dedicación a las enfermedades de la infancia, Manuel Millán Millán (1885-1928), radiólogo. José Troncoso Domínguez y Manuel Amoedo Seoane (1860-1966), cirujanos. Cándido Rasilla, especialista en aparato digestivo, Ramón González Sierra (1898-1944) oftalmólogo, Miguel Rodríguez Fernández-Vila otorrinolaringólogo, José Ramón de Castro (1900-1944) tisiólogo y los hermanos Rafael y Ramón Álvarez Nóvoa, fueron los más destacados.

Sin duda, el año 1895 constituyó, un antes y un después, en la Historia de la Medicina Civil de Vigo. Hasta ese momento la población carecía de una organización sanitaria estable y mucho menos eficaz. Impulsados por la corporación encabezada por Marcelino Astray y Canneda, surgieron, la Academia Médico-Farmacéutica, órgano precursor del Colegio Médico y, a continuación, el Laboratorio Municipal, el Cuarto de Socorro, el Hospital Elduayen y la Cruz Roja de Vigo [19]. Estos recintos fueron los pilares sobre los que se originó la medicina civil (Medicina Civil) en Vigo.

Los Sanatorios Municipales fueron, desde 1896, los recintos civiles que aglutinaron la atención médica especializada en Vigo. A pesar de ser el único establecimiento civil municipal desde finales del siglo XIX durante 26 años, el *Hospital Elduayen* pasó de puntillas en la historia de la ciudad que, en el imaginario de la población identifica a los *Pabellones Sanitarios* como el primer hospital municipal de la ciudad.

Nuestra clasificación de enfermedades consta de 19 categorías. Las más frecuentes fueron: 1.-Condiciones relacionadas con la salud sexual. 2.-Enfermedades infecciosas. 3.-Enfermedades del sistema digestivo. Resultados esperables en un momento de la medicina en la que no se disponía de antibióticos para tratar las infecciones y las enfermedades venéreas eran un problema con graves connotaciones no solo médicas sino sociales. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: 1-Chancro. 2-Blenorragia. 3-Úlcera. 4-Sífilis. En cuanto al resultado de las estancias, en cifras generales fue bueno (78,78% de curados), con todas las reservas de las curaciones en el momento de la medicina que estamos estudiando. La mortalidad fue del 11,33%, no muy alejada de la obtenida en la Edad Moderna en otras ciudades e incluso menor que la de otros centros españoles durante el mismo período que nuestro estudio. Lógicamente, muy elevada si la comparamos con los parámetros actuales. La edad media de las defunciones fue de 39,5 años y predominaron los varones (55,12%). No podemos obviar la presencia de la tuberculosis, entre los diagnósticos más frecuentes, por ser la causa del mayor número de defunciones en nuestro registro. Por último, la tasa de letalidad más elevada fue la de las enfermedades del sistema nervioso (38,25%).

Los inicios del siglo XX arrastraron la grave crisis social, económica y política de finales del XIX. La salud pública española presentaba notables deficiencias frente al resto de países europeos “avanzados”. El desarrollo urbano en toda España tenía una serie de cuentas pendientes como el alcantarillado, el suministro de agua, elevada prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y mortalidad. Identificamos todas estas carencias en Vigo, cuyas autoridades locales, intentaron dar respuesta, siempre con limitaciones presupuestarias y alejadas del apoyo del Gobierno central. Durante la Restauración, los avances en medicina se gestaron en los países europeos occidentales y los médicos que ejercieron en Vigo, durante el estudio, tuvieron que acudir a centros extranjeros para formarse (en estancias de ampliación de estudios o a través de traducciones de bibliografía especializada). La actividad de los hospitales municipales vigueses fue similar a la que se desarrolló en otras localidades gallegas, si bien la idiosincrasia del desarrollo urbano olívico fue la causa del retraso encontrado en la aparición de los primeros nosocomios civiles. Las principales ciudades y capitales de provincia gallegas durante el siglo XVIII ya contaban con recintos más relevantes. La comparación permite establecer conclusiones que encontramos en otras localidades:

- El Hospital de Vigo fue un recinto muy pequeño en relación con los de ciudades similares.
- Tanto las capitales de provincia como núcleos urbanos, con importante presencia militar, disfrutaron de establecimientos mejor dotados.

- Esto, se pone de manifiesto al cuantificar las estancias anuales. Mientras en Vigo, entre 1896 y 1932, las estancias medias fueron 365, en Santiago se contaban por miles. En Ferrol y en Orense, un siglo antes, ya tenían estancias similares a las de Vigo. A lo largo del siglo XIX, el pensamiento médico en la ciudad evolucionó al mismo tiempo que en otras localidades españolas, pero partiendo con el retraso mencionado.

Si nos atenemos a criterios económicos, podemos clasificar a la sociedad del área metropolitana viguesa, atendida en el hospital, por sectores. En resumen, las estancias generadas a lo largo del estudio, ordenadas por profesiones, dibujan una sociedad con fuerte presencia del sector terciario (52,35%) con dos grandes categorías, el trabajo doméstico y el de servicios, como corresponde a un núcleo urbano. Tuvo un claro predominio femenino. El grueso lo constituyeron, entre los trabajadores domésticos, las sirvientas y las mujeres dedicadas a sus labores y entre los servicios, las prostitutas. Se apuntan profesiones liberales en trabajadores sanitarios, propietarios, artistas y en la enseñanza privada. Oficinistas y funcionarios completaban esta categoría que constituye un conjunto de profesiones diversas y desordenadas. En el secundario (27,57%) se agrupaban un buen número de profesionales que incluían artesanos y trabajadores identificados, de forma genérica, como asalariados. Los dos grandes grupos fueron: la industria y la construcción. Un tejido industrial, mal registrado, pero que se apunta en trabajadores del metal, textil y la madera, obreros industriales y asalariados urbanos. Los más numerosos fueron los trabajadores de la construcción (16,05%) lo que justifica la importancia que tuvo la urbanización de calles y edificios en la actividad socioeconómica del momento estudiado. Por último, el sector primario (9,75%) estaba representado, sobre todo, por los trabajadores del mar, pescadores en su mayoría. En menor medida jornaleros y pequeños propietarios de las parroquias periféricas y el rural de la provincia de Pontevedra, identificados como labradores, agricultores y ganaderos.

Los hospitales civiles en Vigo fueron concebidos para atender a los pobres y desfavorecidos, aunque desde su inauguración contaron con salas de pago para pacientes distinguidos. Durante el primer tercio del siglo XX, con la aparición de las sociedades de socorros mutuos y compañías de seguros médicos se ingresaron numerosos trabajadores. Finalmente, a partir de 1931, la medicina municipal, cada vez con más recursos, vio reflejado el esfuerzo por extender la cobertura social del nuevo régimen político, la Segunda República.

3.8. Enfermedades del sistema genitourinario

Con 416 estancias suponen el 3,16% del total (Figura 14). Estos registros se corresponden exclusivamente a la patología que, hoy en día,

atiende la urología y ocupa el 9º puesto, entre las más frecuentes (Tabla 3).

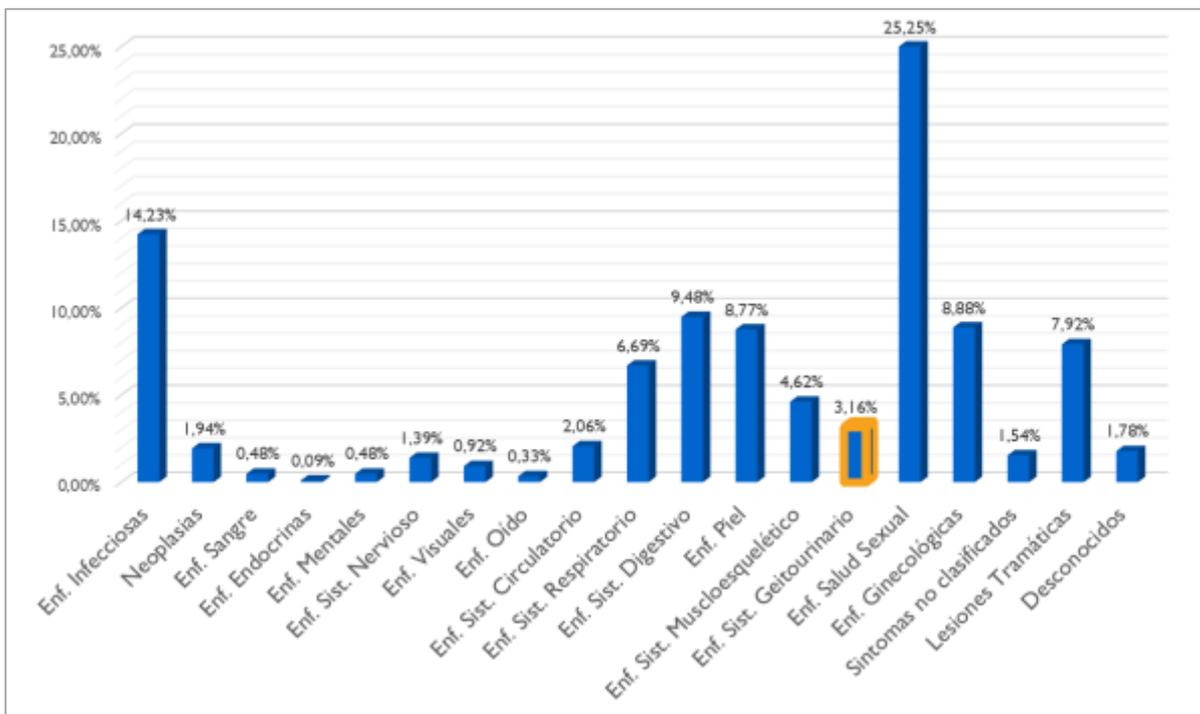


Figura 14. Estadísticas del total de las enfermedades que generaron estancias (Fuente: elaboración propia)

Tabla 3. Enfermedades de nuestro registro ordenadas por frecuencia

Clasificación registro Domínguez Freire. 2020
1- Condiciones relacionadas con la salud sexual.
2- Enfermedades infecciosas
3- Enfermedades del sistema digestivo
4- Embarazo, parto y puerperio. Enfermedades ginecológicas.
5- Enfermedades de la piel
6- Lesiones, intoxicaciones u otras consecuencias de lesiones externas
7- Enfermedades del sistema respiratorio
8- Enfermedades del sistema musculo esquelético o del tejido conectivo
9- Enfermedades del sistema genitourinario
10- Enfermedades del sistema circulatorio
11- Neoplasias
12- Síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte
13- Enfermedades del sistema nervioso
14- Enfermedades del sistema visual
15- Enfermedades mentales
16- Enfermedades de la sangre
17- Enfermedades del oído y procesos de la apófisis mastoides
18- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
19- Desconocidos

3.8. Enfermedades del sistema genitourinario

Se comparan también estos datos con datos recientes de hospitales vigueses (Tabla 4).

Tabla 4. Comparativa de los registros entre los datos actuales de los hospitales vigueses (etapa pre-COVID) y nuestros resultados. El orden de las enfermedades sigue el obtenido en las estadísticas actuales mencionadas.

Categorías	EOXIV (2018) CIE-10.	Dominguez Freire Registros de Hospitales Municipales.1896-1932.	Modificaciones para igualar ambas clasificaciones.
1. Enf. del aparato respiratorio	17,01%	6,69%(7 ^o)	
2. Enf. del aparato circulatorio	14,65%	2,06%(10 ^o)	
3. Neoplasias	11,34%	1,94%(11 ^o)	
4. Embarazo, parto y puerperio	10,85%	8,88%(4 ^o)1	3,55%(9 ^o)2
5. Enf. del aparato digestivo	10,05%	9,48%(3 ^o)	
6. Lesiones traumáticas,....	7,47%	7,92%(6 ^o)	
7. Enf. del aparato genitourinario	6,28%	3,16%(9 ^o)	8,48%(6 ^o)3
8. Enf. del aparato musculo esquelético	4,29%	4,62%(8 ^o)	
9. Síntomas, signos y resultados no clasificados bajo otro concepto	2,23%	1,54%(13 ^o)	
10. Enf. mentales	2,19%	0,48%(16 ^o)	
11. Enf. Infecciosas	2,05%	14,23%(2 ^o)	
12. Enf. del sistema nervioso	1,90%	1,39%(14 ^o)	
13. Enf. endocrinas...	1,84%	0,09%(19 ^o)	
14. Enf. de la piel	0,99%	8,77%(5 ^o)	
15. Enf. del sistema visual	0,80%	0,92%(15 ^o)	
16. Enf. de la sangre,...	0,64%	0,48%(17 ^o)	
17. Enf. del oído...	0,63%	0,33%(18 ^o)	

[1] Esta categoría engloba embarazo, parto y puerperio unido a las enf. ginecológicas. Si separamos la patología ginecológica y la incluimos en la genitourinaria se modificarían los resultados. [2] Porcentaje de nuestro registro sin las enfermedades ginecológicas. [3] Porcentaje de nuestro registro con las enfermedades ginecológicas.

La distribución por sexo presenta una mayoría de hombres (77,4%) frente a mujeres (22,6%). Eran pacientes mayores que la media de la muestra con 38,43 y 25 años de edad media y moda respectivamente. Generaron estancias discretamente más largas que el resto de la muestra con 39,90 y 10 días de estancia media y moda respectivamente. Las entradas

más frecuentes fueron las infecciones e inflamaciones con nefritis y pielonefritis a la cabeza (21,88%) seguidas de cistitis y catarros vesicales (20,19%). Le siguieron las complicaciones uretrales y de órganos vecinos como estenosis de uretra (7,93%) y fístulas (5,77%) uretrales y vesicales a consecuencia, en la mayoría de las ocasiones, de ETS. Hidroceles (7,93%), orquitis (7,21%) y prostatitis (4,57%) completaron los diagnósticos más frecuentes (Figura 15). Destaca el bajo porcentaje de litiasis y la presencia testimonial de patología oncológica, lo que traduce el momento de la medicina estudiado.

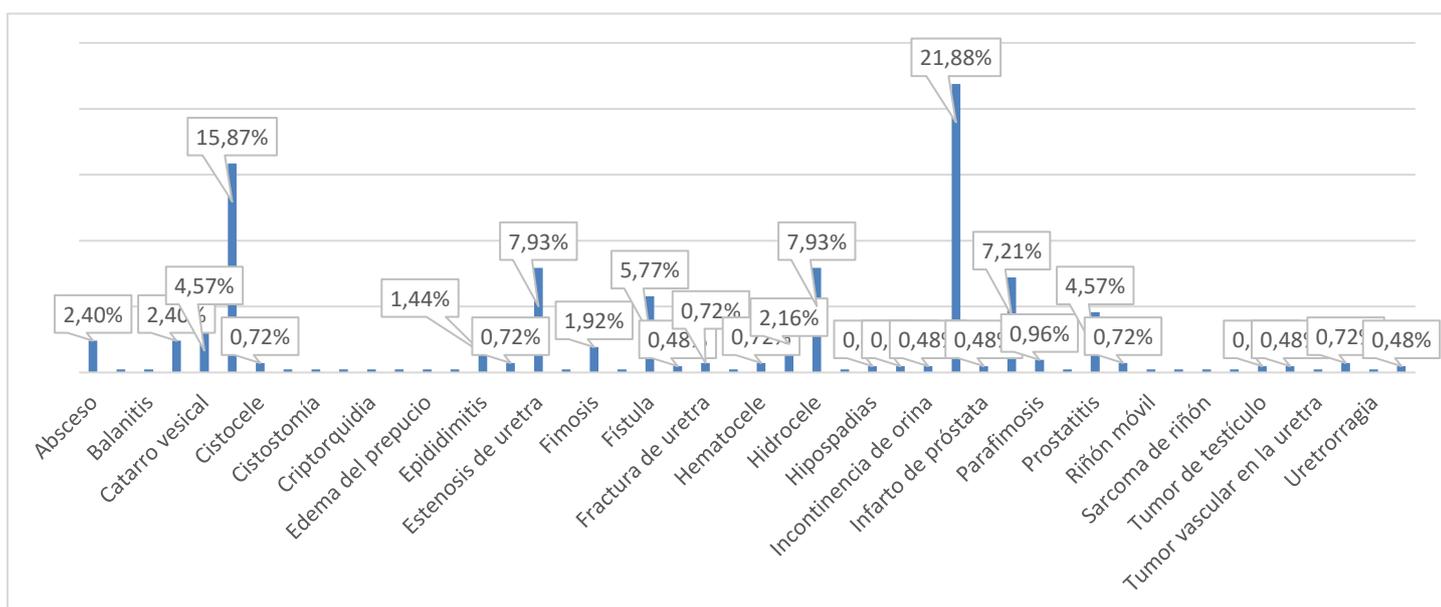


Figura 15. Diagnósticos recogidos entre las enfermedades genitourinarias (Fuente: elaboración propia).

En cuanto a las ocupaciones laborales, las más frecuentes eran hombres empleados como jornaleros (18,27%) o marineros (14,18%) y mujeres dedicadas a tareas domésticas (10,34%).

En su origen, la mayoría de los pacientes, eran gallegos (75,48%). Por provincias destacan los originarios de Pontevedra sobre todo de Vigo (31,49%), le siguen Orense, La Coruña y Lugo. De fuera de la comunidad se registraron (24,52%) con mayoría de españoles de otras comunidades. Castellano-leoneses que acudían a trabajar como jornaleros y asturianos fueron los más numerosos, el resto procedían, sobre todo, de ciudades costeras. Entre los extranjeros mayoría de europeos con los portugueses a la cabeza, como ocurrió entre el resto de las categorías. En cuanto a la mortalidad causada por estas enfermedades asciende a un 13,46%, por debajo de la media del total del estudio (16,92%) (Figura 16). Entre las causas más frecuentes de mortalidad del total solamente

encontramos a las nefritis como representante de las enfermedades genitourinarias ocupando el 8º lugar por frecuencia.

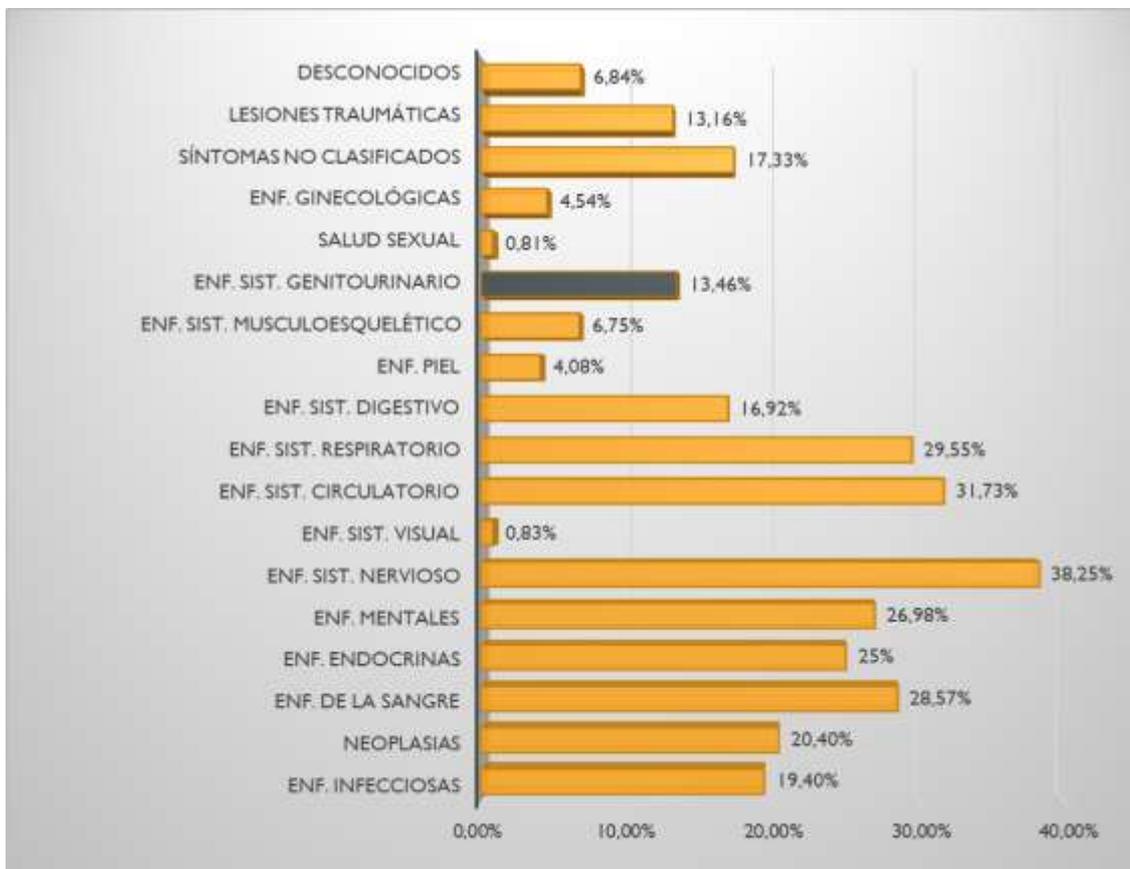


Figura 16. Mortalidad por categoría de enfermedades entre 1896 y 1932 (Fuente: elaboración propia)

4. Sanidad Municipal en 1932

En el momento en que interrumpimos nuestro registro de enfermos consideramos que la sanidad municipal tiene recursos suficientes y ha adquirido la madurez necesaria para considerarla como aceptablemente competente frente a lo que hoy entendemos como atención sanitaria pública. A continuación, nos ocupamos de otras instituciones que completaban a los hospitales municipales por su interés que nos ayudan a comprender la madurez aludida.

4.1. Cuarto de Socorro

En 1894, los médicos Nicolás Paz Pardo, Manuel Borrajo Iragorri y Clemente Fandiño presentaron un proyecto al entonces alcalde de Vigo, Primitivo Blein Costas para la instalación en la Plaza de la Constitución del Cuarto o Casa de Socorro. Se trataba de un dispensario, ubicado en los bajos de la Casa Consistorial, en el que se pudiese llevar a cabo la asistencia de las urgencias médicas que afectasen a los

vecinos y transeúntes de la ciudad. Funcionaba como lo hacen en la actualidad los Puntos de Atención Continuada en la Atención Primaria. Durante su existencia ocupó distintas localizaciones, el primero estaba ubicado en la Plaza de la Constitución y su primer director y principal facultativo fue Felipe Iglesias Ramos (1863-1915). Durante años, hasta 1915, atendió a miles de situaciones que se plantearon, siendo testigo de muchos de los sucesos más trágicos de vida social.

Desde 1896, con la inauguración del Hospital de Elduayen, el Cuarto de Socorro funcionó como filtro de la atención hospitalaria, atendiendo en primera instancia a los pacientes accidentados y, una vez estabilizados, permitir el traslado de los que lo necesitasen al nosocomio. Además de estos casos, se realizaron multitud de asistencias con labores de enfermería, curas elementales, tratamientos médicos o atención a cualquier situación urgente que se presentase. Incluso se realizaron campañas de vacunación y revacunación atendiendo habitualmente a las personas más desfavorecidas. Hasta 1915 continuó en su ubicación original, pero el importante desarrollo urbano de la ciudad generó una demanda asistencial que excedía las sencillas instalaciones originales de la Casa de Socorro. Poco a poco, se fueron incorporando a la plantilla del establecimiento más facultativos que ayudaron al doctor Iglesias, lo que permitió ampliar el horario de atención hasta funcionar por turnos que cubrían las 24 horas, todos los días de la semana. El personal se completaba con los practicantes municipales que debían asistir a los servicios permanentes que exigía el recinto.

En mayo de 1916 el ayuntamiento arrendó a Vicenta Pereira por importe de 225 pesetas mensuales, la planta baja y el sótano de una casa, situada en el no 21 de la calle Policarpo Sanz, en la que ubicaron la Casa de Socorro Municipal. Este local permitió ampliar los recursos y mejorar la atención. Hasta bien entrados los años 20, la plantilla se mantuvo con excepción de modificaciones ajenas a la gestión del personal municipal. En noviembre de 1926, además de los médicos trabajaban tres practicantes de la Beneficencia Municipal: Miguel Palacios Cisneros, Juan Vila Rivera y Jesús González González. Lo hacían en exigentes turnos que debían de cubrir las 24h de los siete días de la semana. Los médicos recibían un salario de 4000 pesetas anuales y los practicantes 2000. El establecimiento funcionó con eficacia y diligencia prácticamente dos décadas, manteniendo estable el personal sanitario y las instalaciones. En enero de 1930 todavía tenía la misma plantilla de médicos con José Iglesias Iglesias como director acompañado de Lino Meijón García y Guillermo Barros Arbones y un tocólogo, Eugenio Arbones Castellanzuelo.

En los años 40, el servicio se había trasladado a la calle Uruguay no 21. En 1945, la Casa de Socorro abarcaba los no 21-23 de la mencionada calle. Disponemos también de las estadísticas con un total de asistencias de 2521 con una distribución por sexo, causas, pronóstico y

naturaleza de las lesiones similares a las de tres años antes, si bien en la descripción de los diagnósticos se amplían considerablemente las categorías.

Durante sus 80 años de existencia, hemos documentado, en búsquedas de hemeroteca de la prensa local, multitud de asistencias en enfermedades habituales, sucesos trágicos, accidentes de todo tipo y agresiones, lo que permite conocer las características de la sociedad que transita del siglo XIX al XX. El Cuarto de Socorro continuó con su labor durante años en la misma ubicación hasta los años 70, cuando finalizó su trayectoria vital [1].

4.2. El Laboratorio Municipal

Los laboratorios municipales surgieron en la mayoría de las ciudades españolas a finales del siglo XIX. Su aparición fue el resultado del cambio de pensamiento que tuvo lugar en la sociedad desde finales de la Edad Moderna, cuando se renovó el conocimiento en todos los campos de la ciencia y las humanidades, de la mano de los nuevos aires, que ya respiraban en toda Europa desde finales del siglo anterior. Esta corriente de pensamiento fue trasladada a la sanidad nacional por los primeros higienistas, facultativos que trabajaron para sentar las bases de la salud pública actual. En España, los gobiernos centrales y en la periferia, las autoridades provinciales y municipales, se hicieron cargo de la organización sanitaria a lo largo del diecinueve.

Los primeros en España surgieron en el último tercio del siglo XIX (Barcelona 1864 y Madrid 1877), siguiendo como modelos a los institutos municipales de higiene de las principales ciudades europeas. El Laboratorio Químico Municipal de Vigo tiene su origen en la iniciativa promovida por el Colegio Médico-Farmacéutico, en 1895, fue instalado en sus dependencias ubicadas en la calle Imperial y surgió como eficaz instrumento para prevenir la enfermedad, velando por la higiene y la salud pública.

En Vigo, desde la primera mitad del diecinueve, conocemos las juntas municipales de Sanidad del puerto que se formaron bajo la regulación del Reglamento interino para el gobierno y dirección del Lazareto de San Simón aprobado en 1842. A medida que avanzó el siglo encontramos subdelegados de sanidad e inspectores municipales de higiene y salubridad. Éstos últimos también se denominaban Higienistas municipales, cargo que desempeñaba uno de los médicos titulares del ayuntamiento.

La primera referencia al Laboratorio Municipal la hemos encontrado en enero de 1895, cuando el ayuntamiento de Vigo acordó con el Colegio Médico-Farmacéutico, mediante la subscripción de un contrato por tres años, el arriendo de la actividad del laboratorio aconsejado, pero no obligado, por la legislación del momento. El contrato al que

hacemos referencia fue el resultado de una negociación, prolongada en el tiempo entre enero y octubre de 1895.

El local social del Colegio estaba ubicado en el edificio de Pedro Román o edificio "Ferro" en la entonces denominada calle Imperial. Fue construido por el arquitecto Jenaro de la Fuente, por encargo de Pedro Román, con utilidad comercial en su planta baja, albergando los almacenes Ferro, de ahí su denominación y como sede de la Sociedad Casino de Vigo en la planta superior. En la actualidad el edificio, perfectamente restaurado, alberga la biblioteca pública "Juan Compañel". El establecimiento permaneció en la sede del Colegio hasta el año 1900 cuando se trasladó a las instalaciones de la Escuela Municipal de Artes y Oficios (EMAO).

En 1900, la EMAO, institución centenaria en la ciudad, trasladó sus instalaciones, desde su ubicación inicial, al elegante edificio en el que permanece todavía en la actualidad, merced a la generosa donación de don José García Barbón (1831-1909). Estaba ubicado en la planta baja del edificio, entre dependencias destinadas a acumuladores y talleres, comunicado con un patio exterior, probablemente para favorecer la ventilación.

Con el traslado de las instalaciones, José Díaz Casabuena (1866-1944) farmacéutico militar y profesor de la Escuela, sustituyó como director del centro a Isidoro E. Reguenga. El nuevo director permaneció en este cargo hasta octubre de 1902, cuando fue relevado, interinamente, por Manuel Fernández Casas. El nuevo director llevó a cabo una entusiasta y competente labor al frente del Laboratorio, para lo cual, giró visita a distintos establecimientos municipales y privados, sufragando él mismo los gastos. Con esfuerzo logró modernizarlo en los años siguientes a su nombramiento. Durante esa época, también estaba a cargo de la dirección el Parque de Desinfección, servicio destinado a tareas de desinfección, desinsectación y desratización. Posteriormente, el Parque fue dirigido durante los primeros años por el médico Manuel Borrajo Iragorri, con gran dedicación y éxito, a juzgar por la elegante placa conmemorativa que todavía se conserva en las actuales instalaciones del departamento.

Sobre el personal el reglamento obligaba a contar con: un Director Jefe, un Inspector Médico de salubridad, un Revisor Veterinario con destino al matadero, un Revisor Veterinario con destino a los mercados y un Revisor Veterinario auxiliar. A lo largo de 1910, se aprobó el Reglamento para el servicio del Laboratorio Municipal de Higiene de Vigo, por el ayuntamiento y el gobierno civil. El documento original se conserva en el museo del Laboratorio. Se trata de una norma, modelo en su género, dividida en dos secciones. La primera, constaba de tres capítulos y describía las características del establecimiento, el personal que debía de tener asignado y la forma de funcionar. La segunda, en cuatro capítulos, hacía referencia a la venta de sustancias alimenticias y otras

de frecuente uso doméstico, bajo el punto de vista de la higiene y la buena fe en las transacciones. Al mismo tiempo, se aprobó, en una tercera sección del reglamento, el Negociado de Higiene y Salubridad.

La competencia del Negociado afectaba a todos servicios y asuntos de carácter higiénico, desinfecciones, enfermedades infecciosas, denuncias de faltas higiénicas, visitas a patios, bodegas, habitaciones y en general todas aquellas medidas que contribuían a garantizar la salud pública. Se obligaba a todos médicos municipales y de libre ejercicio, cabezas de familia, dueños o encargados de establecimientos, talleres y fábricas, así como a los gerentes de establecimientos de hostelería, a presentar las declaraciones de enfermedades infecciosas ante el alcalde o inspector jefe del negociado. También vigilaban la obligatoria labor de desinfección de habitaciones desalquiladas; así como la industria y comercio de ropa vieja. Los servicios prestados a particulares se cobraban según las tarifas aprobadas destinándose el importe al sostenimiento del material de estas oficinas.

A partir de la aprobación del reglamento y durante las siguientes dos décadas, hasta la Guerra Civil, el laboratorio contó con personal estable, locales adecuados y recursos suficientes. Con el apoyo económico de las autoridades locales, Fernández Casas consiguió adquirir el material preciso para modernizar e incrementar la actividad del establecimiento: balanzas de precisión, microscopios, estufas, microtomos, material especial para el análisis de vinos, refractómetros, polímeros, espectroscopio, centrifugadoras, autoclave y todo tipo de material fungible. La dotación se completó con una biblioteca especializada y actualizada. Se dotó al Parque de desinfección de autoclave para la desinfección de ropas y todo tipo de objetos, así como material móvil para poder realizar fumigaciones.

En el año 1913 el Laboratorio contaba con una plantilla compuesta por 6 técnicos: director, Manuel Fernández Casas; bacteriólogo, Ricardo Landa; inspectores veterinarios: Leopoldo Checa, Francisco López, Lisardo Grela y Miguel Bezares. Durante el verano de 1914, la ciudad se enfrentó a la más cruenta de las epidemias de su historia. Inicialmente catalogada como fiebre tifoidea o simplemente tifoidea, en realidad se trató de un brote epidémico, caracterizado por fiebres gástricas, en el que el único germen diagnosticado fueron colibacilos en el agua de la traída, origen de la epidemia.

La labor del Laboratorio fue crucial durante toda la epidemia, convirtiéndose en el centro neurálgico, desde donde se establecieron todas las medidas de higiene que posibilitaron el control de la salud pública de la ciudad. Además, a partir de que el ayuntamiento se hizo cargo de la gestión del abastecimiento de agua, el Laboratorio fue el encargado de llevar a cabo este imprescindible servicio municipal.

En la década de los años veinte su actividad se incrementó sustancialmente, los presupuestos y gastos reflejados en los libros del

ayuntamiento así lo demuestran. Sobre todo, durante los años 1922 y 1923. Creemos que podría explicarse, en parte, por la puesta en funcionamiento de los Pabellones Sanitarios. En el nuevo centro se incrementó considerablemente la demanda de análisis clínicos. Esta situación se mantuvo hasta 1927, cuando la Corporación Municipal, nombró un médico bacteriólogo que se encargase de los análisis de productos procedentes de enfermos del hospital. Fue elegido Donato Fuejo García que realizó su trabajo en su laboratorio particular por carecer el nosocomio de ese servicio. Hasta los desgraciados sucesos de la de 9 de febrero de 1925.

En los años 40 se inició una época de decadencia por la grave situación general en que quedó sumido el país durante la postguerra. Con la Ley de Bases de Sanidad Nacional, del año 1944, se propició la eliminación de este importante servicio municipal, dentro de una política centralista que redujo claramente el poder de las corporaciones locales, tan importantes en la gestión de la salud pública hasta entonces. Con la nueva legislación se estableció que los laboratorios municipales, a petición de los ayuntamientos de los que dependían, podía fusionar total o parcialmente su personal y servicios con los Institutos Provinciales de Sanidad en las condiciones que fijaba el Ministerio de Gobernación. Esta situación fue la causa de la desaparición de la mayoría de estos establecimientos en las grandes ciudades. No sucedió así en Vigo; si bien, el Laboratorio Municipal, redujo considerablemente su presencia en el gobierno de la higiene y salud pública de la ciudad.

En diciembre de 1949, se jubiló, merecidamente, Manuel Fernández Casas, siendo relevado, brevemente, por Jenaro Vázquez Blanco, que falleció al poco tiempo y fue sustituido, a su vez, por Rafael López Costa como director. Ambos pertenecían a la plantilla de técnicos, con plaza en propiedad, desde la década de los 30. En los años 50 la disminución de la plantilla fue muy importante, con la única plaza en propiedad asignada al director López Costa, si bien, ejercieron como personal adscrito, con dedicación parcial dos funcionarios técnicos del Estado, que se dedicaron a la inspección sanitaria de establecimientos. En esta década se inauguró, en la avenida de Cánovas del Castillo, el edificio destinado a Sanidad Exterior y a los Dispensarios del Centro Comarcal de Sanidad. Organismos dirigidos por el doctor Tomás Harguindey, jefe local de Sanidad y analista clínico. Finalmente, se trasladó al mencionado edificio con el compromiso de encargarse de la analítica clínica que precisaban los dispensarios allí ubicados.

Contaba con espacios más amplios y modernizados, con instalaciones que mejoraron las ya anticuadas de la EMAO. El Laboratorio Municipal permaneció en la Avenida de Cánovas del Castillo hasta los años 80 cuando se inauguró, el actual edificio que alberga el Ayuntamiento de Vigo, en la Plaza del Rey, donde permanece en la actualidad en dependencias ubicadas en el primer sótano. Continúa funcionando

con una plantilla muy mermada. También continúa el Parque de desinfección, que todavía funciona en unas instalaciones municipales situadas en Santa Cristina de Lavadores [19].

4.3. *El Hospital del Rebullón*

En diciembre de 1928, Emilio Martínez Garrido, vocal de la Junta de Gobierno de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Vigo, presentó los estudios y la propuesta realizados, con el objeto de emplazar un edificio, en terrenos situados en el Alto de O Rebullón en Mos (Pontevedra), que albergase colonias escolares veraniegas, destinadas a niños pobres. Entre los informes aportados, figuraban cinco de carácter médico, avalados por una serie de conocidos profesionales: Enrique Lanzós Sánchez, Nicolás Paz Pardo, Waldo Gil Santóstequi, Manuel Amoedo Seoane y Ramón Álvarez Nóvoa; facultativos, todos ellos, con impronta en la sanidad civil municipal. Los informes aludidos certificaban la salubridad de los terrenos en los que se pensaba ubicar el establecimiento residencial. El proyecto técnico fue realizado por el arquitecto Manuel Gómez Román.

Las Colonias Escolares comenzaron a funcionar en su nuevo edificio en el verano de 1930, la inauguración oficial tuvo lugar el 13 de julio. Fue su primer director, el médico Nicolás Paz Pardo, quién se encargó de realizar los reconocimientos médicos a los niños. Inicialmente, se decidió realizarlos en las escuelas públicas, pero finalmente se realizaron en el despacho particular del facultativo. Para el gobierno interno de las Colonias se designó a las maestras municipales, Amparo Míguez y Emma Novoa. Como personal subalterno, contaban con un guarda, una cocinera, dos ayudantes y sirvientas. Las Colonias funcionaron ofreciendo estancias saludables a los pequeños, más desfavorecidos y enfermos, hasta que estalló la Guerra civil. Esta institución local se había creado en 1904, por lo que inauguró su nuevo edificio cuando cumplieron sus Bodas de Plata.

A partir de octubre de 1936, el edificio cumplió funciones de Hospital de Evacuación para heridos de guerra y, al finalizar el conflicto bélico, pasó a ser propiedad del Patronato Nacional Antituberculoso. En 1941, con objeto de combatir la denominada peste blanca, enfermedad endémica en Galicia, se presentó un ambicioso anteproyecto para crear un gran sanatorio que se situaría en el alto del Rebullón, próximo al que funcionaba desde una década antes. La grave crisis económica de la postguerra provocó que el edificio finalmente construido resultó bastante diferente al anteproyecto realizado por Fernández Cochón en enero de 1940. En 1945 la capacidad del Sanatorio era de 80 camas, lo que confirma que la diferencia entre la capacidad del proyecto inicial y el edificio que finalmente funcionó fue considerable.

El edificio del Rebullón siguió desempeñando la labor de Sanatorio Antituberculoso hasta 1963 después de sucesivas mejoras y

ampliaciones en las décadas de los años 40 y 50. Tras un paréntesis de 12 años, en 1975, adquirido por la Diputación de Pontevedra, llegaron los primeros pacientes al Hospital Psiquiátrico del Rebullón. En 1990 se trasladó a la Xunta de Galicia y el recinto pasó por diferentes etapas, hasta llegar a convertirse en Hospital Psiquiátrico. Con la reorganización de la estructura sanitaria del área de Vigo, el viejo hospital cerró sus puertas en enero de 2016, sus pacientes crónicos se trasladaron al Hospital Nicolás Peña, en el centro de la ciudad, cerrando el círculo que iniciamos 120 años antes en los establecimientos civiles municipales con el Hospital de Elduayen [1].

4.4. Otros recursos o centros asistenciales

Durante el primer tercio del siglo XX como testimonios de la Beneficencia viguesa existían moradas donde se ejerció la caridad y centros en donde se plasmó la asistencia sanitaria: Casa de la Caridad, Asilo de las Hermanitas de los ancianos desamparados, Siervas de Jesús, Lucha Antituberculosa, Trata de blancas y Asilo de la Santísima Trinidad, La Cruz Roja, Sociedad de Socorros Mutuos de Vigo, La Cooperativa, Negociado de Beneficencia Municipal, Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Vigo, Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad y el Asilo del Niño Jesús de Praga. Establecimientos que cumplieron una labor asistencial o muy relacionada con la asistencia sanitaria, ya que claramente existían recursos puramente asilares frente a centros de marcado carácter sanitario. Asociados a estas instituciones encontramos los dispensarios antituberculoso y antivenéreo y la Gota de leche.

De la mano del gobierno de la Segunda República, a principios de los años 30, las autoridades municipales impulsaron una serie de instituciones relacionadas con la enseñanza, de marcado carácter social, entre las que destacamos dos, por su perfil sanitario: el Dispensario de Higiene Infantil y el Preventorio femenino "Matilde Huici". El Dispensario de la mano de la Junta Local de protección de menores, presidida por el teniente de alcalde Waldo Gil Santóstegui, médico de profesión, se ubicó en el número 14 de la calle de García Barbón, en el edificio que ocupó el Colegio de S. José de Cluny. El 20 de marzo de 1933, una semana después de la inauguración del Dispensario, tuvo lugar el acto oficial de inauguración del Preventorio femenino, con la presencia de la pedagoga y destacada jurista Matilde Huici Navaz (1890-1965), cuyo nombre recibió el establecimiento. La ceremonia se llevó a cabo, en la finca ocupada por la casa en donde estaba ubicada la institución, en el barrio del Couto. Este preventorio fue el primero de su clase que funcionó en España y, si bien tenía un marcado carácter social, no descuidaba la asistencia sanitaria a las menores, puesto que era el tratamiento de menores de sexo femenino el objetivo del recinto. Disponían de un pequeño consultorio a modo de dispensario. No es necesario explicar

que la actividad de estas instituciones se interrumpió, a partir de julio de 1936, por razones de todos conocidas [1].

5. Conclusiones

El paciente urológico tipo fue un hombre de Vigo, mayor que la media del registro, que ingresaba con una enfermedad infecciosa, nefritis o pielonefritis probablemente. Habitualmente con una estancia superior a la media del resto de categorías y probabilidad de salir curado del 76,68%.

En 1932, la Medicina Municipal Civil en Vigo tiene recursos suficientes, personal estable y locales adecuados para ser reconocida desde el punto de vista actual. Funcionaba el hospital municipal, el cuarto de socorro, los dispensarios antituberculoso y antivenéreo y el laboratorio municipal. También contaban con servicios médicos, la Gota de Leche, el dispensario de Higiene infantil, el preventorio femenino y el departamento de Sanidad del Puerto. Poco después se sumaría el Hospital antituberculoso del Rebullón. El ayuntamiento disponía de 7 médicos titulares a los que se sumaban dos inspectores médicos del Laboratorio y el tocólogo del cuarto de socorro. En el hospital se incorporaron medios complementarios, laboratorio propio y servicio de radiología. Las plantillas se incrementaron con médicos especialistas, enfermería bien formada, comadronas, practicantes y auxiliares que ayudaban a las hijas de la Caridad. Existían órganos colegiados de médicos, el Colegio comarcal de Vigo y la Academia Médico-Quirúrgica pronto se pondría en funcionamiento. Sin duda, en ese año, la medicina que se practicaba en Vigo era reconocible y madura.

Al mismo tiempo que el pensamiento social evolucionó desde la caridad a la asistencia institucional, el pensamiento científico generalista avanzó al especializado. La población viguesa decimonónica hizo suya la idea de que la sanidad no es solo un concepto privado sino público, en el que interviene toda la sociedad. Fue este cambio, esta evolución positiva del pensamiento médico, el motor de la medicina civil municipal que se originó a finales del XIX y se consolidó en el primer tercio del siglo XX.

Contribución de los autores: Fernando Domínguez Freire ha contribuido al diseño metodológico, adquisición de datos, escritura y preparación del manuscrito; así como a la revisión y edición del mismo. El autor ha leído y está de acuerdo con la publicación del manuscrito en esta versión.

Financiación: El presente artículo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de Interés: No existe conflicto de interés debido a la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Domínguez Freire, F. Evolución del pensamiento médico de entresiglos (1878-1932) en Galicia: de la caridad a la asistencia. El caso de Vigo. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 2020.
2. Web de la OMS. www.icd.who.int/es/. [Consultado por última vez el 20 de abril de 2020].
3. Garnier, M y Delamare, V. Diccionario de los términos técnicos usados en medicina. Editorial Bailly-Bailliere e hijos: Madrid, 1907.
4. Domínguez Freire, F. De la antisepsia a los Pabellones Sanitarios. El doctor Enrique Lanzós Sánchez (1858-1930). Edita: Instituto de Estudios Vigueses, Vigo, 2018.
5. Souto González, X.M. "VIGO cien años de historia urbana (1880-1980)". Editorial Xerais, Vigo 1990.
6. Lamas Dono, J. Historias de Vigo. Edicions Xerais, Vigo 2018.
7. Sánchez Martínez, J. Historia del Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena (1900-1936). Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 1998.
8. Cabanelas, JR. El Cable Inglés-El Cable Alemán. Vía-Vigo. Edita: Instituto de Estudios Vigueses, Vigo, 2013.
9. Taboada Leal, N. Descripción topográfica-histórica de la ciudad de Vigo, su ría y alrededores: con una noticia biográfica de varios hombres ilustres hijos del país. Edita Imprenta de la Viuda e Hijos de Compañel, Santiago de Compostela, 1840.
10. Santiago y Gómez, J. De. Historia de Vigo y su comarca. Imprenta y litografía del Asilo de huérfanos, Madrid, 1896 [reeditado por Instituto de Estudios Vigueses, 2005].
11. Espinosa Rodríguez, J. Tierras do Fragoso, notas para la historia de Vigo y su comarca. Edición facsímil, editado por Instituto de Estudios Vigueses, Vigo 2003.
12. VVAA. Vigo en su historia. Edita Caja de Ahorros Municipal de Vigo, Vigo, 1980.
13. Fernández González, M. La estructura socioprofesional de la ciudad de Vigo en 1930 en Boletín Glaucopis del Instituto de Estudios Vigueses, 1997, nº 3, pg 81-108.
14. Durán Rodríguez, M^a.D. La EMAO de Vigo durante el primer tercio del siglo XX. Edita: Cardeñoso, Vigo, 2008.
15. Pantoja Villar, J.C. El trabajo femenino en Vigo, 1910 en Boletín Glaucopis del IEV, 2001, nº 7, pg 173-188.
16. Ramos Martín-Vegue, AJ, Vázquez Barquero, JL y Herrera Castanedo, S. CIE-10 (I) Introducción, historia y estructura general en Papeles Médicos 2002; 11(1):24-25.
17. Ávila y la Cueva, F. Cuaderno de noticias muy curiosas para la Iglesia Colegiata de Vigo. Edición facsímil conmemorativo del V centenario de la Colegiata. Edita: Concello de Vigo, 1998.
18. Archivo Histórico Diocesano de Tuy: Mazo «Libro Vigo. Colegiata. Hospital Santo Spiritu y Magdalena.1616-1741». Balda 53C.
19. Domínguez Freire, F. Origen y trayectoria del Laboratorio Municipal de Vigo. Una institución centenaria. Edita: Instituto de Estudios Vigueses. 2021.