



**X Congreso Internacional de la AEHE
8, 9 y 10 de Septiembre 2011
Universidad Pablo de Olavide
Carmona (Sevilla)**

TÍTULO: El higienismo ante la *urban penalty* y las causas del atraso sanitario español, 1881-19231

SESIÓN: Contribución al estudio del nivel de vida de las clases populares de las ciudades españolas: salud pública y nutrición (1860-1936)

AUTORES: Josep Bernabeu-Mestre; María Eugenia Galiana Sánchez

INSTITUCIÓN ACADÉMICA: Universitat Autònoma de Barcelona

El higienismo ante la *urban penalty* y las causas del atraso sanitario español, 1881-1923¹

Josep Bernabeu-Mestre; María Eugenia Galiana Sánchez²
Grup Balmis d'Investigació en Salut Comunitària i Història de la Ciència
Universitat d'Alacant

BORRADOR DE TRABAJO

Resumen

El trabajo analiza, en el contexto del “problema sanitario español” y en el marco sociopolítico y económico de la Restauración, el diagnóstico de los problemas de salud asociados a la *urban penalty* que llevaron a cabo los higienistas, las soluciones que se proponían para su resolución, y las razones que explicaban, en su opinión, el retraso con que se incorporó nuestro país al proceso de modernización sanitaria. En relación con los textos y las fuentes utilizadas, se han seleccionado testimonios que resultasen representativos del colectivo higienista, y con una proyección social relevante. Los resultados, además de mostrar la dimensión de estrategia política que mostró el higienismo y su soporte a un ambicioso programa de regeneración social, ponen de manifiesto, en primer lugar, la falta de información con la que tropezaban los higienistas para realizar sus diagnósticos de situación. En concreto, la ausencia de datos resultaba manifiesta en algunos de los fallos de mercado que más influían en la *urban penalty*: la situación higiénica y sanitaria de las viviendas y los problemas de la alimentación. En segundo lugar, hay que destacar, entre las principales deficiencias relacionadas con las infraestructuras higiénico-sanitarias de los espacios urbanos, las relacionadas con el ciclo del agua y la insalubridad de las viviendas. En tercer lugar, en relación con la alimentación y la nutrición, para los higienistas el hambre crónica era el principal problema de salud del proletariado urbano. Por último, en el capítulo de propuestas de reformas y soluciones para superar el atraso sanitario, junto a la demanda de un mayor intervencionismo estatal, a través de reformas legislativas encaminadas a redefinir las competencias sanitarias de las diferentes administraciones o desarrollar políticas preventivas y de salud pública, los higienistas proponían avanzar en la higiene de la habitación y en la resolución del problema “alimenticio”, tanto en su dimensión sanitaria, como económica y social.

1. El proceso de configuración del higienismo y el contexto español

El ambientalismo era la doctrina higiénica dominante en las primeras décadas del siglo XIX. Coincidiendo con los inicios de la revolución industrial, en las décadas

¹ Trabajo realizado en el marco de los proyectos: “La lucha contra la desnutrición en la España contemporánea y el contexto internacional (1874-1975)” (HAR2009-13504-C02-01), “La sanidad española en el contexto internacional. Conferencias sanitarias, Sociedad de Naciones y Organismos Internacionales (1851-1975)”. Proyecto *Consolider* del Ministerio de Educación y Ciencia [HUM 2006-06098], y el Programa Prometeo. Generalitat Valenciana (Referencia: Prometeo/2009/122).

² Correspondencia: josep.bernabeu@ua.es; galiana@ua.es

Departament d'Infermeria Comunitària, Medicina Preventiva i Salut Pública i Història de la Ciència
Universitat d'Alacant
Ap. de correus 99
03080 Alacant

finales del siglo XVIII y las primeras décadas del siglo XIX, tuvo lugar una recuperación de la doctrina hipocrática ambientalista. Las condiciones climáticas, telúricas, hídricas y medioambientales explicaban la presencia de la enfermedad y la muerte, pero a lo largo de aquella centuria, la higiene fue evolucionando desde la preocupación por el medio geoclimático al estudio del orden social. Las topografías médicas, primero, los estudios de geografía médica, después, junto con las memorias de salud pública que buscaban conocer la realidad sanitaria del entorno sobre el que procedía actuar, posibilitaron, a través de la información que proporcionaban aquellos trabajos de campo y la disponibilidad creciente de datos estadísticos, el reconocimiento de la etiología social para toda una serie de problemas de salud, y legitimaron medidas intervencionistas en la organización de la vida pública.³ Como señalaba George Rosen en su análisis histórico sobre el concepto de medicina social,⁴ la higiene, por medio del conocimiento de las causas de las enfermedades, se convirtió en el fundamento de la ciencia social y en una guía para los legisladores, y la medicina social en una disciplina que tenía como principal objetivo el estudio de la influencia de las condiciones sociales del medio en el que nacen, viven, trabajan, se alimentan, se reproducen y mueren los seres humanos. Se trataba, en definitiva, de reconocer la etiología social de la enfermedad y de legitimar la acción social de la medicina.

A mediados del siglo XIX, a medida que se hacían visibles los efectos no deseados de una industrialización y urbanización deficientes, desde diversos ámbitos, incluido el sanitario, se produjo un creciente interés por la diversificación socioeconómica que mostraban determinados problemas de salud. La enfermedad y la decadencia física eran mucho más comunes entre las clases pobres. En su texto sobre las condiciones de la clase trabajadora inglesa, Engels se refería a los “fantasmas pálidos, enclenques, estrechos de pecho, de ojos hundidos, afectados de escrófula y raquitismo que merodeaban por las calles de Manchester y de otras ciudades fabriles”. Aquellos lamentables estados de salud fueron asociados, entre otros factores a la escasez de alimentos, a la suciedad y a la contaminación. La problemática de la polución y la contaminación del aire y del agua, empezaron a adquirir protagonismo. Desde aquella premisa la salud podía ser recuperada proporcionando a las clases trabajadoras aire puro, agua pura, abundancia de alimentos, y un ambiente saludable. Comenzó a

³ Rodríguez Ocaña (1987: 17-29).

⁴ Rosen (1984: 234-239).

desarrollarse un ideal sanitario que se basaba en la convicción de que las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad eran en gran parte evitables, porque se debían a la falta de higiene, al hacinamiento y a otras causas sociales y medioambientales que podían corregirse.⁵ Hay que subrayar, sin embargo, que aquel ideal fue capaz de calar entre la opinión pública y de influir en las esferas políticas, por el trabajo de divulgación que realizaron los reformadores sociales que se interesaron por el mismo.⁶

El ideal o movimiento sanitario se extendió por toda Europa, pero fue en Inglaterra donde alcanzó el mayor grado de compromiso nacional, jugando un papel clave la Asociación para la Salud de las Ciudades (*Health of Towns Association*).⁷ Dicha asociación fue capaz de aglutinar a personajes y ciudadanos de muy diversa procedencia: desde miembros de la aristocracia a ciudadanos anónimos, pasando por médicos, abogados, estadísticos, etc. Entre sus miembros hay que destacar, por su relevancia, al estadístico William Farr, a los médicos Southwood Smith y John Simon, o al abogado Edwin Chadwick. El objetivo de la Asociación era sustituir la enfermedad por la salud, la suciedad por la limpieza, la prevención en lugar del tratamiento, etc., un ambicioso programa que se resumía en más aire, más agua y más sol (luz). El decreto de salud pública promulgado en 1875, fue uno de los logros legislativos más destacado. En el otoño de aquel mismo año, el médico y sanitarista Benjamín Ward Richardson, otro de los miembros destacados de la Asociación, presentaba ante la Sección de Sanidad de la Sociedad Londinense de Ciencias Sociales su propuesta utópica titulada *Hygeia: una ciudad saludable*.

A la par que se iba configurando el movimiento sanitarista y se consolidaban la higiene y la medicina social, en la segunda mitad del siglo XIX la doctrina miasmática dio paso, a medida que se avanzaba en ciencias básicas como la física y la química, a la bacteriología y a la teoría del contagio, y, por tanto, a una nueva forma de interpretar, desde la microbiología y la higiene experimental, los problemas de salud.⁸ En realidad se produjo una superposición de esquemas interpretativos y no resultaba infrecuente encontrar testimonios que al mismo tiempo que exponían interpretaciones miasmáticas, describían los peligros de los microbios, e introducían conceptos propios de la medicina

⁵ Susser, Susser (1996), Krieger, Birn (1998), Hamlin (1998).

⁶ Szreter, Woolcock (2004).

⁷ Cassedy (1962), Dubos (1965, 1986), Ashton (1993).

⁸ Nathanson (2007).

social. Como se señalaba en un texto español de 1913 sobre saneamiento de las poblaciones:⁹

Es innegable que el sólo factor infección no basta para determinar la demografía sanitaria de un país, pues prescindiendo de sus condiciones climatológicas y naturaleza del terreno queda aún otro elemento no menos importante, cual es las resistencias orgánicas colectivas, representadas en las poblaciones por el bien o malestar social que imprime el problema económico, como también la habitación, costumbres, vicios e ignorancias de los individuos que las integran.

Durante las décadas finales del siglo XIX y los primeros años del siglo XX, los estudios de topografía y geografía médica, pese a la aparición del nuevo paradigma bacteriológico, continuaron jugando un papel fundamental en la recogida de los datos de interés ecológico y médico-social que precisaba el desarrollo y la aplicación práctica de los supuestos de la nueva medicina social.¹⁰ Como recogía Hauser en su *Geografía Médica de la Península Ibérica*:¹¹

Las enfermedades infecciosas que afligen a la humanidad son de índole social [...] la sociedad en que buscan sus víctimas les sirve de medio de cultivo y de propagación [...] la autonomía morbígena de las diferentes regiones y zonas de España se explica unas veces por condiciones climatológicas, otras veces por condiciones económico-sociales, otras por costumbres especiales de vida y alimentación y otras por condiciones antihigiénicas, que difieren en cada zona, según el grado de cultura y según el mayor o menor bienestar de los habitantes.

Pero se trataba, también, de un tipo de de estudios que resultaban fundamentales para avanzar en las reformas sanitarias que precisaba la sociedad, al proporcionar información sobre las causas de las deficiencias y las soluciones que podían aplicar los responsables de resolverlas:¹²

Día llegará [...] en que nuestra Patria pueda presentar un trabajo completo de topografía médica general de reconocida utilidad para el filósofo, el legislador, el higienista, para la buena administración de los pueblos, para la salubridad pública general, que es al fin y al cabo la savia fecundante que ha de nutrir el organismo social [...] la resultante de esta obra ha de ser, llevando a la práctica las enseñanzas que de ella se desprenden, la higienización [...] puesto que ellas dictarán las modificaciones que deban introducirse, removiendo las causas de insalubridad que existan, favoreciendo y fomentando las buenas condiciones higiénicas que poseer puedan [...] logrando de esta manera su progreso social y moral.

⁹ Millas (1913: 2).

¹⁰ López Piñero (1991: 13).

¹¹ Hauser (1913: VII).

¹² Asociación Médico-Farmacéutica (1896: 4).

De esta forma, mientras se producía la consolidación disciplinar de la microbiología y la higiene experimental, el higienismo, como expresión de la medicina social,¹³ se acabó configurando como un movimiento pluridimensional basado en la complementariedad, y en dinámicas operativas comunes, en las que médicos, políticos, ingenieros, educadores, arquitectos, madres... participaban de un proceso de reforma social de amplia envergadura, que es el que verdaderamente permite explicar, en nuestra opinión, la modernización sanitaria que vivieron las sociedades europeas.¹⁴ En cualquiera de sus acepciones, la higiene se refería a la salud como valor positivo y eso quería decir que, directa o indirectamente, con mayor o menor retórica, con mayor o menor aparato tecnológico, el discurso salubrista ocupaba un lugar de referencia, o al menos no podía ser contradictorio con una ideología higienista compartida y aupada por tantos sectores de la sociedad. Por ello lo higiénico-sanitario fue, “intervención médica”, o más bien “mediación médica”, ya que el discurso médico sanitario sobre la salud se convirtió en el núcleo ideológico o de cristalización alrededor del cual se construyó la compleja y heterogénea trama social del higienismo.¹⁵

El triunfo del higienismo como ideología social, atemperó la crudeza del capitalismo que acompañó el proceso modernizador de las sociedades occidentales, al otorgar a muchos de los problemas de salud la condición de socialmente intolerables; influyó directamente en la construcción social de los derechos civiles; y propició la intervención política del estado y la movilización social frente a las enfermedades sociales dominantes; además de otorgar un gran poder a la figura del experto o especialista en salud pública.¹⁶

En el caso español, durante el período de la Restauración, el higienismo adquirió una dimensión de estrategia política y dio soporte a un ambicioso programa de regeneración social, donde la cuestión sanitaria se convirtió en un tema central.¹⁷ A continuación, vamos a exponer, en el marco de aquel contexto socio-sanitario, los problemas, las causas y las soluciones que en opinión de los higienistas españoles explicaban o complicaban los problemas de salud que aparecían asociados a los fallos

¹³ Bourdelais, Opinel (2001).

¹⁴ Bernabeu, Perdiguero, Barona (2007).

¹⁵ Labisch (1984, 1993).

¹⁶ Huertas, Maestro (1991: 39-64); Barona (2002: 165).

¹⁷ Campos (1998, 2000); Campos, Martínez, Huertas (2000).

de mercado que conllevó la *urban penalty*. La mayoría de los testimonios provienen, por un lado, de textos publicados o auspiciados por las dos instituciones más activas y con mayor proyección en el ámbito de la higiene, la salud pública y la medicina social en la España de finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX: la Sociedad Española de Higiene (SEH) y la Academia de Higiene de Cataluña (AHC). Por otro, de textos publicados por higienistas que ocuparon cargos de responsabilidad en la administración sanitaria española, y tuvieron, por tanto, cercanía con los ministros y los responsables gubernamentales que les nombraron. Se trata de una circunstancia que otorga a sus opiniones una especial relevancia en el marco del objetivo del trabajo.

La SEH fue creada en 1881. El objetivo no era crear una asociación científica similar a las ya existentes academias de medicina, sino una sociedad “que fuera capaz de influir en las decisiones gubernamentales y con aplicaciones prácticas en la mejora de la sociedad, al igual que existía en otros países de Europa occidental y Estados Unidos”. En el discurso inaugural de la Sociedad, pronunciado por su presidente fundador, el doctor Francisco Méndez Alvaro,¹⁸ se afirmaba que el progreso del país era posible aplicando planteamientos higiénicos a todas las actividades relacionadas con el ser humano, y en concreto sostenía: “gracias a la Higiene se engrandecen las naciones, adquieren poderío y riqueza y se conjuran las epidemias, afianzándose y perfeccionándose el orden social”. Se abogaba por la prevención, aunque se reconocía la dificultad de apreciar sus ventajas, sólo patentes mediante “datos y estudios comparativos complicados”. Muchas de las argumentaciones que se expusieron en aquel acto inaugural pueden resumirse en la certeza que expresaba Méndez Alvaro: “un pueblo que moría en proporción desmedida, debilitado por las enfermedades y asediado por múltiples causas de insalubridad, inhabilitado en gran parte para el trabajo, empobrecido, incierto en el porvenir y amenazado por el hambre, no podía prosperar”. La situación económica y social que atravesaba España se reflejaba en los problemas que abordó la Sociedad Española de Higiene y las soluciones que se proponían para disminuir la mortalidad y aumentar la población.

¹⁸ Memoria de secretaria de la SEH, 1882. Sobre la SEH se puede consultar el trabajo de Saiz Moreno (1981)

En el caso de la Academia de Higiene de Cataluña, su fundación tuvo lugar en 1891, y en 1905, a petición propia, fue declarada “cuerpo consultivo del Estado”.¹⁹ De esta forma adquiriría el carácter de corporación oficial. Desde sus inicios intentó reivindicar su utilidad pública e imprimir un carácter útil y práctico a sus actuaciones, razón por la que se criticaba a las sociedades científicas que se limitaban a realizar discusiones internas. La Academia pretendía “estudiar las condiciones sanitarias del país donde radica ejerciendo una misión educadora y social”.²⁰ El objetivo no era otro que el de “proporcionar al pueblo, impotente para luchar con éxito contra las innumerables causas de muerte, porque las ignora, una fuente de conocimientos que contribuya a fomentar su cultura, a fortalecer su cuerpo, a evitar las enfermedades que le debilitan y le matan, y a nutrir su espíritu con un criterio amplio, progresivo y humanitario”.²¹

Fueron numerosos los socios de la Academia que militaron y ocuparon cargos de responsabilidad en agrupaciones y entidades políticas de carácter nacionalista.²² Para sus miembros era necesario imponer la higiene y llevar a cabo una aplicación concreta en cada nacionalidad:²³

Como somos y estamos en Cataluña, cuidemos de hacer higiene catalana y de procurar en primer término la salud de nuestra raza [...] procuremos avanzar con firmeza por la ruta que nos marca la higiene y logremos que Cataluña sea bien fuerte, que las generaciones futuras sean bien fuertes, bien catalanas como hijas robustas de la tierra [...] Se trataba de “inmunizar a Cataluña contra la ignorancia, la incultura, los defectos de temperamento, los vicios, las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, la apoplejía, la mortalidad infantil, contra las simientes exóticas que nos invaden el terreno, contra la política decrepita [...] cuidando que las **poblaciones sean limpias, con buenos alcantarillados, agua potable en abundancia, habitaciones grandes y soleadas**, buenos hospitales, espaciosos cementerios, grandes arboledas y amplios paseos; que la alimentación sea suficiente y sin adulteraciones; predicando siempre contra el alcoholismo; mejorando la escolarización; incrementando los estudios universitarios; reglamentando las industrias tóxicas o malsanas; difundiendo los

¹⁹ Sobre la AHC se pueden consultar, entre otros, los de Bernabeu-Mestre (2006) y Manuel Escudé (2008).

²⁰ Proubasta (1906: 49).

²¹ Nostres propòsits (1904: 1); Queraltó (1907: 53-57). Por su parte, R. Pla i Armengol (1917: 17), insistía en el servicio que podía prestar la Academia al desarrollo de la nacionalidad catalana: “que nuestra Academia sea un factor importante para infiltrar estos sentimientos (la conservación de la salud y el perfeccionamiento y la prolongación de la vida) en la conciencia de los catalanes, que en estos tiempos de resurgimiento de la patria, enseñemos al pueblo que el más grande amor que puede demostrarle es vivir por ella y hacer que en ella vivan bien, con salud y alegría todos sus hijos”.

²² Termes (2000: 297).

²³ Carrera i Miró (1910: 30).

principios de la puericultura e instruyendo a las madres en la crianza de sus hijos; vacunando y revacunando; fundando casas cunas cerca de las fábricas y talleres; construyendo habitaciones higiénicas y baratas para la clase obrera; ayudando al Patronato para la lucha contra la tuberculosis; repoblando los bosques; **reformando científicamente las villas insanas**; en una palabra, formando ciudadanos fuertes, sanos, cultos, instruidos y buenos patricios [...] y así nuestra nacionalidad quedará política y socialmente asegurada.

El discurso de los higienistas catalanes, al margen de sus connotaciones catalanistas, guarda muchas similitudes con el de los higienistas españoles que se adscribieron al movimiento regeneracionista que derivó de los acontecimientos de 1898,²⁴ y en el que médicos e higienistas remarcaban la necesidad de que España saliese de su atraso sanitario, evidenciado por la mayor mortalidad y morbilidad respecto a los países de su entorno.²⁵

2. El problema sanitario de España

Como acabamos de apuntar, el panorama sanitario español era descrito por los higienistas de finales del XIX y principios del XX, como una situación caracterizada por altas cifras de natalidad y mortalidad (sobre todo mortalidad infantil), lo que se traducía en un escaso crecimiento poblacional. Las principales causas de muerte eran las denominadas enfermedades evitables, entendidas como aquellos procesos patológicos médicamente prevenibles, cuya prevención estaba resuelta por la Medicina, pero para las que no se había articulado una acción profiláctica eficaz.²⁶

Sin embargo, el diagnóstico del problema sanitario de España tropezaba con la falta de fuentes de información. Una de de las carencias más acusadas que los higienistas denunciaban de forma reiterada fue la escasez de datos y estadísticas que permitieran llevar a cabo una labor seria y documentada en la descripción de la situación sanitaria del país. Se trataba de una deficiencia, que como indicaban los propios higienistas, no resultaba desconocida para los responsables políticos.²⁷ Personalidades como Canalejas, De la Cierva y otros políticos, hombres de estado y de ciencia, se habían lamentado de ello en numerosas ocasiones. Como señalaba el mismo Canalejas: “Cuando, como Ministro, como gobernante, tengo que decretar o proponer,

²⁴ Campos (1998: 77-78).

²⁵ Campos, Huertas (1998: 65).

²⁶ G.de Membrillera (1921); Revenga (1904).

²⁷ Muñoz Antuñano (1921: 1)

me desespero, careciendo incluso de fuentes de información que sirvan de norma a tan altas gestiones”. Como han señalado otros autores²⁸ hasta 1899 no aparecieron los primeros intentos gubernamentales de consolidar un sistema de registro sanitario fiable, ausente hasta ese momento. La iniciativa fracasó en un primer momento al intentar que fuesen los médicos titulares los promotores del registro. Posteriormente se asignó la tarea a los Inspectores provinciales de Sanidad, con igual suerte, lo que supuso la renuncia a esa vía sanitaria estadística. Por todo ello, no quedó más remedio que contentarse con los datos demográficos disponibles a partir de 1902 y que eran suministrados por el Instituto Geográfico y Catastral anualmente. Esta carencia de fuentes de información general, hacía necesario recurrir a datos extranjeros, poco coincidentes con la realidad sanitaria del país, o en ocasiones a datos “sin ningún fundamento de verdad”.²⁹ También suponía “la ausencia de nuestras cifras nacionales en las estadísticas extranjeras”, lo que dificultaba la posibilidad de llevar a cabo comparaciones con otros países, tal como se encargaban de recordar los delegados españoles que solían acudir a los Congresos y Conferencias Sanitarias Internacionales.³⁰

Para Martín Salazar (1913: 60),³¹ uno de los máximos responsables de la sanidad española en las primeras décadas del siglo XX, la falta de datos no permitía, por ejemplo, calcular las consecuencias económicas de la enfermedad y la muerte:

Bien hubiera querido al llegar aquí mostraros por un cálculo total aproximado, lo que actualmente pierde España por defectos sanitarios; pero he tropezado para alcanzar mi empeño con dificultades insuperables debidas a la imperfección de nuestro servicio oficial de estadística, que apenas nos ofrece datos exactos sobre la mortalidad, sin que se pueda aspirar a obtener de ella cifras aproximadas de la morbosidad.

La denuncia de falta de información también resultaba patente en el momento de abordar cuestiones como las relacionadas con uno de los fallos de mercado que más se hizo sentir en el contexto de la *urban penalty*. Nos estamos refiriendo a la situación higiénica y sanitaria de las viviendas, o con los problemas de la alimentación.³² Los higienistas reclamaban con urgencia poder disponer de un padrón sanitario de viviendas,

²⁸ Rodríguez Ocaña (1996).

²⁹ Muñoz Antuñano (1921: 8).

³⁰ Barona, Bernabeu (2008: 61, 82).

³¹ Martín Salazar (1913: 60).

³² Galiana, Bernabeu (2011).

de un “empadronamiento de las casas y habitaciones en relación con la morbilidad y la mortalidad en las mismas, como se hace en las naciones más civilizadas, para que el pueblo, aleccionado por las estadísticas, huya de las casas y habitaciones malditas y busque y exija habitaciones salubres”;³³ al mismo tiempo que se quejaban de la falta de datos sobre el consumo alimentario.³⁴ “el hecho es de tal magnitud que no se puede saber el pan que Madrid consume [...] que se ignora la cantidad de leche que la ciudad gasta [...] se desconoce la cantidad de bacalao que en Madrid ingresa, porque al bacalao, ¡la carne del pobre!, se le ha rendido el tributo de declararle especie libre y no adeuda”.

Entre los intentos por paliar la falta de información sanitaria, destaca la iniciativa de la Real Orden de 20 de marzo de 1894 impulsada por el liberal Alberto Aguilera, en su calidad de ministro de la Gobernación. Con aquella normativa se dictaban las “disposiciones encaminadas al conocimiento exacto del estado sanitario de nuestras principales poblaciones, de las causas que puedan en cada localidad originar alteraciones de la salud y de los procedimientos y medios más eficaces para evitarlas o por lo menos reducirlas”. En palabras de Mariano Belmás, arquitecto e higienista, secretario de la SEH y redactor de la memoria correspondiente al curso 1894-1895, la iniciativa se había llevado a cabo siguiendo el ejemplo de Inglaterra “que a principios del siglo XIX poseía una gran mortalidad y merced a la información sanitaria de 1858 que hizo celebre la Poor Law Board produjo su descenso”. Se confiaba en que la Información Sanitaria impulsada por el ministro Aguilera (asiduo asistente a las reuniones de SEH) propiciaría “la regeneración sanitaria de España” es decir “la vigorización de las fuerzas físicas, el mejoramiento de las costumbres, el progreso moral, el bienestar, la tranquilidad y la riqueza al igual que había ocurrido en otras naciones”.

En la justificación de la Real Orden se señalaba lo siguiente:

La excesiva mortalidad que las noticias oficiales acusan en algunas ciudades y el recuerdo de ciertos hechos dolorosos (seguramente se refiere a las epidemias de cólera de 1885 o la de gripe de 1890) que tal vez no registraría nuestra historia sanitaria si en tiempo oportuno hubieran podido preverse, justifican la adopción de medios precautorios que, llegando al conocimiento del mal, puedan evitarse, o en caso faciliten su remedio. Atento a estos propósitos, y resuelto como se

³³ Simonena (1918: 79), Antuñano (1921: 260),

³⁴ Luis y Yagüe (1903: 7).

halla, este Ministerio a dedicar atención muy preferente a un asunto que es fundamento esencialismo de bienestar y progreso, ha consultado a S.M. y han merecido la Real aprobación las siguientes reglas, que pondrá V.I. (se refiere al subsecretario del Ministerio) inmediatamente en conocimiento de los gobernadores de las provincias, exigiendo que se cumplan con exactitud los plazos que se determinan...

En primer lugar, se tenían que analizar las causas que directa o indirectamente contribuían a perjudicar la salud pública “en la respectiva población y en aquellas del mismo distrito de igual o mayor vecindario que la capital del partido”. También se tenían que indicar las enfermedades más comunes y frecuentes, además de las epidemias que se hubieran producido en el último quinquenio, señalando “su duración y fuerza expansiva y difusiva”. En segundo lugar, se tenían que analizar las causas probables o “ciertas” que explicaban la incidencia y propagación de las enfermedades y epidemias reseñadas, así como las medidas de higiene pública y privada que debían aplicarse, “expresando las disposiciones de carácter práctico y de posible realización que pudieran llevarse a cabo”. En tercer lugar, la memoria tenía que plasmar una “idea general del estado higiénico de la población” haciendo referencia a las siguientes temáticas:

A. Escuelas, mercados, mataderos, industrias, sean o no consideradas como nocivas dentro de poblado, cárceles, cementerios, cuarteles, teatros y cuanto se refiere a policía urbana en general. B. Obreros y pobres, su alimentación y viviendas. C. Abastecimiento de aguas. D. Desagüe y alcantarillado. E. Parques o plantaciones de arbolados. F. Desección de pantanos y lagunas. G. Servicio general y gratuito de vacunación, laboratorios bacteriológicos, asilos y casas de beneficencia, hospitales oficiales y particulares, casas de socorro y asistencia domiciliaria.

Las autoridades políticas eran conscientes que para poder resolver la cuestión higiénica era necesario conocer las obras sanitarias que requerían las poblaciones y que los obreros, y en general la masa del país, “poseyera trabajos y métodos de subsistencia que les permitiera vivir de manera sana”. También se recordaba que el ministro Aguilera había presentado un proyecto de ley de sanidad y otro de mejora, reformas y saneamiento de las poblaciones aprobado por el Congreso pero que estaba pendiente de ser aprobado por el Senado, y que estaba trabajando en la preparación de un proyecto de Exposición Internacional de Higiene y Saneamiento a celebrar en Madrid, con el objeto “de servir de complemento a la información sanitaria que había revelado los males

existentes, y ofrecer enseñanzas prácticas a las corporaciones oficiales, juntas de sanidad y a los ciudadanos acerca de los medios para remediar los males”.

Con todo y pese a la falta de datos y la deficiencia de las estadísticas oficiales, el diagnóstico que realizaban los higienistas de la situación sanitaria española no podía ser más concluyente. Al comparar los datos españoles con los de otros países, higienistas como G. de Membrillera³⁵ subrayaban que España superaba tanto en natalidad como en mortalidad a la mayoría de las naciones, siendo esta la causa de su escaso incremento poblacional anual. El exceso de mortalidad se daba principalmente entre los menores de 5 años, situación que se repetía en la mayoría de las naciones analizadas, pero que colocaba a nuestro país entre los más desfavorecidos en mortalidad infantil.³⁶ Las principales causas de muerte que superaban en proporción a los casos de otras naciones eran la fiebre tifoidea, las fiebres intermitentes, viruela, sarampión, gripe, meningitis, bronquitis, tuberculosis, tos ferina y difteria, es decir, las enfermedades consideradas «evitables».³⁷

3. Las deficiencias en las infraestructuras higiénico-sanitarias

Philippe Hauser en el prefacio a su *Geografía médica de la Península Ibérica* afirmaba:³⁸

No podemos menos de hacer constar que nos ha causado honda pena leer los informes enviados por los Inspectores de Sanidad, que revelan el abandono completo en el que se encuentran nuestros grandes centros de población, hallándose desprovistos la mayor parte de ellos de un sistema regular de saneamiento y de una policía sanitaria adecuada [...] si esto ocurre en las capitales de provincia de primer orden, ¿qué no pasará en las capitales de segundo y tercero, donde impera la voluntad del Alcalde, generalmente ignorante en materia de salud pública, o del cacique poco escrupuloso de los intereses de la población, contra la opinión del Inspector de Sanidad?.

Sus palabras sintetizan la lamentable situación higiénica y sanitaria que mostraban los núcleos urbanos españoles y apuntan algunas de las razones que explicaban tales hechos.

Muchas de las deficiencias denunciadas por Hauser fueron objeto de análisis y estudio por parte de otros higienistas,³⁹ quienes, además de denunciar la falta de

³⁵ G. de Membrillera (1921: 6).

³⁶ Revenga (1904: 59-80); Pascua (1934: 3-10).

³⁷ G. de Membrillera (1921: 19-20).

³⁸ Hauser (1913: XV).

iniciativas de las autoridades locales y nacionales, destacaban dentro de las medidas de saneamiento de las poblaciones, la importancia de actuar sobre las viviendas insalubres, y resolver el problema de la escasez de viviendas y los subarriendos a elevados precios, origen de los graves problemas de hacinamiento e insalubridad que estaban detrás de muchas enfermedades:⁴⁰

Madrid, y con Madrid, Barcelona, Zaragoza, Valencia, Bilbao, Sevilla, Granada, etc., son víctimas del mismo problema. El número de sus casas es insuficiente a todas luces; los habitantes en crecido número, se hacinan en las pocas habitaciones antihigiénicas e insalubres que van quedando disponibles; y los pobres, los verdaderamente pobres, apenas si tienen sitio en donde reposar sus cuerpos, pues hasta los hospitales están abarrotados de gentes que más que enfermedad, padecen hambre y escasez.

Entre las cuestiones relacionadas con el saneamiento, los problemas relacionados con el ciclo del agua y sus deficiencias fueron motivo de denuncia. Tanto en lo relativo al alcantarillado:⁴¹ “En nuestro país, la higiene y la salubridad están bien descuidadas, pocas, muy pocas, son las poblaciones que cuentan con un mediano siquiera sistema de saneamiento, con regular alcantarillado y con ordenanzas municipales previsoras y exactamente cumplidas”, como con las relacionadas con el abastecimiento de agua:⁴²

Es muy difícil encontrar aguas de fuente o manantial en cantidad bastante para abastecer los grandes centros de población [...] es preciso recurrir a las aguas de los ríos más o menos caudalosos [...] estos ríos, excepción hecha del recorrido de los primeros trayectos en las proximidades de su origen; reciben en su decurso los productos excrementicios y residuales de los múltiples pueblos que atraviesan, y sus aguas son fácilmente contaminadas.

En relación con este tipo de deficiencias, al igual que ocurrió con la SEH, la Academia de Higiene de Cataluña prestó desde sus inicios una atención preferente a las cuestiones relacionadas con la higiene urbana. En una de las primeras monografías premiadas por la AHC, se analizaban las deficiencias en salubridad que presentaban los municipios catalanes:⁴³

Calles y callejones, llenos de fango y oscuros; casas húmedas, umbrías y con corrales defectuosos; habitaciones pequeñas y mal iluminadas; empedrado

³⁹ Murillo (1918: 28-29); Antuñano (1921: 260-262).

⁴⁰ Antuñano (1921: 263)

⁴¹ Milla Basallos (1913: 2).

⁴² Martín Salazar (1913: 129).

⁴³ Gibert i Olivé (1896: 13-14)

incompleto; sistema defectuoso de la distribución y curso de las aguas [...] tales son los vicios de la mayor parte de nuestros antiguos centros de población, cuya regeneración, aunque larga y costosa, es lo primero que deben tener presentes las corporaciones municipales.

El autor de la descripción, a pesar de moverse en los presupuestos científicos de la incipiente bacteriología, hablaba de la necesidad de detener las emanaciones meffíticas que invadían las aglomeraciones humanas. Para ello proponía un amplio conjunto de medidas, desde el empedrado de las calles a la creación de plazas y parques, pasando por la construcción de alcantarillado, distribución adecuada de agua potable, depósitos de materias fecales con ventilación adecuada y agua abundante, construcción de vertederos de basuras alejados de las ciudades, o la construcción de mataderos con condiciones higiénicas adecuadas.⁴⁴ Muchas de aquellas preocupaciones eran compartidas por higienistas de otros contextos y espacios geográficos. La posición de la Academia de Higiene de Cataluña debe de ser enmarcada en los parámetros del movimiento sanitarista urbano (“The urban sanitary movement”) que se extendió, con diferentes matices, por toda Europa a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX.⁴⁵

En 1903, la AHC iniciaba una etapa de gran dinamismo. Una de las primeras iniciativas fue la de preparar una encuesta sobre el estado sanitario de Cataluña, a través de cuestionarios enviados a todos los médicos titulares. Se pretendían alcanzar tres grandes objetivos: conocer las necesidades higiénicas de Cataluña, aportar soluciones prácticas a dichas necesidades, e involucrar a todo el mundo en “el saneamiento de Cataluña”.⁴⁶ Entre las informaciones solicitadas se hacía hincapié en las causas locales de morbilidad y mortalidad, en el sistema de aprovisionamiento de agua potable y los

⁴⁴ Gibert i Olivé (1896: 7-10).

⁴⁵ Se pueden consultar entre otros los trabajos de William Gleason (1990: 341-342); John Ashton y Janet Ubino (1991) o el de Hennock (2000), trabajo que aporta una completa síntesis sobre lo que representó aquel movimiento para la transformación urbana y la regeneración higiénica de las ciudades. En el ámbito del Estado Español, las características de dicho movimiento han sido analizadas en trabajos como los de Emili Balaguer y Rosa Ballester (1994). Tampoco conviene olvidar la tradición de la higiene decimonónica española en materia de higiene urbana (Fresquet, 1994) o la tradición política estatal y municipalista que se ocupaba de estas cuestiones (Barona, Micó, 1996; Bernabeu *et al*, 1997; Barona *et al*, 1999; Beneito, Blay, Lloret, 1999; Barona, Cortell, Perdiguero, 2002; Salas Vives, 2002; Bernabeu 2005, 2009; Beascochea *et al*, 2006; Bernabeu *et al*, 2008). Desde el ámbito de la historia de la medicina, conviene recordar los trabajos que se presentaron al XXXIII Congreso Internacional de la Medicina, celebrado en Granada en 1992, y que contó con una sesión dedicada a “La relación entre salud y medio urbano”. Por último, para un contexto cultural y geográfico próximo al nuestro, como es el caso de Italia, merece ser destacada la monografía de Carla Giovannini: *Risanare le città. L'utopia higienista di fine ottocento* (1996: 210-218).

⁴⁶ Mer i Güell (1906: 14).

sistemas de desagües y en las reformas necesarias que se debían emprender.⁴⁷ En el capítulo de las causas locales de morbilidad y mortalidad, la encuesta mostraba los resultados siguientes:⁴⁸

Municipios	Causas atribuidas
70%	Ausencia de alcantarillado
57%	Falta de limpieza (viviendas insanas , estercoleros en malas condiciones, ausencia de ordenanzas municipales...)
49%	Escasez e impureza de agua potable
37%	Alimentación insuficiente o de mala calidad
30%	Alcoholismo
17%	Exceso de trabajo
17%	Ignorancia (sobre todo de las normas higiénicas)
10%	Industrias tóxicas

Como podemos observar, tres cuestiones de carácter urbanístico, relacionadas con los denominados fallos de mercado, aparecían situadas entre los principales determinantes de los problemas de salud de los municipios catalanes: las deficiencias en alcantarillado y agua potable y la insalubridad de las viviendas. Sin olvidar la importancia que se atribuía a la alimentación insuficiente o de mala calidad.

En relación con los problemas del ciclo del agua, ya en 1894, el arquitecto e higienista Pedro García Faria,⁴⁹ en una de las primeras memorias leídas ante la Academia de Higiene, señalaba como uno de los principales problemas de insalubridad que presentaba la ciudad de Barcelona la falta de caudal y de calidad en materia de aguas:⁵⁰

Son aún muchas las casas pobres en que no se bebe y emplea otra agua que la procedente de esos pozos de abastecimiento que ellos poseen, a pesar de hallarse aquella contaminada por la infección letal que se ha apoderado del subsuelo y de la capa acuosa subterránea por causa de las filtraciones de las letrinas". Aquella misma deficiencia afectaba el sistema excretor (alcantarillado) que mostraba la ciudad y justificaba la humedad que invadía no solo el subsuelo de las calles, sino las propias viviendas.

⁴⁷ Mer i Güell (1906: 18-19).

⁴⁸ Xalabarder, Presta (1906: 12).

⁴⁹ La obra del ingeniero e higienista García Faria ha sido objeto de análisis en diversos trabajos, por la relación que guarda con el tema de nuestro trabajo, debemos destacar el artículo de Joaquín Recaño y Albert Esteve (2006) sobre los factores espaciales y medioambientales de la mortalidad en la Barcelona de finales del siglo XIX.

⁵⁰ García Faria (1894: 53).

Diez años más tarde, la revista *Vida*, editada por la AHC, publicaba una editorial,⁵¹ donde denunciaba las deficiencias que seguía mostrando la ciudad condal en materia de aguas y sus repercusiones sobre la salud de la población. Se asociaba la mayoría de las enfermedades a la escasez de agua en las fuentes públicas, en las casas particulares, en los lavaderos o en las cloacas. Para “mayor vergüenza” se recordaba la abundancia de los cursos de agua que rodeaban a la ciudad y reducía la cuestión al coste económico que podía suponer la resolución de los problemas técnicos que conllevaba traer el agua a la ciudad. Los argumentos que se presentaban eran contundentes: “poco será el aumento del gasto si se capitaliza el importe anual que se invierte para evitar que la población se muera de sed o de suciedad”.⁵²

Los resultados de la encuesta de 1903 sobre la situación sanitaria de las comarcas catalanas, también destacaban la relación que existía entre el tipo de aguas y la existencia o no de alcantarillado con la presencia de fiebre tifoidea.⁵³ De todas las poblaciones que disponían de agua de mina y alcantarillado, únicamente un 37% mencionaba la existencia de casos de fiebre tifoidea, indicando su escasa importancia. Por el contrario, en aquellas poblaciones que carecían de alcantarillado y disponían de agua de pozo (incluidas cisternas y balsas), se mencionaba en el 67% de los casos la existencia más o menos endémica de la enfermedad. Otro tanto ocurría con el paludismo, pues el porcentaje más alto de mortalidad lo presentaban las poblaciones que se abastecían de aguas superficiales y carecían de alcantarillado, además de padecer el problema añadido de las aguas estancadas.

4. Las deficiencias en la alimentación y nutrición y otras carencias primarias

Para los higienistas españoles, el hambre crónica era el principal problema de salud del proletariado urbano. La escasa cantidad de alimentos provocada por unas condiciones socioeconómicas míseras, generaba una insuficiencia nutritiva general, a la

⁵¹ Ciutat bruta (1904: 1-2).

⁵² La problemática relacionada con el agua ha sido objeto de atención historiográfica en otros ámbitos geográficos y cuenta con una importante tradición (Goubert, 1986). Por ceñirnos al ámbito español, en el caso del País Valenciano el ciclo del agua aparece como una de las problemáticas que más preocupaba a los higienistas valencianos (Bernabeu *et al.*, 1997; Barona *et al.*, 2002). Las dificultades para resolver el problema del abastecimiento de agua en la Ría del Nervión, han sido analizadas por Pedro A. Novo (2000). También se puede consultar la obra colectiva *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad* (Beascoechea *et al.*, 2006).

⁵³ Xalabarder, Presta (1906, 13). La relación entre condiciones higiénicas y sanitarias y el desarrollo de determinadas patologías aparece recogida en el trabajo de María Isabel Porrás para la ciudad de Madrid (2002), y ha sido recogida en otras investigaciones (Cain; Rotella, 2001).

que se atribuía el aspecto particular de los obreros y de la clase media menos acomodada:⁵⁴

Madrid es un pueblo en su mayoría de hambrientos, que no pueden ni saben cómo satisfacer sus más elementales necesidades, agarrados por las cargas y los impuestos que les impone la vida de la urbe, engendrados de su extrema pobreza [...] Ahí está la razón de lo escasas y descoloridas de sus carnes, de su tez marchita y deslustrada, de sus líneas angulosas, de la falta de grasa que almohadille sus órganos y redondee sus líneas, de su mirar receloso o apagado, de su falta de vivacidad en el trabajo, de su carencia de energías para el esfuerzo, de su juventud sin lozanía y de su virilidad sin vigor.

A la falta de alimentos se sumaban los problemas de su calidad, a causa de la contaminación de los mismos, los fraudes alimentarios y la adición de “sustancias extrañas y peligrosas”.⁵⁵

El problema de la subsistencia se agravaba con otras necesidades difícilmente satisfechas, tanto por falta de recursos, como por la falta de conocimientos para mantener las mínimas condiciones de higiene:⁵⁶ la escasa limpieza o suciedad manifiesta, el precio de las prendas de vestir, inalcanzable para muchos, la imposibilidad de disponer de algún medio de calefacción en los meses de frío más intenso, el precio del tranvía para acudir al trabajo, la explotación infantil, que hacía que los niños abandonaran prematuramente la enseñanza, o los problemas de contaminación de los alimentos debido a las pésimas condiciones higiénicas de la cocina, y al desconocimiento de las técnicas culinarias adecuadas. Todo esto hacía que las familias tuvieran que vivir en condiciones extremas:⁵⁷ “viviendo para enfermar, enfermado para morir, y muriendo para encontrar en el seno de la tierra,[...]el descanso de sus zozobras y desventuras, descanso que les negó la sociedad”.

Otro de los problemas que aparecía ligado a los déficit de alimentación era el del alcoholismo, y sus importantes consecuencias sociales, laborales y familiares. Resulta de interés el análisis hecho por los higienistas de los factores implicados en el excesivo consumo de alcohol.⁵⁸ En los textos no se culpabilizaba al alcohólico, sino que entraban en juego consideraciones como el hambre, la búsqueda de consuelo por una vida de

⁵⁴ Luis y Yagüe (1903: 29).

⁵⁵ González Campo (1903: 24-25); Guerra y Estapé (1921). Sobre el problema del control de la calidad de los alimentos en el caso español, y la intervención de los diferentes actores, véase los trabajos de Guillem Llobat (2008, 2009).

⁵⁶ Luis y Yagüe (1903: 28, 33).

⁵⁷ González Campo (1903: 11).

⁵⁸ Luis y Yagüe (1903: 30); González Campo (1903: 18,20).

miseria y sufrimiento, o la creencia de que el vino tenía un alto valor nutritivo. De hecho, se consideraba que si la alimentación del obrero hubiera sido la adecuada, el abuso del alcohol habría disminuido de un modo notorio, primero porque una alimentación copiosa habría permitido resistir cantidades mayores de alcohol, y segundo porque se hubiera podido huir de las bebidas como estímulo y sustitución de una alimentación insuficiente.

Uno de los colectivos más afectado por estas carencias era la población infantil. En la alimentación de los niños, uno de los elementos que acompañaba a los graves problemas sociales y económicos, era la ignorancia y lo que algunos higienistas, en un discurso culpabilizador,⁵⁹ consideraban como descuido de las madres:⁶⁰

Intensa pena, acompañada de algo como de invencible repugnancia, nos produce la contemplación, tantas veces repetida, de niños de aspecto famélico colgados de un biberón de limpieza dudosa, medio lleno de un líquido blancuzco que quiere ser leche, que se rellena sin otros cuidados de tarde en tarde, y del que chupan elementos de enfermedad en lugar de los vivificantes a que tienen perfecto e indiscutible derecho.

5. Las causas del atraso sanitario español

Para explicar el panorama sanitario que acabamos de describir, los higienistas apuntaban todo un conjunto de factores. Por un lado, se destacaba como elemento fundamental, la irresponsabilidad de los poderes públicos, que no ponían el esfuerzo ni los recursos necesarios para atajar el problema. De otro, la incultura y falta de moralidad de la población, a la que se culpabilizaba de sus malas condiciones de vida. Por último, de forma transversal, pues estaba presente de un modo u otro en los dos anteriores, aparecía un tercer elemento, vinculado a las deficientes condiciones de vida de la población y que podríamos denominar la explicación socioeconómica de los problemas sanitarios.

La falta de actuación de los poderes públicos, se traducía en la deficiente inversión económica en Sanidad e Higiene.⁶¹ Los higienistas eran conscientes de que una buena administración sanitaria con un presupuesto sanitario adecuado, era una inversión de futuro, pues la enfermedad y la muerte ocasionaban graves perjuicios a la economía nacional. Faltaba presupuesto, pero también faltaba conciencia pública y

⁵⁹ Bernabeu-Mestre (2002); Palacio (2003: 176).

⁶⁰ González Campo (1903: 17-18).

⁶¹ Muñoz Antuñano (1921: 9-10).

formación de los gobernantes. La incultura sanitaria no era patrimonio exclusivo de los obreros y campesinos, sino que reinaba en todas las clases sociales, incluida la clase dirigente.⁶² Como señalaba Martín Salazar, las deficiencias de la legislación sanitaria española eran manifiestas:⁶³ “debido a que nuestros legisladores no sienten ni perciben con suficiente claridad [...] las aplicaciones de la ciencia sanitaria, como lo han llegado a percibir y comprender, por ejemplo, los legisladores ingleses, alemanes y norteamericanos”.

Esta falta de iniciativa de las autoridades se hacía más manifiesta en el ámbito municipal, donde se entremezclaban diversos factores. Como destacaba el higienista Milla Basallos en su texto sobre el saneamiento de las poblaciones:⁶⁴

Los Ayuntamientos, con sus mezquinos presupuestos, abrumados casi todos por deudas insolventes; con sus pasiones políticas en un organismo esencialmente administrativo; con funciones y obligaciones tan importantes e ineludibles como las de sanidad e higiene, únicamente para las cuáles el Estado lo declara autónomos y árbitros, por tanto, en sus decisiones, se muestran desdeñosos o francamente opuestos a estas reformas de higiene que, como el saneamiento, entrañan gastos que suponen intolerables dentro de sus presupuestos.

Este autor, iba más allá en sus consideraciones y denunciaba el favoritismo de las políticas municipales para los intereses de las clases más pudientes:⁶⁵ “Cuando aquí se trata de acometer una reforma que seguramente beneficiaría a los más, pero que por ley natural ha de perjudicar intereses de los menos, innegablemente, estos se defienden con argucia y tesón tal que imposibilitan, o por lo menos, dificultan en extremo, la reforma proyectada”.

El segundo de los elementos, la incultura y la falta de moralidad de la población, se convertiría, a través de su corrección, en uno de los objetivos de la acción sanitaria. La falta de higiene pública y privada observada por los ciudadanos, el incumplimiento de la ley y la idiosincrasia higiénica de los habitantes se apuntaban como una de las principales causas de la miseria y el pauperismo.⁶⁶ La degeneración física y moral de las clases populares y sus nocivos hábitos de vida se situaron en el origen de la enfermedad,

⁶² Fernández (1921: 1)

⁶³ Martín Salazar (1913: 21).

⁶⁴ Milla Basallos (1913: 3).

⁶⁵ Milla Basallos (1913: 20).

⁶⁶ G. de Membrillera (1921: 81).

lo que contribuyó a culpabilizar de su propia situación a las personas y clases sociales que la padecían, llegando a criminalizar sus conductas.⁶⁷

El tercero de los elementos podría resumirse en las argumentaciones que exponía Angel Fernandez Caro en el prólogo a la obra del ingeniero G. de Membrillera sobre el problema sanitario de España.⁶⁸ Para impedir la enfermedad, había que mejorar las condiciones de la existencia, regulando la vida de trabajo y abaratando las subsistencias. El autor recordaba que el derecho a la salud y a la vida era “patrimonio de la Humanidad entera”, al tiempo que recordaba que el estatus socioeconómico marcaba importantes diferencias entre las personas. No tenía la misma esperanza de vida el rico que el pobre; “cincuenta y treinta años respectivamente”, tampoco los datos de mortalidad eran los mismos; había mayor número de víctimas entre la clase proletaria que en la acomodada. Concluía afirmando que la miseria, indigencia y falta de recursos para cubrir necesidades básicas como la alimentación o las medicinas, eran las que causaban estragos entre las clases populares.

En línea con los planteamientos que acabamos de exponer, Francisco Murillo, director general de Sanidad durante la dictadura de Primo de Rivera y protagonista destacado en la higiene española de las primeras décadas del siglo XX, en el momento de explicar la situación sanitaria española en su discurso sobre la defensa social de la salud pública pronunciado ante la Real Academia de Medicina de Madrid,⁶⁹ destacaba las siguientes causas: pauperismo y enfermedad; jornal insuficiente e inseguro, que en opinión de Murillo había que relacionar con la alimentación defectuosa e insuficiente, la vivienda insalubre, el trabajo de la mujer y de la infancia; la fatiga y la mortalidad de la clase obrera; y en general, los factores que condicionan la pobreza, la indigencia y la miseria a la que se veían abocados amplios sectores de la población. Todas estas circunstancias, eran resumidas de alguna forma en lo que se denominaba el círculo vicioso de la enfermedad, pobreza, enfermedad (Murillo, 1918: 48):⁷⁰

La enfermedad como causa de pobreza y la pobreza como causa de enfermedad, se entretejen y forman un círculo vicioso que, a manera de argolla, sujeta al obrero a la esclavitud de la miseria. La depauperación influye sobre la morbilidad lo mismo que sobre la mortalidad: predispone y engendra estados patológicos que, a su vez, acarrearán gastos y pérdidas de jornales, con lo cual

⁶⁷ Campos (1998: 75).

⁶⁸ Fernández (1921: III).

⁶⁹ Murillo (1918: 23-48).

⁷⁰ Murillo (1918: 48).

umentan las estrecheces y adquieren mayor pábulo las causas perturbadoras de la salud.

6. La solución del problema sanitario de España: las propuestas de los higienistas

La propuesta de reforma que promovía el higienismo español aparece resumida en la frase que recoge Milla Basallos en su obra, ya citada, sobre el saneamiento de las poblaciones:⁷¹ “Educación, cultura, autoridad enérgica, grandes recursos y no poco tiempo”. E insistiendo en la importancia de establecer medidas de carácter enérgico, afirmaba:⁷² “En materia de higiene pública, si se ha de aceptar como buena, precisa autoridades enérgicas hasta llegar al despotismo, si es preciso, ya que sus disposiciones se encaminan a evitar la pérdida de la salud o de la vida de todos, que no pueden estar a merced de los intereses, ignorancias y costumbres de algunos”.

Las soluciones que proponían los higienistas a los problemas sanitarios y las causas que los ocasionaban, se pueden resumir, así mismo, en algunas de las reflexiones que exponía el destacado higienista, Pedro García Faria, en el discurso pronunciado el 27 de mayo de 1920 en el Instituto de Ingenieros Civiles bajo la presidencia del ministro de Fomento, con motivo de la concesión de los premios del concurso “García Faria”.⁷³ El ilustre higienista denunciaba la falta de sensibilidad que mostraba la opinión pública frente a los problemas de insalubridad que afectaban al país.

A pesar de denunciar los fallidos intentos que se habían producido en las décadas previas para abordar los problemas de “salud pública en España”, para García Faria⁷⁴ “eran curables las llagas del noble león hispano, cuya energía se halla atenuada por el morbo que esteriliza sus esfuerzos”. En su opinión se tenía que producir un mayor intervencionismo del Estado.⁷⁵ Y para argumentar estas consideraciones, el autor utilizaba la siguiente reflexión de carácter económico:

“Más de 155.000 habitantes pierde la nación anualmente por enfermedades evitables, cuyo perjuicio evaluado en su aspecto material, excede de mil millones de pesetas al año; cifra que, capitalizada, importa más de veinte mil millones, cantidad más que suficiente para higienizar totalmente la nación, de modo que en ésta se comete el enorme delito sanitario de tolerar que se pierdan anualmente vidas, que prescindiendo del superior valor de las mismas, que es el

⁷¹ Milla Basallos (1913: 98).

⁷² Milla Basallos (1913: 21). En relación con el debate que suscitaban las políticas sanitarias en la España del primer tercio del siglo XX, véase el trabajo de Huertas (1993).

⁷³ García Faria (1921: 337-347).

⁷⁴ García Faria (1921: 337-338).

⁷⁵ García Faria (1921: 339).

moral y afectivo, representan un importe mayor de lo que costaría la total desaparición del mal. Lograda ésta, España sería potencia de primer orden”.

Esgrimía la situación de la ciudad de Madrid, para resumir muchas de las deficiencias sanitarias que afectaban al mundo urbano español.⁷⁶ La primera de las causas, que en su opinión explicaban el retraso sanitario de las urbes españolas, eran la ignorancia, la rutina y el abandono. En su opinión las clases dirigentes tenían que intensificar la campaña sanitaria y, a través de la higienización, otorgarle a la salud el valor y la condición de derecho irrenunciable. Recordaba, en este sentido, las palabras de Joaquín Costa cuando reclamaba para España el cirujano de hierro capaz de resolver entre otros problemas el elevado grado de analfabetismo.

La segunda de las causas que destacaba García Faria en su discurso⁷⁷ guardaba relación con la insuficiencia en cantidad y calidad de la alimentación, y para resolverlos proponía “medidas protectoras del pobre y desamparado; persecución, tanto de los acaparadores y defraudadores de alimentos, como de los explotadores de los obreros; establecimiento de servicios municipales adecuados y cierre de comercios y locales en que se negocien a costa de la salud pública”. Además, en relación con el alcohol y su consumo, proponía la restricción de su uso, en atención al abuso que realizaba de las bebidas alcohólicas el proletariado urbano.

La tercera de las causas que enfatizaba García Faria (1921: 339-340) en su discurso en el momento de explicar el atraso sanitario de ciudades como Madrid, eran las deficiencias que mostraban las políticas de maternología y protección a la infancia.⁷⁸

El cuarto elemento que para García Faria (1921: 340-341) explicaba la insalubridad urbana era el hacinamiento y la falta de higiene en una viviendas escasas y caras.⁷⁹ Dichas circunstancias eran relacionadas sobre todo con la elevada incidencia que mostraban enfermedades como la tuberculosis. Para resolver estas cuestiones, el autor insistía en la importancia de legislar disposiciones “para la salvaguardia de la salud y de la vida”.

⁷⁶ García Faria (1921: 338-339).

⁷⁷ García Faria (1921: 339).

⁷⁸ García Faria (1921: 339-340). La grave situación que mostraba la salud infantil, generó lo que algunos autores han denominado el «Movimiento Puericultor», (Rodríguez, 1998: 53). Formando parte del ya consolidado movimiento higienista que se hallaba inmerso, como hemos podido comprobar, en un proceso regenerador de la sanidad y de la sociedad española, la Puericultura planteó la reforma higiénica, en su doble vertiente física y moral, como el mejor instrumento de regulación sanitaria y social (Martínez Navarro, 1994; Perdiguero *et al.*, 2004; Rodríguez Ocaña, 2005; Barona, 2006).

⁷⁹ García Faria (1921: 341).

García Faria concluía su discurso⁸⁰ agradeciendo la labor de la Prensa, “que ha de difundir como ha hecho hasta ahora, las enseñanzas que han de transformar el país, higienizándolo”, y al resto de asistentes su colaboración al trasladarles la siguiente reflexión “a todos vosotros que representáis a la opinión pública, que ha de imponer la reforma sanitaria, y, por fin, a los concursantes, y en especial a los premiados, con quienes me identifico por completo hasta que juntos contribuyamos a que la salud, la abundancia y la alegría reinen en los hogares españoles”.

Otros higienistas realizaban propuestas más concretas y sintéticas, como la que se resumía en el plan de trabajo que Martin Salazar ejemplificaba con su proyecto de catastro sanitario de España:⁸¹

Historial sanitario de cada una de las poblaciones de España, con el estudio de sus condiciones higiénicas actuales, de sus necesidades sanitarias urgentes y de las reformas más importantes que en cada una de ellas fuese preciso realizar para combatir las causas remediabiles de su insalubridad y reducir las cifras de su mortalidad anormal. Sólo con estos antecedentes, unidos a los datos estadísticos demográficos de mortalidad y morbosidad de cada población, podríamos llegar a tener un concepto claro y completo del problema sanitario nacional, con todos los elementos de juicio necesarios para estudiarlo en sus diversos aspectos, y proponer al gobierno, llegada la ocasión, soluciones legislativas prácticas, fundadas en un perfecto conocimiento de los hechos, y no, como sucede ahora, en suposiciones muchas veces disconformes con la realidad de las cosas. Supongamos, por ejemplo, que quisiésemos estudiar hoy un proyecto de ley encaminado a proveer de aguas potables a todas las poblaciones de España, a la manera como Bélgica lo ha intentado en un reciente proyecto presentado a su Cámara de diputados: pues bien; nos sería sencillamente imposible hacerlo, por carecer de los antecedentes indispensables para discurrir sobre ello, y no tener más que la idea general, muy vaga, de que son muchos los pueblos que usan aguas impuras, sujetas a fácil contaminación morbosa; en lugar de conocer los detalles precisos de lo que pasa en este respecto en cada uno de ellos.

En relación con la distribución de competencias sanitarias entre las diferentes administraciones, la mayoría de los higienistas reconocían el protagonismo que tenían que desempeñar los municipios, pero con importantes reformas legislativas y con la tutela y la intervención del Estado:⁸²

La experiencia de muchos años [...] ha demostrado hasta la saciedad que no es al particular, al municipio [...] a quienes debe dejarse la iniciativa en asunto de tanta trascendencia. Ya se estime como una función tutelar, ya como un acto de

⁸⁰ García Faria (1921: 346-347).

⁸¹ Martin Salazar (1913: 107).

⁸² Muños Antuñano (1921: 331).

intervencionismo, no cabe duda que el Estado es quien debe y puede dictar, ordenar, y en gran parte, ejecutar los planes de saneamiento nacional por medio de sus ingenieros, sus arquitectos y de cuantos organismos técnicos disponga, para la mejor y más exacta realización de una obra de tal magnitud.

Por lo que se refiere a las soluciones relacionadas con la higiene urbana y los fallos de mercado asociados a la *urban penalty*, Pedro García Faría,⁸³ en el informe ya mencionado que presentaba a la AHC en 1894, señalaba en relación con la ciudad de Barcelona que, “la manera de corregir el inveterado mal constituido por las viviendas insalubres y las intolerables casas de dormir, podría consistir en la construcción de casas para obreros, y para vigilar las actuales viviendas, en la creación de comisiones mixtas de propietarios, inquilinos y facultativos que impidieran estos mortíferos focos de infección”. Dos años después, en otra de las monografías publicadas por la AHC,⁸⁴ se proponía que los obreros se trasladasen a vivir a las afueras de las ciudades, donde los alquileres eran más asequibles y donde podían combinar las horas de descanso industrial con actividades agrícolas. Para justificar proyectos urbanísticos de semejante envergadura y cuantía económica, se hacían servir argumentos higiénicos, y se indicaba que la solución pasaba por la creación de sociedades económicas y “altruistas” [sic] que fuesen capaces de compaginar el interés de los accionistas con las necesidades de los obreros, derribando lo viejo y levantando lo nuevo, todo ello bajo una acción combinada de utilización de capitales y saneamiento de la ciudad:⁸⁵

Sobre las negras ruinas de los antiguos edificios que de tantas tristezas y miserias han sido pasivos espectadores, se levantarán mansiones suntuosas que no estarán destinadas a los proletarios, sino a grandes comercios y almacenes, a magníficas viviendas de acomodadas familias, a domicilio de sociedades comerciales [...] se sanarán y aristocratizarán barrios por los que antes no se habrían atrevido a circular quienes después lo habitarán con satisfacción y

⁸³ García Faría (1894: 36-37).

⁸⁴ Gibert i Olivé (1896: 13-14).

⁸⁵ Monturiol (1904: 2). Por su parte, el economista Frederic Rahola, en la comunicación presentada al *Primer Congrés d’Higiene de Catalunya* (1906, *op. cit.*, p. 130-136), defendía la necesidad de reformar o destruir todas las casas obreras que atentasen contra el derecho a la salud y el bienestar, y apostaba por el modelo de casa única, con planta baja y un primer piso, con huerto y jardín e independiente para cada familia. Para ello proponía la creación de “sociedades fomentadoras de casas para obreros” que jugaran un papel de intermediarios entre estos y las sociedades de crédito. En cualquier caso, recordaba que las garantías higiénicas debían de situarse por encima de cualquier consideración económica. En relación con todas estas cuestiones, Rafael Huertas en su trabajo “Vivir y morir en Madrid: la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923)” (2002) señala entre sus conclusiones que “la vivienda insalubre pasó a formar parte de la cuestión social y que las propuestas de intervención, siempre en el marco de la higiene liberal, intentaron aunar actuaciones de salud pública y de política urbanística”.

orgullo [...] y todo aquel terreno comprado a bajo precio, aprovechándose, en ocasiones de la precaria situación de los pequeños propietarios, representará al cabo de unos pocos años una fortuna de primer orden a una o varias familias y no derramará una sola lágrima de aquellos infelices que antes los habitaban consumiéndose por la falta de sol, de aire, y de las pequeñas comodidades a que son acreedores todos aquellos que trabajan y se ganan la vida”.

A pesar de todos estos antecedentes y de los certeros diagnósticos que se fueron realizando de las deficiencias que mostraba la higiene urbana en España, cuando en 1922 la AHC convocó el Primer Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación, la situación seguía siendo insatisfactoria, por lo que se tuvieron que abordar con toda su amplitud las deficiencias higiénicas que mostraban las viviendas. Con aquella iniciativa, la institución catalana reforzaba su compromiso “con el movimiento filantrópico y de reforma social en pro de la habitación sana que se había instalado en España”. Los organizadores del Congreso consideraban que era mucho lo que quedaba por hacer en el dominio de la habitación privada, al mismo tiempo que denunciaban la ausencia de una conciencia social que fuese capaz de considerar la casa higiénica, tan indispensable como el alimento o el vestido. Aunque se reconocían avances en materia de higiene de la habitación y se señalaba la existencia de “un formidable movimiento social e higiénico a favor de la habitación conforme a las reglas de la higiene” se denunciaba el poco progreso higiénico que habían alcanzado las habitaciones colectivas (hospitales, asilos, locales industriales, teatros, acuartelamientos, etc.), y sobre todo, el lamentable estado en el que se encontraba la habitación privada:⁸⁶ “[...] el mismo Estado y los municipios intervienen no sólo en la parte legislativa, también en la económica, contribuyendo a la construcción de casas baratas, realizando el socialismo desde arriba para favorecer a las clases obreras y a los poco favorecidos por la fortuna [...] Pero si dirigimos la mirada a la habitación privada, ¡que espantosos descubrimientos se hacen, tanto en las ciudades como en el campo!”.

El Congreso de 1922 tuvo una marcada vocación interdisciplinar, al contar con la participación de médicos, farmacéuticos, veterinarios, arquitectos, ingenieros, abogados, maestros de obras titulados y, en general, cualquier persona interesada en “redimir a la familia del hogar insalubre y a la colectividad de los locales antihigiénicos”. Como actividad paralela al Congreso se organizó una exposición anexa,

⁸⁶ Primer Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación (1922: 1461).

que intentaba ser “una enseñanza muda pero elocuente, al mostrar la habitación higiénica y los medios de conservarla, como también la insana y los procedimientos para sanearla”. El objetivo era “colaborar por medio científico y práctico a la solución del problema de la habitación [...] que tanto ha de contribuir a la disminución de nuestras vergonzosas cifras de mortalidad y a regenerar y moralizar la raza”.⁸⁷

En muchas de las ponencias que se debatieron en el Congreso de 1922 estuvo presente el papel que tenía que jugar el Estado en la transformación de las barriadas insalubres, al mismo tiempo que se insistía en la necesidad de evitar la creación de nuevas barriadas con deficiencias.⁸⁸ La colaboración estatal se justificaba con el objetivo de dotar a las ciudades españolas de las condiciones urbanas que permitiesen igualar el promedio de mortalidad al de las naciones más desarrolladas. Se trataba de proporcionar a los Ayuntamientos los medios necesarios para lograr “la higienización de las urbes sin tener que sucumbir ante los egoísmos del interés particular”.

La delimitación de responsabilidades públicas y privadas, en el momento de garantizar la higiene de la habitación, también estuvo presente en muchas de las ponencias y comunicaciones que se debatieron en el Congreso, particularmente cuando se trataba de dilucidar las garantías sanitarias en las viviendas de alquiler.⁸⁹ La no intervención de las autoridades públicas podía estar justificada cuando la habitación se construía con el exclusivo objeto de ser habitada por el mismo que la construía, pero se hacía precisa cuando las viviendas se construían para ser alquiladas y poder evitar, así, la codicia de los propietarios o “colocar a los habitantes de una casa en condiciones tales de estrechez o hacinamiento, de escasez de aire y de luz, que se haga nociva la permanencia en tales viviendas”.

Por otra parte, aunque no se disponía de las estadísticas sanitarias y de los padrones de viviendas adecuados,⁹⁰ el Congreso sirvió para poner de manifiesto que la higienización y dignificación del hogar, y en concreto la de las clases humildes, continuaban siendo una prioridad necesaria en la España de 1922.

⁸⁷ López (1923: 2048).

⁸⁸ Carbonell (1923).

⁸⁹ Cubel (1923).

⁹⁰ Como hemos comentado en apartados anteriores, la denuncia de falta de datos estadísticos con los que poder analizar los problemas de salud pública que afectaban a la población española de principios del siglo XX. En el Congreso de 1922, se encargaba de recordarlo el higienista y estadístico Enrique Radua (1923), en una comunicación donde abordaba las dimensiones demográficas del problema de la vivienda.

En los primeros años de la década de 1920, la reglamentación española en materia de higiene de la habitación se reducía a fijar la altura que debían tener los edificios en relación con la anchura de la calle, a la altura de los pisos en cada inmueble y al modo de establecer los desagües de retretes, fregaderos, lavaderos, etc.; pero no se ocupaba de regular el saneamiento del terreno donde se tenían que emplazar los edificios, ni de la distribución interior de los mismos, ni de la relación que debía existir entre la superficie construida y la libre, ni de las dimensiones que debían tener los patios interiores de las casas, ni de la limitación de los pisos, etc. A todo ello se sumaba la ausencia de control sanitario una vez construida la vivienda, lo que conllevaba la imposibilidad de intervenir en el momento en que tuviera lugar una pérdida de las condiciones de salubridad. En las conclusiones del Congreso,⁹¹ además de insistir en la reglamentación de la altura de las casas y la anchura de las calles, o en las dimensiones de los patios o espacios libres de las manzanas, se subrayaba la importancia de conseguir una orientación que garantizase que cada fachada estaría expuesta, desde la base hasta su altura, cada día y durante algunas horas, a la acción directa de los rayos solares. Se debía permitir una comunicación permanente entre los espacios o patios del interior de las manzanas con la vía pública, permitiendo así la circulación y renovación constante del aire en las fachadas laterales y posteriores de todos los edificios. Para conseguir dichos objetivos, resultaba fundamental que las casas o edificios no estuviesen adosados los unos a los otros y que entre ellos se guardasen las distancias preceptivas, o que los patios o espacios interiores no estuviesen cerrados por la parte superior. Por último, la parte inferior y superior de las escaleras de las calle debían cerrarse con puertas de verja de hierro con el objeto de que el aire se pudiera renovar de manera constante y pudiera penetrar en las habitaciones “una atmósfera más pura, tanto de día como de noche”.

A todas aquellas medidas se tenían que sumar otras acciones de saneamiento que contemplasen la construcción de pavimentos urbanos que permitiesen suprimir el barrido en las calles y sustituirlo por las mangas de riego a presión, el suministro de agua de calidad, para poder acabar con el problema endémico que representaban las enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos, o la construcción de las infraestructuras adecuadas para garantizar, desde el punto de vista sanitario, el ciclo del

⁹¹ Los acuerdos más destacados de cada una de las secciones del Congreso fueron publicadas en la revista *Laboratorio* como conclusiones de los temas oficiales (Primer Congreso, 1923).

agua. Todo aquel conjunto de propuestas se completaban con la reivindicación de nuevas medidas legislativas y con la promoción de políticas que favoreciesen la construcción de casas baratas (a condición de que fuesen sanas) y su adquisición por las clases necesitadas, dándoles toda clase de facilidades, pero obligándoles a no tener realquilados y a la limpieza, higiene y conservación de las viviendas. Además de conseguir extinguir e impedir la formación de aquellos “barrios de barracas” que significaban la negación más absoluta de la higiene y la civilización urbana.

Los cambios llegarían cuando la higiene de la habitación se situó en el contexto de las reformas urbanas y la mejoras de salud pública. Como señalaba Josep Torrès Clavé, una de las figuras más destacada del racionalismo arquitectónico en la España de las décadas de 1920 y 1930, el criterio de saneamiento a partir de la destrucción de las casas con condiciones deficientes de salubridad, se acabó convirtiendo en un criterio público, en una aspiración que hacían suya no sólo los ciudadanos directamente afectados, sino todos a aquellos que conocían las consecuencias que se podían derivar para el conjunto de la ciudad si no se atacaba a fondo un problema de salubridad tan importante. Era a través de la transformación del concepto de habitación como se tenía que resolver la insalubridad de las viviendas.⁹²

Fuentes y bibliografía

ASHTON; John; UBINO, Janet (1991), *The Healthy City and the Ecological Idea*.

Discussion Point, *Social History of Medicine*, 1991, 4(1): 172-179.

ASHTON, John (1993) *Ciudades sanas*, Barcelona, Masson.

BALAGUER, Emili; BALLESTER, Rosa (1994), Los aspectos sanitarios en el movimiento de desarrollo y reforma de las ciudades europeas (1870-1925), en CAPEL SÁEZ, Horacio; José María LÓPEZ PIÑERO; José María; PARDO TOMÁS, José (eds) *Ciencia e ideología en la ciudad. I Coloquio Interdepartamental (II)*, Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria d'Obres Públiques, 1994, pp. 241-248

BARONA, Carme (2006), *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*, Valencia, Publicaciones de la Universidad de Valencia.

⁹² Torres, 1937.

- BARONA, Josep Lluís; MICÓ, Joan (eds) (1996), *Salut i malaltia en els municipis valencians*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/ Universitat de València.
- BARONA, Josep Lluís (ed.) (1999), *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936). Professionals, lluita antirràbica, higiene dels aliments i divulgació*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València.
- BARONA, Josep Lluís; CORTELL, Josep; PERDIGUERO, Enrique (eds) (2002), *Medi ambient i salut en els municipis valencians. Una perspectiva històrica*, Sueca, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Ajuntament de Sueca.
- BARONA Josep LLuís (2002), *Salud, enfermedad y muerte. La sociedad valenciana entre 1833 y 1939*, València, Institució Alfons el Magnànim.
- BARONA, Josep LLuis, BERNABEU-MESTRE, Josep (2008), *La Salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Valencia, Publicaciones de la Universidad de Valencia.
- BEASCOECHEA GANGOITI, José María *et al* (eds) *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad*, Bilbao, Universidad del País Vasco/Servicio Editorial Euskal Herriko Unibertsitatea.
- BENEITO, Angel; BLAY, Francesc; LLORET, Joan (eds) 1999, *Benèficiència i Sanitat en els municipis valencians*, Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics.
- BERNABEU-MESTRE, Josep (2005), State of Health of the Catalan Areas: the Work of the Acadèmia d'Higiene in the Early 20th Century, in BARONA, Josep Lluís; CHERRY, Steven (eds), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1941)*, Valencia, SEC, pp. 287-303.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; ESPLUGUES, Josep Xavier; ROBLES, Elena (eds.) (1997), *Higiene y salubirtat en els municipis valencians (1813-1939)*, Benissa, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/ Insitut d'Estudis Comarcals de la Marina Alta.
- BERNABEU-MESTRE, Josep (2002). Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950, *Revista de Demografía Histórica*, XX (1): 123-143.

- BERNABEU-MESTRE, Josep (2006) Medio urbano y salud en el proceso de modernización: los trabajos de la Academia de Higiene de Cataluña, 1892-1922., en BEASCOECHEA GANGOITI, José María *et al* (eds) *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad*. Eds José María , *et al*. Bilbao, Universidad del País Vasco. Servicio Editorial Euskal Herriko Unibertsitatea, pp. 183-200.
- BERNABEU-MESTRE, Josep (2009) La higiene de la habitación. Arquitectura y salud pública en la España de la Restauración, *Lars*, 15: 15-18.
- BERNABEU-MESTRE, Josep, PERDIGUERO, Enrique, BARONA, Josep LLuis (2007), Determinanti della mortalità infantile e transizione sanitaria. Una riflessione a partire dall'esperienza spagnola, En BRESCHI, Marco, POZZI, Lucia, *Salute, Malattia e Sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Udine: Forum, pp.175-193.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; ESPLUGUES, Josep Xavier; PASCUAL, Mercedes; TEROL, Vicent (eds) (2008) *Salut i societat en els municipis valencians: una perspectiva històrica*. València, Denes.
- BORDERIES, Josette (1989), El discurso higiénico como conformador de la mentalidad femenina, (1865-1915), En, *VII Jornadas de investigación interdisciplinaria*, Madrid, pp. 299-309.
- BOURDELAIS, Patrice; OPINEL, A. (2001), *Les hygienistes, enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Fondation Mérieux/Belin.
- CAIN; Louis P.; ROTELLA, Elyce J (2001), Death and spending: urban mortality and municipal expenditure on sanitarion, *Annales de Démographie Historique*, 2001, 1: 139-154.
- CAMPOS MARIN, Ricardo (1998), Higiene y enfermedad social en la España de cambio de siglo, *El médico*, 73-79.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo (2000), La salud de los españoles como problema político y social en el cambio de siglo. En LAFUENTE, Antonio. (ed. Lit.), SARAVIA, Tiago. (coord.). *Imágenes de la ciencia en la España contemporánea*, Madrid: Fundación Telefónica, pp. 62-73.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo, MARTÍNEZ PÉREZ, José, HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (2000), *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- CASSEDY, James (1962) Hygeia: A Mid-Victorian Dream of a City of Health, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, XVII(2): 217-228.
- CIUTAT BRUTA, *Vida*, 1904, 1(19), p. 1-2.
- CUBELI, Arturo (1923) Modificaciones que deben introducirse en nuestra legislación sanitaria, en relación con las habitaciones de todo género, para que sea más eficaz su aplicación, *Laboratorio* 7 (73): 1999-2000.
- DUBOS, René (1965) El hombre frente a su ambiente, en: *El hombre en adaptación*, México, Fondo de Cultura Económica, 1965, pp. 300-319.
- DUBOS, René (1986) Sociedad industrial y civilización humana, en *Un Dios interior.*, Barcelona, Biblioteca científica Salvat, 1986, pp. 185-198.
- ESCODÉ, Manuel (2008) *L'Acadèmia d'Higiene de Catalunya (Segles XIX i XX)*, Barcelona, Arxiu Històric de Ciències de la Salut.
- FRESQUET, José Luís (1994), La higiene municipal en la obra de Francisco Méndez Alvaro (1806-1883), en CAPEL SÁEZ, Horacio; José María LÓPEZ PIÑERO; José María; PARDO TOMÁS, José (eds) *Ciencia e ideología en la ciudad. I Coloquio Interdepartamental (II)*, Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria d'Obres Públiques, 1994, pp. 265-278.
- GARCIA FARIA, Pedro (1894), *Medios de aminorar las enfermedades y la mortalidad en Barcelona. Memoria leída en la Academia de Higiene de Cataluña*, Barcelona, Adm. Industria e Invenciones.
- GALIANA SÁNCHEZ, M^a Eugenia, BERNABEU-MESTRE, Josep (2006), El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX, *Asclepio*, vol. LVIII, n^o 2, pp. 31-55.
- GALIANA SÁNCHEZ, M^a Eugenia, BERNABEU-MESTRE, Josep (2011), Desnutrición y enfermedad: la bromatología urbana popular en el Madrid de principios del siglo XX. En: GONZÁLEZ PORTILLA, Manuel; BEASCOECHEA José María; ZARRAGA, Karmel (eds) *Procesos de transición, cambio e innovación en la ciudad contemporánea*, Bilbao: Universidad del País Vasco, pp. 143-155.
- G. DE MEMBRILLERA, F.(1921), *El problema sanitario de España. Exceso de mortalidad. Causas que la producen. Influencia de la Higiene en la economía nacional. Medidas de gobierno y acción de los ciudadanos para higienizar*

- España y arrebatar a la muerte más de 100.000 vidas por año*, Madrid, Sarriá, J. Viñals editor.
- GIBERT I OLIVÉ, Agustí M. (1896) *Consideracions sobre las midas que dehuen pendrer los municipis per a evitar lo contagi de la tuberculosis. Memòria premiada per l'Acadèmia d'Higiene de Catalunya*, Tarragona, Tip. de Arís i Fill.
- GIOVANNINI, Carla (1996), *Risanare le città. L'utopia higienista di fine ottocento*, Milano, Franco Angeli Geografia Umana.
- GLEASON, William (1990), Public Health, Politics, and Cities in late Imperial Russia, *Journal of Urban History*, 16(4): 341-365
- GONZÁLEZ CAMPO, José (1903) *La alimentación de las clases pobres de Madrid como factor etiológico de enfermedades gástricas e intestinales*. XIV Congreso Internacional de Medicina. Establecimiento Tipográfico de Idamor Moreno, Madrid.
- GOUBERT, Jean Pierre (1986), *La conquête de l'eau: l'avènement de la santé à l'âge industriel*, París, Robert Laffont.
- GUERRA Y ESTAPÉ, Jaime (1921) *Adición de sustancias extrañas a los alimentos*, Barcelona, Academia de Higiene de Cataluña.
- GUILLEM-LLOBAT, Ximo (2008b), Losing the global view in the establishment of new limits to food quality. The regulation of the food market in Spain (1880–1936), *Food and History*, 6, nº 1, pp. 215-246.
- GUILLEM-LLOBAT, Ximo (2009), *De la cuina a la fabrica. L'aliment industrial i el frau. El cas valencià en el context internacional (1850 –1936)*, Alacant, Publicacions Universitat d'Alacant.
- HAMLIN, Christopher (1998), *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick*, Csambridge, Cambridge University Press (Cambridge History of Medicine).
- HENNOCK, E. P. (2000), “The urban sanitary movement in England and Germany, 1838-1914”, *Continuity and Change*, 15(2): 269-296)
- HUERTAS, Rafael (2002), Vivir y morir en Madrid: la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923), *Asclepio*, 54(2): 253-276.

- HUERTAS, Rafael (1993), El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad en la España del primer tercio del siglo XX. Discurso ideológico e iniciativas políticas, *Asclepio*, 45, 1, pp. 89-122.
- HUERTAS, Rafael; MAESTRO, Ángeles (1991), *Orígenes y contradicciones del concepto de medicina social*, in *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas.
- KRIEGER, Nancy; BIRN, Anne-Emmanuelle (1998) A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848, *American Journal of Public Health*, 88(11): 1603-1606.
- LUIS Y YAGÜE, Ramón. (1903) Bromatología popular urbana. XIV Congreso de Medicina Internacional. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Idamor Moreno.
- LÓPEZ, Guillermo (1923), Medidas de higiene urbana indispensables para la salubridad de la habitación, *Laboratorio*, 7(75): 2045-2053; 7(76): 2068-2073
- LOPEZ PIÑERO, José María LÓPEZ Pròleg. En: VERA VERDU, F. *Topografía mèdica de Sollana*, Sollana, Ajuntament, facsímil de l'edició de 1926, pp. 9-16.
- MARTIN SALAZAR, Manuel (1913) *La sanidad en España. Discurso leído en la Real Academia de Medicina en la recepción pública del....* Madrid: Real Academia de Medicina.
- MER I GÜELL, Manuel (1906), Història i motius del Congrés d'Higiene, en *Llibre d'actes del Primer Congrés d'Higiene de Catalunya*, Barcelona, Academia d'Higiene de Catalunya, 1906, pp. 18-19.
- MILLAS BASALLOS, C. (1913) *Saneamiento de las poblaciones (urbanas, rurales) y policía urbana*, Madrid, Sociedad Española de Higiene.
- MONTURIOL, Emili (1904) , La casa del obrer, *Vida*, 1(19): 2-3
- MORATA, Eva M^a (2003), La imagen de la maternidad en la España de finales del XIX y principios del XX, *Arenal*, 10, 2, pp. 163-190.
- MURILLO PALACIOS, Francisco (1918) *La defensa social de la salud pública. Discurso leído en la Real Academia de Medicina en la recepción pública del....*, Madrid: Real Academia de Medicina.
- NATHANSON, Constance A. (2007) The nineteenth century: From miasmas to microbes, in *Disease prevention and social change. The state, society and*

- public health in United States, France, Great Britain and Canada*, New York, Russell Sage Foundation, pp. 23-46.
- NOSTRES PROPÒSITS (1904), *Vida*, 1(1): 1.
- NOVO, Pedro A. (2000), agua potable a domicilio. ¿Una innovación? Los municipios de la Ría del Nervión en la transición del siglo XIX al XX, *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 2000, 69(37).
- PALACIO LIS, Irene (2003) *Mujeres Ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Valencia, Universidad de Valencia.
- PASCUA, Marcelino (1934) *La mortalidad infantil en España*. Madrid, Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad.
- PERDIGUERO, Enrique (ed.) (2004). *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- PLA I ARMENGOL, R. (1917) *De com s'estima la vida i perquè*. Barcelona, Academia d'Higiene de Catalunya.
- PORRAS, María Isabel (2002), Un acercamiento a la situación higiénico-sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX”, *Asclepio*, 54(1): 219-250)
- PRIMER CONGRESO Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación (1922), *Laboratorio*6(60): 1461-1462
- PRIMER CONGRESO Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación (1923) Conclusiones de los temas oficiales, *Laboratorio* 7 (70): 1666-1667.
- PROUBASTA, Felip (1096) *Llibre d'Actes del Primer Congrés d'Higiene de Catalunya*, Barcelona, Academia de Higiene de Catalunya.
- QUERALTÓ I ROS, Jaume (1907) *La tasca social de la Higiene*, Barcelona, s.e.
- RADUA, Enrique O. (1923) El elemento demográfico en el problema de la habitación, *Laboratorio* 7/76: 2074-2078.
- RAHOLA, Frederic (1906) “Algunes observacions sobre la millor manera de portar a terme la construcció de les habitacions obreres a Catalunya” En: *Llibre d'Actes del Primer Congrés d'Higiene de Catalunya*, Barcelona, Academia de Higiene de Catalunya, pp. 130-136.

- RECAÑO, Joaquín; ESTEVE, Albert (2006), (Re-)visitando Garcia Faria. Un estudio de los factores espaciales y medioambientales de la mortalidad en la Barcelona de finales del siglo XIX, *Revista de Demografía Histórica*, 24(1): 121-180.
- REVENGA, R. (1904) *La muerte en España*, Madrid, Imprenta de la prensa de Madrid.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1998), La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España, *Historia Contemporánea*, pp. 18, 19-52.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. (1996), La encuesta sanitaria como contribución original de Philipp Hauser a la salud pública española. En CARRILLO, JL. (ed), *Entre Sevilla y Madrid. Estudio sobre Hauser y su entorno*. Sevilla, Universidad de Sevilla, 195-210.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, PERDIGUERO, Enrique (eds.) (2006), Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX, *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 13.
- SAIZ MORENO, L. (1981) La Sociedad Española de Higiene (Un siglo al servicio de la Salud Pública), *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 55: 1073-1100.
- SALAS VIVES, Pere (2002), “La política sanitaria en la primera mitad del siglo XIX (Mallorca, 1800-1850)”, *Revista de Demografía Histórica*, 20(2): 53-97.
- SIMONENA ZABALEGUI, Antonio (1918) Discurso en contestación a... En: Murillo Palacios, F. La defensa social de la salud pública. Discurso leído en la Real Academia de Medicina en la recepción pública del... Madrid: Real Academia de Medicina.
- SUSSER, Mervyn; SUSSER, Erza (1996) Choosing a Future for Epidemiology: I: Eras and Paradigms, *American Journal of Public Health*, 86(5): 668-673.
- SZRETER, Simon, WOOLCOCK, Michael (2004) Helath by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health, *International Journal of Epidemiology*, 33:: 650-667.
- TATJER, Mercedes (2005) La vivienda obrera en España de los siglos XIX y XX: de la promoción privada a la promoción pública (1853-1975), *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2005, vol. IX, núm. 194 (23). <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-194-23.htm>
- TERMES, Josep (2000) *Història del catalanisme fins el 1923*, Barcelona, Pòrtic.

TORRES CLAVÉ, Josep (1937) La transformació del concepte de l'estatge. *Nova Iberia* 2: 3 p. (s.p.).

XALABARDER, Eduard; PRESTA, Alvaro (1906), "Estudi sanitari general de les comarques catalanes". En: *Primer Congrès d'Higiene de Catalunya. Temes Oficials*, Barcelona, Acadèmia d'Higiene de Catalunya, 1906, pp. 5-29.