



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

**TÍTULO: Normativa y práctica de la reforma sanitaria, 1855-1923**

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

**AUTORES: Isabel Moll, Joana María Pujadas- Mora y Pere Salas**

**INSTITUCIÓN ACADÉMICA: Universitat de les Illes Balears,  
Universitat Autònoma de Barcelona, Centre d'estudis Demogràfics**

**X Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica  
(AEHE).  
Carmona 8-9 de septiembre de 2011**

**SESIÓN**

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

**Normativa y práctica de la reforma sanitaria, 1855-1923**

Isabel Moll (isabel.moll@uib.es)\*, Joana Maria Pujadas-Mora\*<sup>#</sup> (j.pujadas@ced.uab.es)  
y Pere Salas ([salasvives@gmail.com](mailto:salasvives@gmail.com))

\*Universitat de les Illes Balears.

<sup>#</sup> Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona.

La preocupación para mejorar el estado de salud de la población fue una de las premisas del liberalismo europeo. En consecuencia, desde sus inicios y de forma progresiva, elaboró un marco legal acorde con este postulado. Ciertamente, sus derivaciones prácticas no siempre fueron evidentes. Pero tampoco estas cuando se produjeron, (sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XIX) hubieran sido posible sin una legislación apropiada; hecho especialmente visible en España.

Se trata de un período en el que coinciden dos tendencias. En el ámbito político es evidente la voluntad centralizadora del Estado, que se materializará con la promulgación de leyes de sanidad de ámbito general. No olvidemos que la primera ley general de sanidad en el Reino Unido data de 1848 y la española de 1855. De todas formas, en España, pero no de forma exclusiva, la organización de la Administración pública estructurada de forma jerárquica centralizada en lo político, dotaba de amplias responsabilidades en materia de sanidad y beneficencia a las instituciones locales. De forma paralela, en el campo científico, asistimos a la implantación del higienismo como paradigma médico, pero sin dejar de lado postulados de tipo contagionista, que prepararon el terreno para la adopción de la bacteriología a partir de la década de los ochenta.

La presente comunicación se inserta en este marco de referencias y abarca el período de la consolidación del Estado liberal en España a la crisis de 1923, con dos hitos fundamentales en el plano legislativo, la referida Ley sanitaria en 1855 y el Reglamento sanitario de 1904. Su objetivo es doble: de una parte se pretende mostrar las principales características del ámbito legal en sus diversas facetas: estatal, provincial y municipal; se trata de un ejercicio básicamente historiográfico a partir de la abundante literatura existente sobre el tema en cuestión. De la otra, se intenta describir algunos aspectos del funcionamiento de la práctica sanitaria por parte de la Administración pública en el citado período. La realización de este segundo ejercicio exige un marco provincial y local, ya que es ahí donde se puede observar con más detalle la actuación de las instituciones públicas. Por ello se ha optado por describir algunos aspectos de la práctica sanitaria desarrollada en Mallorca entre 1855 y 1923, especialmente los Ayuntamientos y la Diputación provincial. Ya sea en épocas “extraordinarias” (esto es,

en momentos de peligro epidémico) y la actuación en situaciones de normalidad sanitaria.

En líneas generales, la comunicación articula los resultados obtenidos hasta el momento procedentes del estudio de diversos municipios de la isla con la incorporación de la ciudad de Palma, a fin de identificar la práctica de la sanidad pública en un núcleo urbano.<sup>1</sup> Ello permitirá comparar los resultados de un medio urbano con otro rural, además de determinar si se produjo una prevalencia de iniciativas por parte de la ciudad de Palma. Ello ayudará a conocer la incidencia real que tuvo la política sanitaria liberal y sus repercusiones en la mejora del estado de salud de la población.

## **1.- EL MARCO LEGAL**

La preocupación estatal por los problemas relacionados con la sanidad tiene sus precedentes más inmediatos en la época ilustrada y los primeros años del XIX, cuando se produce un progresivo desarrollo de la legislación sanitaria de acuerdo con los principios constitutivos del nuevo Estado liberal. Se trata de una intervención que se va a imponer de manera progresiva a partir de 1833<sup>2</sup>.

### ***El ámbito general***

Es evidente que la “Ley del Servicio General de Sanidad” de 1855 definirá las líneas maestras de la sanidad decimonónica y de principios del novecientos. Con esta ley se pretendía, sobre todo, remediar situaciones calificables de extraordinarias cuya proliferación casi ordinaria, suponía un peligro para la salud del cuerpo social. De ahí la necesidad de establecer una regulación específica del resguardo sanitario para evitar la entrada de epidemias, creándose un aparato centralizado que tenía en los gobernadores civiles de cada provincia una de sus piezas angulares, auxiliados por las Juntas de Sanidad provinciales. Por lo que afectaba a la sanidad interior se contaba con los subdelegados de interior, pero sobre todo con los Ayuntamientos que en realidad eran los auténticos responsables del mantenimiento de unos niveles mínimos de salubridad. Estas instituciones eran las encargadas del control de los focos potenciales de insalubridad que había en su territorio y en su ciudadanía (los pobres y los sectores más desvalidos de la población). Pero el carácter voluntarista de la ley hizo que, en un primer momento, los Ayuntamientos -responsables de su aplicación y de su financiación- fueran muy reticentes en ponerla en marcha.

La ley de Sanidad de 1855 estuvo vigente hasta el Real Decreto que originó la Instrucción de 12 de enero de 1904, el cual, en la práctica, vino a reformar la legislación general en esta materia. De todas formas las necesidades sanitarias en el largo período en que la Ley de 1855 estuvo vigente exigían bien su ampliación, bien que se complementara mediante una serie de decretos, leyes parciales y reglamentos que proliferaron durante la segunda mitad del siglo XIX y también con posterioridad a la Instrucción de 1904, demostrando la creciente preocupación de las autoridades por los temas de salud. De todos modos, este desarrollo legislativo no modificó ninguno de los pilares básicos de la ley de 1855. Se mantuvo, por ejemplo, la delegación de las

---

<sup>1</sup> Las observaciones sobre Palma son una primera aproximación de un trabajo que se va a iniciar este próximo curso (MCIN, HAR2011-27186).

<sup>2</sup> Después de los vaivenes del liberalismo hasta 1833, la legislación de ámbito local prestó especial atención a los problemas de salubridad, como apuntan (Masset Campos et al., 1998).

facultades de actuación, tanto en materia exterior como en interior, en los gobernadores civiles y en los ayuntamientos, éstos siempre tutelados por los primeros. Entre las ampliaciones podemos citar el reglamento de 9 de noviembre de 1864, aunque de nula aplicación; o el de 11 de noviembre de 1868, dedicado como el anterior a la asistencia de pobres y organización de los partidos médicos en los pueblos, que tuvo mejor suerte pero que a causa de las vicisitudes políticas del momento, necesitó del decreto de 24 de octubre de 1873 para que las autoridades locales le prestaran verdadera atención. Por último, otro Real Decreto de 14 de junio de 1891 acabó de perfilar el establecimiento de los partidos médicos y la creación de facultativos titulares en los municipios españoles (médicos, farmacéuticos, veterinarios, comadronas)<sup>3</sup>. El resto de la nueva normativa se dirigió al control epidémico, a la sanidad exterior o a temas específicos, como la regulación de actividades agrarias peligrosas para la salud cuya manifestación más clara eran las plantaciones de arroz.

Es en este marco legal cuando a partir de 1880 se inicia la lenta asimilación del paradigma bacteriano, que derivará en la creación de laboratorios municipales de química y de microbiología. Igualmente, continuará la preocupación y el perfeccionamiento por parte del gobierno central (a través de los gobiernos de la provincia) por conocer estadísticamente el estado demográfico de la población. Esta nueva situación preparará el terreno para la aparición de la Instrucción General de Sanidad del año 1904<sup>4</sup> que marcará el nacimiento de una nueva época en materia legislativa. En ella queda patente, por una parte, la inclusión, junto a preceptos higienistas propios de la época anterior, de un cuerpo normativo basado en la bacteriología que derivará en un tratamiento y regulación de la sanidad interior, además del abandono del binomio *limpieza = higiene*, gracias a la adopción del concepto de desinfección. Por otra parte, también se observa una mayor preocupación por el control y la vigilancia de fenómenos locales, creándose un cuerpo de inspectores provinciales reglamentado a partir de 1912, que actúa de forma paralela de las autoridades municipales en materia sanitaria; sin olvidar de una parte, la potenciación de los “funcionarios” municipales de la sanidad, de tal forma que no sólo se mantendrán los médicos titulares ya existentes desde hacía unas décadas, sino que estos nuevos funcionarios acometerán nuevas responsabilidades con la vigilancia de la salubridad local; y de la otra la consolidación de los primeros farmacéuticos y veterinarios titulares.

Como ya se ha observado, uno de los aspectos que no sólo se mantiene respecto a la legislación anterior, sino que incluso se potencia con la llegada de la Instrucción de 1904, es la responsabilidad de los ayuntamientos en el control de la sanidad interior<sup>5</sup>. De hecho constituye una de las características más relevantes de la legislación de esta época, de ahí el interés que presenta el estudio de estas instituciones y muy

---

<sup>3</sup> De hecho, como apunta para el caso de Valencia Carme Barona, fue a partir de los primeros años de la Restauración, cuando la mayoría de municipios aplicaron realmente la legislación sobre partidos médicos (Barona Vilar, 2000) . Como veremos, será a partir de la década de 1880 cuando los ayuntamientos contraten mayoritariamente médicos titulares.

<sup>4</sup> Debemos hacer constar que para Maset Campos, Rodríguez Ocaña y Sáez Gómez (1998: 31), los años que transcurren entre 1880 y 1904 constituyen una tercera etapa en la sanidad pública española, que tendría entre sus características principales, la asimilación del paradigma bacteriano, la adopción de un modelo funcional y especializado en el funcionamiento del aparato estatal y municipal, así como la regularización de la producción de estadísticas vitales.

<sup>5</sup> Es evidente que los ayuntamientos continuaron desarrollando labores de gran responsabilidad de carácter social, además de sanitario, durante esta época, como puede comprobarse del estudio de numerosos trabajos, como por ejemplo en la obra colectiva coordinada por P. Carasa Soto (2000).

especialmente del conjunto de medidas, acuerdos, reglamentos y ordenanzas que se fueron promulgando y que tendrá su reflejo en el cuerpo normativo municipal a lo largo de período estudiado. Así, en las leyes municipales de 1845, 1870, 1877 y en el estatuto de 1924 se observa un progresivo interés por el control de la sanidad en el ámbito local<sup>6</sup>. En el texto de 1845, por ejemplo, sólo se especifica en su Art. 74:

*“como administrador del pueblo, corresponde al alcalde, bajo la vigilancia de la administración superior: (...) Cuidar todo lo relativo á policía urbana y rural, conforme a las leyes, reglamentos y disposiciones de la autoridad superior y ordenanzas municipales”;*

mientras que según el Art. 81 *“Los ayuntamientos deliberarán conformándose a las leyes y reglamentos: Sobre la formación de ordenanzas municipales y reglamentos de policía urbana y rural”*. Se trata de un tratamiento vago y general del cometido de las autoridades locales en materia sanitaria.

Mucho más concreto es el contenido de la ley de 1870, en especial el artículo 67, donde se especifica que

*“Es de exclusiva competencia de los Ayuntamientos la gestión, gobierno y dirección de los intereses peculiares de los pueblos (...), y en particular cuanto tenga relación con los objetos siguientes: (...) Policía urbana y rural ó sea cuanto tenga relación con el buen orden y vigilancia de los servicios municipales establecidos; cuidado de la vía pública en general, y limpieza, higiene y salubridad del pueblo”*. Además, se establece que *“para el cumplimiento de las obligaciones de los ayuntamientos corresponden á estos muy especialmente las atribuciones siguientes: 1. Formación de ordenanzas municipales de política rural y urbana”* (Art. 69).

Como en la ley anterior y en las posteriores, el alcalde es el encargado de ejecutar los acuerdos y reglamentos aprobados por el ayuntamiento, además de ser el representante del gobierno en la localidad, y por tanto el encargado de llevar a la práctica las normas y órdenes del gobierno civil o de la Diputación.

La progresiva atención a la salud que manifiestan las leyes municipales queda patente en el contenido de los dos últimos textos, el de 1877 (que abarca todo el período de la Restauración) y el de 1924. Cabe destacar que en el Estatuto de 1924 se puntualizan mucho más las funciones sanitarias de los ayuntamientos. El artículo 150 afirma que es de la exclusiva competencia de los Ayuntamientos, subordinada tan sólo a la observancia de las leyes generales,

*“el gobierno de sus respectivos territorios, destacando la dirección de los intereses peculiares de los pueblos, en la totalidad de su territorio, y en particular cuanto guarde relación con los objetos siguientes: Abastecimiento de aguas y destino de las residuales, lavaderos, abrevaderos, balnearios y servicios análogos. También se añade en el apartado décimo del mismo artículo que el ayuntamiento se encargará del cuidado de los alcantarillados, “desinfecciones, cementerios, enterramientos, preservación o extirpación de epidemias o contagios, limpieza, higiene, desecación de lagunas o pantanos comprendidos*

---

<sup>6</sup> Las citas sobre las respectivas leyes municipales han sido extraídas de (Coscolluela Montaner y Orduña Rebollo, 1981).

*en el término municipal y cualesquiera otros servicios de salubridad e higiene, muy especialmente los de desinfección domiciliaria.”*

Además, los proyectos urbanos,

*“una vez que hayan sido aprobados por el Ayuntamiento pleno, aunque no exista recurso alguno contra ellos, serán sometidos al conocimiento de las Comisiones Sanitarias provinciales, si se trata de municipios que no sean capitales de provincia ni tengan más de 30.000 almas, y a la Comisión Sanitaria Central si se trata de cualquier otro Municipio. Tanto la Comisión Sanitaria Central como las provinciales examinarán los proyectos desde el punto de vista técnico-sanitario, debiendo señalar las deficiencias que conciernan a este aspecto”.*

De todo lo antedicho se puede establecer que la legislación municipal no solo recoge los contenidos de las leyes sanitarias generales, sino que progresivamente la normativa detalla mucho más las funciones de los Ayuntamientos en materia sanitaria. Este hecho dará como resultado la existencia de diferencias substanciales en cada época. Así, mientras en 1845 no aparece el concepto de higiene, sino que queda diluido en el apartado de policía urbana y rural, en las leyes de 1870 y 1877 sí que lo hace, al igual que el de salubridad. Además, en 1877, se combinan estas referencias con los servicios sanitarios a cumplir por los ayuntamientos. En el Estatuto de 1924 hay un salto cualitativo de doble importancia. Por una parte, el concepto de higiene y de salubridad ya no van unidos solo al de limpieza, sino al de desinfección, lo que se adecua al contenido de la Instrucción de 1904, que a la vez es consecuencia del avance cada vez mayor del paradigma microbiano en el tratamiento de la salud pública. Por otra parte, merece destacarse la mención específica y detallada del control sanitario a ejercer por instituciones con un fuerte componente técnico-científico sobre los nuevos proyectos urbanos.

### ***El ámbito local***

Resulta lógico pensar que las entidades locales reflejaron en su propia normativa, (es decir, en las ordenanzas municipales), la especial importancia que tenía el mantenimiento del estado de salubridad de sus poblaciones. Dichas ordenanzas, además, no solo reflejaban las leyes superiores, sino también los propios intereses, ideologías y conocimientos de las élites locales. De ahí que no suele haber dos ordenanzas totalmente iguales, aunque sigan unos mismos patrones. En el Preámbulo del Reglamento de Higiene Municipal de la ciudad de Palma de 1906 se señala precisamente esta característica:

*“Un reglamento de higiene municipal debe ser el canon sanitario de la comarca para la que se formule, ha de ser adaptado a las imprescriptibles condiciones de lugar y tiempo y respetando siempre las supremas leyes que al regular la vida determinan y señalan el medio de precaver los embates de la enfermedad, han de dar margen suficiente para que el espíritu de localidad, el sentido estético, el sentimiento político, formulen reglas de conducta variables de aplicación local que con el nombre de Ordenanzas municipales dictan los diferentes Ayuntamientos” .*

Precisamente estas ordenanzas adquieren un significado especial durante el periodo estudiado. Si bien la capacidad de dictar estas normas por parte de los ayuntamientos se encuentra en el ordenamiento jurídico anterior a 1870, no será hasta esta fecha y hasta los años veinte de siglo siguiente cuando proliferará su publicación; al menos por lo referente a Mallorca. Es más, en esta misma época este tipo de normativa municipal fue objeto de una atención preferente por parte de las autoridades locales, especialmente en todo lo concerniente a la higiene pública, lo que no ocurría en los años anteriores. Creemos que el hecho que fueran publicadas y distribuidas entre la población supuso un síntoma de esta actitud; además, cabe señalar la importante presencia de profesionales de la sanidad, especialmente médicos y farmacéuticos, en los órganos políticos y/o de gestión municipales.

Un buen ejemplo de lo que supusieron este tipo de normativas y la forma con que evolucionaron durante esta época, lo encontramos en el caso de Sóller. Sabemos que este municipio elaboró unas primeras ordenanzas en 1872, pero en 1902 fueron consideradas obsoletas y se planteó la necesidad de su renovación. En 1907, después de superadas una serie de vicisitudes, el ayuntamiento acordó unas nuevas ordenanzas que fueron aprobadas por la Diputación, institución que se hizo cargo de la publicación de las mismas y de su difusión por todos los municipios de la isla. Esto supuso que se convirtieran en un modelo para los Ayuntamientos que quisieran dotarse de un Código de esta naturaleza. A partir de estos momentos, las diferentes ordenanzas que aparecen en Mallorca están presididas por los principios higiénicos y sanitarios más avanzados, en las que se utiliza un concepto bien definido y explícito de Salud Pública (art. 14/4, art. 454) y se establece una normativa propia de una economía fabril de base urbana. Uno de los objetivos de quienes las realizaron fue adecuar el texto no sólo a una supuesta Ley de base, sino a todo el aparato legal que regulaba la vida de los individuos (como el Código Civil, por ejemplo; o las primeras leyes laborales)<sup>7</sup>.

## **2.- LA PRÁCTICA SANITARIA**

### **A.- Las actividades extraordinarias en la ciudad de Palma.**

La práctica extraordinaria en Salud Pública puede ser entendida como la conjunción entre la gobernabilidad y la demanda social de los asuntos sanitarios<sup>8</sup>. Un buen ejemplo de esta conjunción fue el tándem entre el peligro epidémico y la capacidad de respuesta gubernamental (municipal, provincial o estatal) a éste. Esta capacidad tendría su aplicación práctica en la disposición de preceptos legales sobre el riesgo epidémico

---

<sup>7</sup> Para ampliar el significado y contenido sanitario de las ordenanzas municipales véase Moll Blanes y Salas Vives (2006).

<sup>8</sup> La gobernabilidad se entiende por: “*la qualitat pròpia d’una societat política segons la qual les seves institucions de govern actuen eficaçment dins l’àmbit del seu espai, d’una manera considerada legítima per la ciutadania, permetent així el lliure exercici de la voluntat política de l’executiu mitjançant l’obediència cívica del poble*” (Giné i Arbós, 1990). Este concepto surgió a mediados de la década de los años 70 del siglo XX coincidiendo con la crisis de las economías desarrolladas, la emergencia de nuevos movimientos sociales y del agotamiento del llamado Estado del Bienestar. Para la utilización de este concepto históricamente proponemos un reajuste del mismo a la construcción del Estado Liberal. De esta manera proporcionamos una definición a la acción del gobierno en torno a los problemas sanitarios colectivos. Se debe tener presente que la definición de gobernabilidad citada tiene una implicación directa con la forma de gobierno democrática cosa que no ocurrió durante el siglo XIX con periodos de retorno al Absolutismo. Aun así debe concebirse que la forma de gobierno autoritaria también buscaría la gobernabilidad en la eficacia pero sin la legitimidad ciudadana.

(leyes, decretos, órdenes, circulares o bandos), como se ha puesto de manifiesto en la primera parte de este trabajo, que afectaría a la gestión sanitaria y llegaría a la reformulación de la estructura sanitaria.

La respuesta gubernamental a las epidemias durante el siglo XIX correspondía a la cadena jerárquica de Estado – Diputación provincial – Ayuntamiento. A este último le correspondió la gestión y el sostén económico de la prevención epidémica y/o de la epidemia propiamente. Estas atribuciones fueron consecuencia de las disposiciones de los eslabones superiores de la cadena. En búsqueda de la efectividad de la gestión el consistorio municipal, por medio de disposiciones legales, creó Juntas de Sanidad temporales. Una vez el peligro había desaparecido su actividad iba disminuyendo hasta que el propio órgano desaparecía. La temporalidad de este tipo de estructuras fue fruto de la herencia del concepto de Sanidad del Antiguo Régimen cuando la Sanidad era sólo sinónimo de prevención epidémica y de promoción de una asistencia benéfica<sup>9</sup>.

A través de las actividades de la Junta Municipal de Sanidad de Palma que se fue constituyendo repetidamente a lo largo del siglo XIX con diferentes formas y nombres, nos proponemos ejemplificar la práctica extraordinaria en materia de la Salud Pública. Para su análisis utilizaremos cuatro periodos explicativos que se refieren a los periodos centrales de las oleadas de cólera que afectaron al territorio español: 1832 – 34; 1854 – 55; 1865 y 1884 – 85<sup>10</sup> (López Piñero, 2001). No obstante la ciudad de Palma únicamente sufrió una epidemia de cólera en 1865.

### ***Las Juntas de Sanidad en la ciudad de Palma durante el peligro epidémico.***

El órgano encargado de la gestión municipal de la Salud Pública entre 1832 y 1834 fue la Junta Municipal de Sanidad<sup>11</sup> la cual por disposición de la Junta Superior de Sanidad en 1833 fue dividida en dos comisiones, una referida a *Seguridad y Vigilancia* y otra a *Hospitales, Lazaretos y Casa de Auxilio*. La primera comisión tenía la finalidad de proponer “*cuantas medidas y providencias considere convenientes para el resguardo de la pública salud*”<sup>12</sup>. En cambio la segunda comisión se encargaría de la ubicación de hospitales provisionales y lazaretos, de su equipamiento y administración. Por lo tanto, la proposición de medidas concretas de aislamiento marítimo (la no admisión de embarcaciones y cuarentenas), la realización de visitas higiénicas domiciliarias, la proyección del sistema asistencial (infraestructuras y personal de los hospitales provisionales) son las disposiciones que se dictaron en su seno. Disposiciones que fueron repitiéndose en los diferentes períodos estudiados y que explicaremos seguidamente con más detalle.

En 1854 fue directamente el pleno del ayuntamiento mediante el comisionado de concejales (cuatro de ellos exactamente) quien proporcionó la gestión sanitaria de la

---

<sup>9</sup> Para profundizar sobre el concepto de Sanidad y Beneficencia y la construcción de la administración sanitaria se recomienda ver: Grabuleda Teixidor (2002); Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro (2008); Muñoz Machado (1985 y 1995) y Perdiguero Gil (1997).

<sup>10</sup> En 1890 se produjo una nueva oleada de cólera en España que no será incluida en nuestro análisis dada que en esta cronología ya se conocía el agente causante de la enfermedad y ya se había descubierto su vacuna, siendo elementos influyentes y diferentes en términos de prevención en comparación a las anteriores cronologías de peligro epidémico tratadas.

<sup>11</sup> Las Juntas de Sanidad se generalizaron en el territorio español por la Real Orden de 25 de agosto de 1833.

<sup>12</sup> Oficio de la Junta Superior de Sanidad a la Junta Municipal de Sanidad, 14/10/1833 (AMP, FP 920)

prevención epidémica del cólera bajo el nombre de *Comisión de Sanidad*. Aunque las peticiones para la constitución de una Junta de Sanidad fueron continuas<sup>13</sup> dada su obligatoriedad<sup>14</sup>. En 1855 en cumplimiento de la Real Orden de 18 de enero de 1849 esa comisión fue substituida por la *Comisión Permanente de Salubridad Pública* con la finalidad propia de información a la Junta Municipal de Sanidad que nunca se llegó a constituir en el periodo (1854 – 1855).

En 1865 la Junta Municipal de Sanidad fue la encargada de gestionar las actividades preventivas y las actuaciones sanitarias ante la entrada de la epidemia. Entre julio y agosto de 1865 la Junta se sometió a la *Comisión Permanente de Sanidad y Beneficencia*, un tipo de comisión ya utilizada en el periodo 1832 – 1834<sup>15</sup>. A partir de agosto cuando las muertes por cólera ya se iban sucediendo, pero la epidemia no había sido declarada oficialmente se unieron en una sola junta la Junta Municipal de Sanidad y la Junta Municipal de Beneficencia en cumplimiento de la Real Orden de 26 de agosto de 1854. Se entendió como una manera de coordinar los órganos municipales superiores que duró hasta finales del mes de noviembre cuando la epidemia se dio por extinguida<sup>16</sup>.

La *Junta de Beneficencia y Sanidad* a mediados de setiembre se dividió en cinco comisiones que sirvieron para delimitar las grandes líneas de actuación local: Asistencia sanitaria (hospitalaria y domiciliaria), servicios higiénicos (fumigaciones de casas y calles) y financiación económica<sup>17</sup>. Esta junta se vio reforzada por una denominada *Comisión Permanente* formada por cuatro vocales de la Junta Municipal y cuatro más de la provincial<sup>18</sup>. A su vez el alcalde de la ciudad o en su defecto un concejal debía asistir a las reuniones periódicas de la Junta Provincial de Sanidad<sup>19</sup>. Nuevamente la *Comisión de Salubridad Pública* fue constituida como ya se ha explicado para el periodo 1854 – 1855.

La gestión sanitaria entre 1884 y 1885 correspondió a la Junta Municipal de Sanidad en forma de *Comisión de Beneficencia y Sanidad* a tenor de lo que establecía la Real Orden de 6 de setiembre de 1854 como ya venía siendo habitual. También se reccorrió a la formación de una comisión mixta entre la Junta Provincial de Sanidad y la Junta Municipal de Sanidad, una formula que hasta el momento sólo había aparecido con motivo de la epidemia de cólera de 1865.

### ***Las medidas sanitarias en la ciudad de Palma durante el peligro epidémico.***

Las diferentes Juntas de Sanidad o sus diversas comisiones propusieron o sancionaron toda una serie de medidas de asistenciales e higiénicas que explicaremos de manera suscinta para cada uno de los periodos tratados seguidamente.

---

<sup>13</sup> Entre el mes de setiembre de 1854 y el mes de marzo de 1855 se han contabilizado cinco oficios municipales donde se pedía la constitución de la Junta Municipal de Sanidad. Actas del Ayuntamiento de Palma, 12/09/1854 – 02/03/1855 (AMP, Actas 151).

<sup>14</sup> La obligatoriedad de su constitución y sobre todo en municipios marítimos estaba fijada por los Reales Decretos de 18 de enero de 1849 y de 16 de julio de 1854.

<sup>15</sup> Oficio del Gobierno de la Provincia de las Baleares, 08/09/1865 (AMP, FP 1514 / VII).

<sup>16</sup> Acta de la Junta Municipal de Beneficencia y Sanidad, 20/11/1865. (AMP, FP 154 / VII).

<sup>17</sup> La división de la Junta Municipal de Beneficencia y Sanidad en comisiones se propuso y aprobó en sesión del 12 de setiembre de 1865. Acta de la Junta Municipal de Sanidad, 12/09/1865 (AMP, FP 1514 / VII).

<sup>18</sup> Oficio del Gobierno de la Provincia de las Baleares, 08/09/1865 (AMP, FP 1514 / VII).

<sup>19</sup> Oficio del Gobierno de la Provincia de las Baleares, 06/09/1865. (AMP, 1635 / III).

En la explicación de las medidas asistenciales distinguiremos dos planos, el puro proyectual dado que la epidemia no se desarrolló y nunca éstas tuvieron que ser aplicadas y el relativo a la aplicación de éstas en un momento concreto. Estas medidas se basaron en las denominadas *hospitalidad domiciliaria* y *hospitalidad pública*. La primera de ésta fue refrendada por la Ley de Beneficencia de 1822 (*Ley 23 Enero – 6 Febrero 1822. Establecimiento general de la Beneficencia*) y confirmada por la nueva ley de beneficencia de 1849, “*quedando relegada a un segundo término la asistencia en instituciones hospitalarias. Esta última se reservaba para los que no tenían casa o padecían enfermedades peligrosas para la comunidad*” (Munoz Machado, 1975: 31 – 32). La Real Orden de 30 de marzo de 1849 en un claro intento de diseñar una estructura sanitaria para la lucha contra el cólera distinguía entre *hospitales comunes* y *enfermerías del cólera*.

La asistencia domiciliaria se organizó en la hospitalidad domiciliaria propiamente dicha, los socorros domiciliarios y las Casas de Socorros. Las dos primeras se referían a visitas a domicilio por parte de personal de la administración municipal tanto facultativo como administrativo. En un proyecto de asistencia sanitaria diseñado en 1884 mandaba constituir *Juntas parroquiales de Socorro* con la finalidad de “[...] *enterarse de lo que necesiten [los vecinos]*”<sup>20</sup> en caso de epidemia. Las casas de socorro que debían ser “[...] *el centro de la hospitalidad domiciliaria de cada una de las parroquias, ó (sic) sea de los auxilios que hayan de darse en ellas á (sic) los indigentes enfermos de la misma parroquia*”<sup>21</sup> no fueron planeadas hasta 1855. Tendrían servio facultativo continuo.<sup>22</sup> En terminos parecidos en 1884 se diseñó un *Centro de Auxilios* que se le daría la misma ubicación que se le había dado durante la epidemia de cólera de 1865.

Los primeros hospitales para coléricos con fueron esbozados hasta 1834. Se situarían fuera de las murallas de la ciudad junto a los lazaretos terrestres<sup>23</sup>. En cambio entre 1854 – 55 según la intención de la Comisión de Sanidad del Ayuntamiento debían situarse en el interior de la ciudad. Tendencia que se vio refrendada por diferentes proyectos formulados en 1884 además de reducirse de reducirse su número. En los primeros proyectos se preveía hasta 4 hospitales, en éstos últimos sólo 1. Esta reducción tal vez era consecuencia de los 2 hospitales que se habían utilizado durante el cólera de 1865. Debemos mencionar que la gestión y administración de este tipo de hospitales causó en ese periodo continuos problemas entre la Junta Municipal de Sanidad y de

---

<sup>20</sup> “*Resúmen (sic) demostrativo de la medidas preventivas y represivas contra la epidemia colérica, que propone la Junta mixta, de representantes de distintas corporaciones; expuestas y razonadas en los dictámenes que, presentados por las comisiones en que se dividió la Junta, fueron unánimemente (sic) aprobadas*” Palma de Mallorca. Imp. De la Casa de la Misericordia. 1884. Pàgina 15

<sup>21</sup> Artículo 47º de la R. O. 30/03/1849, título de *Casas de Socorro*.

<sup>22</sup> “*Resúmen (sic) demostrativo de la medidas preventivas y represivas contra la epidemia colérica, que propone la Junta mixta, de representantes de distintas corporaciones; expuestas y razonadas en los dictámenes que, presentados por las comisiones en que se dividió la Junta, fueron unánimemente (sic) aprobadas*” Palma de Mallorca. Imp. De la Casa de la Misericordia. 1884. Pàgina 16.

<sup>23</sup>.Oficio de la Junta Superior de Sanidad a la Junta Municipal de Sanidad, 04/07/1834. (AMP, FP 922/III).

Beneficencia y el Gobierno de la Provincia. De hecho, tras la extinción de la epidemia todos los miembros de la junta municipal renunciaron de sus cargos aunque únicamente fue efectivo la renuncia del Alcalde.

Aunque las medidas higiénicas fueron las prevenciones municipales adoptadas de mayor importancia, una potestad tradicionalmente municipal. Se referían al mantenimiento de la higiene, tanto pública como privada, y de la salubridad del municipio. No obstante, el peligro epidémico hizo que el propio Gobierno de la Provincia dictase determinadas actuaciones higiénicas. De aquí la potenciación de las visitas domiciliarias higiénicas. Entre 1832 y 1834 éstas se dedicaban a la limpieza y encalado de las viviendas. En 1884 se pasaría a la desinfección mediante fumigación tanto en viviendas privadas como establecimientos públicos. También se prescribieron medidas en torno a los cementerios y la limpieza de la vía pública

## **B.- La actividad “cotidiana” en algunos municipios de Mallorca**

La sanidad, como hemos podido intuir del análisis de la legislación, ocupaba un lugar relevante en el universo de los servicios públicos que ofrecían los ayuntamientos así como la Diputación provincial. Ya sea en su vertiente ordinaria como en la extraordinaria. En el primer aspecto, los ayuntamientos se adaptaron progresivamente a las exigencias legales que les obligaba, por ejemplo, a contratar médicos titulares. Pero incluso antes de esta obligación no era extraña la presencia de médicos a cargo de la hacienda municipal. Así en 1842, 22 municipios gratificaban a un médico o a un cirujano para atender a los pobres gratuitamente<sup>24</sup>. De todas formas, debe considerarse compatible esta realidad con el hecho de que la mayoría de la población accediese a los servicios médicos mediante el establecimiento de igualas con alguno de los facultativos de su localidad. El consistorio de Llubí es explícito al respecto cuando afirma:

*“Mas se debe añadir que serán muy pocos los vecinos de esta comarca que no tengan ajuste con medico-cirujano para quedar asistidos en sus enfermedades cuya costumbre tienen desde tiempo immemorial, pagando los mas pudientes mayor cantidad para la ayuda de los pobres que la pagan muy mínima, y asi siempre han quedado socorridas las enfermedades de los pobres para su salvación”<sup>25</sup>.*

A pesar de este posicionamiento, poco más de cuarenta años después, en 1883, la totalidad de los municipios de la isla tenían un médico titular, excepto Vilafranca que lo nombró unos años más tarde<sup>26</sup>. A partir de la Instrucción Sanitaria de 1904 se incrementó considerablemente el personal sanitario municipal, prácticamente todos los municipios tenían veterinario y farmacéutico municipal, aunque el primero ya era habitual en muchos casos antes de esta fecha. Como es sabido, los médicos titulares atendían gratuitamente a los pobres de solemnidad, pero a partir de la instrucción de

---

<sup>24</sup> Según el desglose de todos los presupuestos municipales que figura en AGCM: XI-145. Debemos destacar que en estos momentos los municipios tenían un número muy reducido de empleados a su cargo. Solamente era habitual la presencia de un secretario, un oficial sache y dos maestros a tiempo completo, mientras que otros empleos, como el de relojero, solo recibían una gratificación.

<sup>25</sup> AMLI-Actas municipales-6: 19-5-1854.

<sup>26</sup> Moll y Salas (2006). Además de nuestras observaciones, Elena Maza (1999: 207) ofrece la cifra de 61 médicos titulares para el total de la provincia de las Baleares en 1905.

1904 pasaron a desarrollar labores de inspectores sanitarios municipales. A su cargo también estaba la vacunación y revacunación de los escolares, de la cual se benefició prácticamente toda la población infantil a partir de los años sesenta del ochocientos<sup>27</sup>.

Cabe precisar también que el control de la venta de alimentos pasó de depender en las mismas fechas de personal contratado sin formación a veterinarios con estudios superiores, que disponían, además, de un rudimentario laboratorio en los municipios de mayor peso, como Manacor y Felanitx a partir de 1883<sup>28</sup>

A esta situación cabe añadir que el objetivo de la policía rural –entre el 2 y el 4 % de los presupuestos- era precisamente el control higiénico de la población. Hasta la década de 1880, existía *de facto* una asimilación entre este concepto con el de limpieza, del que se derivaba una especial preocupación por la eliminación de focos de malos olores –reales o en potencia-, a causa de la acumulación de inmundicias, el mal estado de los cementerios o la presencia de aguas encharcadas, en un sentido claramente miasmático. A partir de esta fecha, sin abandonar los cometidos anteriores, se incorpora el concepto de desinfección, como lo prueba la adquisición de productos químicos y estufas desinfectantes.

Los ayuntamientos también subvencionaban instituciones sanitarias relativamente autónomas, como los hospicios, o privadas, caso de los conventos de las hermanas de la Caridad, de la Misericordia o las Agustinas del Amparo. Éstas, a pesar de su carácter religioso, estaban dedicadas a la beneficencia, a la educación de niñas y a la sanidad domiciliaria. Su presencia en las localidades mallorquinas comenzó a ser relevante a partir de 1849, de tal forma que a finales de siglo prácticamente no existía núcleo de población en la isla que no contase con una o diversas de estas congregaciones. De hecho se trataba de instituciones privadas que ofrecían un servicio público<sup>29</sup> La presencia de estas congregaciones suplía parte de los servicios que la administración local estaba obligada a ofrecer, especialmente la educación femenina. Como contrapartida, la Iglesia ganó el terreno social perdido durante el primer liberalismo, aspecto que la *Rerum Novarum* acabó por consagrar. Este hecho puede interpretarse, no sin razón, como un signo de debilidad de las instituciones públicas del período. Pero al margen de las derivaciones ideológicas, también supuso una estrategia funcional de los ayuntamientos, que permitía, en definitiva, dedicar parte de su presupuesto a otros cometidos o rebajar la presión fiscal a sus vecinos.

El capítulo de obras públicas relacionadas con la sanidad merece una mención particular. Si bien en un análisis superficial se puede deducir que éstas fueron insuficientes o de carácter modesto, no fueron en absoluto desdeñables. En el caso de los cementerios, por ejemplo, y a pesar de que no se realizó una actuación tan llamativa como la ocurrida durante el trienio liberal, durante la segunda mitad del XIX no fueron pocos que los que tuvieron que volverse a trasladar a causa del crecimiento urbanístico o en busca de mejores condiciones higiénicas. Por ejemplo en 1880 en Pollença se inauguró un nuevo cementerio rural más alejado del núcleo urbano que el construido en 1822, después de un dictamen presentado a la corporación por parte de los médicos y cirujanos de la población<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> Canaleta, Moll, Pujades y Salas (2009)

<sup>28</sup> Moll y Salas (2006).

<sup>29</sup> Salas Vives (2004).

<sup>30</sup> Albis Ferragut (2009).

Por otra parte, la consulta de la documentación municipal permite observar una creciente preocupación por mejorar la distribución del agua potable en los respectivos núcleos urbanos. En Felanitx, un municipio de más de 10.000 habitantes en el último cuarto del siglo XIX, a partir del sexenio el caudal y la distribución del agua pública fue objeto de una mayor atención por parte de las autoridades locales. Además de la reparación de los pozos y abrevaderos ya existentes, se iniciaron una serie de novedades dignas de resaltar. Concretamente, en 1882 se instalaron tubos de hierro importados de Barcelona para conectar la fuente pública hasta los abrevaderos<sup>31</sup>. A todo esto hay que añadir la inversión que supone la adquisición y mantenimiento de diferentes aparatos para la toma de agua, tales como grifos<sup>32</sup> o bombas de extracción, y, sobre todo el pago de jornales para su mantenimiento cotidiano, como el 20 de marzo de 1893 en que el consistorio acordó contratar un trabajador para mantener siempre lleno el abrevadero viejo. Más importantes aún fueron las inversiones en la reparación de la acequia principal de la fuente, así como las de su plaza<sup>33</sup>. Y no faltaron durante esta época la perforación de pozos nuevos. Por último, entre 1925 y 1934 se hicieron las primeras canalizaciones para distribuir desde el Castellet el agua de la Fuente de pública, con lo que aumentaban enormemente su reparto en el casco urbano<sup>34</sup>. No llegó, pero, a la canalización casa por casa, que no se materializaría, como en Pollença, hasta finales de la década de los 60.

El caso de Felanitx ejemplifica, además, que las autoridades públicas a parte de preocuparse por llevar más agua a un mayor número de barriadas, tenían bien presente que ésta había de llegar en unos mínimos de condiciones higiénicas. En todos los casos estudiados esta temática era tomada muy en serio, hecho que se demuestra con el pago habitual de sueldos a determinados vecinos encargados de la vigilancia del agua ya a principios de siglo XIX. Pero otra vez tenemos que hacer constar, que cuando más agua se distribuía más necesidad había de su vigilancia. Así, en Felanitx el 2 de enero de 1870 el ayuntamiento acordó la subasta de la limpieza de todos los puntos de agua comunes, los cuales debían limpiarse todos los sábados.

Aparte de la limpieza ordinaria del abastecimiento de agua, en Felanitx se empezó a experimentar una preocupación especial por la evacuación de las aguas residuales. Este hecho estaba motivado por dos factores esenciales. En primer término porque el aprovisionamiento principal de agua potable, la Fuente de Santa Margalida, brotaba dentro de la misma ciudad y, en segundo, porque dentro del núcleo urbano existía una producción industrial considerable, especialmente de aguardiente, que generaba los correspondientes residuos. Estos se vertían en una acequia que ya fue reformada en 1876<sup>35</sup>. Una acequia a la que también estaban conectados numerosos vecinos, sobre todo a partir de 1890. De hecho, la alarma se disparó en 1893 con motivo de la contaminación de las aguas de la fuente de la villa. El tratamiento de este asunto, muy delicado por otra parte ya que afectaba al principal aprovisionamiento de agua potable de más de 10.000 habitantes, se trató sin obviar ninguna de las pautas científicas del momento. Para empezar fue enviada una muestra para ser analizada en el laboratorio de Palma, al mismo tiempo que el ayuntamiento mandaba una limpieza general de todos

---

<sup>31</sup> AMF-Actas municipales: 2-4-1882.

<sup>32</sup> AMF-Actas municipales: 7-10-1888.

<sup>33</sup> Como puede comprobarse en AMF-Actas municipales: 15-4-1888.

<sup>34</sup> Xamena Fiol (1975).

<sup>35</sup> AMF-Actas municipales: 17-9-1876.

los depósitos de agua de la fuente<sup>36</sup>. En consecuencia, las autoridades sanitarias provinciales decidieron intervenir directamente, por lo que la Real Academia de Medicina envió una comisión de estudio al lugar de los hechos, que emitió un posterior dictamen, reproducido íntegramente en la sesión de día 18 de septiembre de 1893. La resolución no puede ser más concluyente: las aguas fecales y sobre todo los vertidos de las fábricas de aguardiente eran las culpables de la contaminación del agua<sup>37</sup>. Sin embargo, los problemas se repitieron, parece que no con tanta intensidad, el siguiente año, por lo que se extremaron las medidas para evitar los vertidos de las llamadas "vinazas" a menos de un kilómetro de la población y se incrementó la vigilancia de los mismos. Tal vez esta problemática explicaría porqué en Felanitx se proyectó en 1919 un sistema de alcantarillado, que se empezó en 1928 y que fue concluido entre 1949 y 53 cuando toda la población se vio beneficiada; este sistema se construyó antes de la red de agua potable<sup>38</sup>.

De todas formas, el avance más notable se produjo en Artà. En este municipio, gracias a un legado testamentario y al presupuesto del ayuntamiento, en 1893 se reformó totalmente la antigua fuente de la villa, que se dotó de una nueva nivelación y de tubos de hierro sistema "Lavril" importados de Barcelona. De esta forma, el aumento del caudal y la presión del agua, hizo posible la creación de una sencilla red de agua potable que abarcaba todas las zonas del casco urbano, sin llegar a la distribución casa por casa. Más importante que este hecho, fue que el sistema estaba provisto desde sus inicios de un moderno procedimiento de filtrado. Y, por si fuera poco, a partir de 1898 se aprobó un nuevo proyecto de evacuación de aguas fecales de la población<sup>39</sup>.

El caso de Artà quizá fue el más extremo pero no el único. Es más, su ejemplo no pasó desapercibido. En Palma, el consistorio acordó el 12 de diciembre de 1898, una propuesta del Alcalde en la que se autorizaba al ingeniero municipal "para pasar a la villa de Artà para ver el nuevo tubo con filtro que se ha instalado para las aguas potables, y en su caso pedir el catálogo y precios á la casa de Barcelona"<sup>40</sup>. No sabemos en qué medida y cuando se materializó la filtración del agua en la capital. Sí que podemos afirmar que la prensa se hacía eco en el mes de setiembre de 1911 que la guarnición militar bebía el agua filtrada. Unos años antes, el 15 de junio de 1900 el Ayuntamiento de Pollença acordó la construcción de un pequeño estanque en el punto donde se iniciaba la distribución de la red de agua potable, para que filtrase el agua que llegaba de la fuente de la villa. De hecho, no podemos decir que este municipio tuviese un comportamiento excepcional en esta materia. En diversas ocasiones, como en 1903 y 1912 se intentó, sin éxito, imitar el sistema de abastecimiento de agua de Lluçmajor y Sóller respectivamente, considerado más avanzado.

Es decir, al menos en la capital y los pueblos más importantes de Mallorca, la población empezó a utilizar agua filtrada a principios del siglo XX. Se trata de un hecho que no puede ser obviado, como se ha demostrado para el caso de diversas ciudades norteamericanas<sup>41</sup>. Evidentemente, no se llegó a una potabilización óptima,

---

<sup>36</sup> AMF-Actas municipales: 28-8-1893.

<sup>37</sup> AMF-Actas municipales: 18-9-1893.

<sup>38</sup> Xamena Fiol (1975).

<sup>39</sup> La información referente a Artà esta extraída del llamado "Expediente de la nueva cañería" depositado en el Archivo Municipal de esta localidad (AMA).

<sup>40</sup> AMP-Actas municipales: 12-12-1898.

<sup>41</sup> Cutler y Miller (2005).

especialmente porque en ocasiones las cañerías de barro de los ramales internos ponían en contacto el agua potable con las fecales. Y porque la población seguía acudiendo a los pozos tradicionales, ahora dentro del casco urbano a causa del crecimiento demográfico.

De todas formas, somos de la opinión que en conjunto se trata de un proceso teórico y práctico producto de una mayor concienciación de la población y de toda una serie de realizaciones de las administraciones públicas. La consecuencia directa fue un relativo aumento del caudal y la calidad del agua consumida. El legado de Antoni Blanes en Artà es un buen ejemplo que aúna la toma de conciencia de determinadas elites y la actuación municipal; así como la noticia aparecida en *El pollensín* de 19 de enero de 1912, en que se constata que la población hervía el agua para minimizar el peligro de contagio, nos induce a pensar que el discurso académico se popularizó. Es decir, el comportamiento institucional compartió protagonismo con cambios en el ámbito privado. Puede que su incidencia en el descenso de la mortalidad fuera ciertamente relevante. Es cierto que la creación de verdaderas redes de agua potable corriente casa por casa, no se da hasta el siglo XX, incluso en Palma. La mayoría de municipios disfrutaron de esta conexión en las décadas de los 50 y, sobre todo, de los 60 del siglo XX. Pero aun así, encontramos excepciones que se remontan a antes de la guerra civil.

No debe extrañarnos si uno de los municipios pioneros fue Artà, que realizó un importante proyecto de canalización en abril de 1930. Este consistía en unas arterias principales que con ramales secundarios cruzaban la población, con posibilidad de expansión. Otra localidad pionera fue el Puerto de Pollença, una pequeño pedanía de Pollença de 510 habitantes en 1930. En este caso, el proyecto no era excesivamente costoso debido al reducido número de hogares afectados, pero sobre todo fue posible porque los republicanos que dominaban el ayuntamiento creían en el progreso material de las sociedades y, aún más importante, una parte de la pequeña burguesía local propietaria de hoteles en la zona, creía que este progreso favorecía la oferta turística. Los aspectos sanitarios y económicos se entrelazaron, aunque seguramente predominaron los segundos. De todas formas, no podemos olvidar que una de las premisas de los hoteles y del marco donde se situaban era la oferta de unos niveles de salubridad equivalentes o superiores a las zonas de origen. En conjunto, estos planteamientos explicarían que en 1934 las obras ya estuvieran terminadas. En este caso su financiación también se alejó de la forma tradicional observada hasta entonces, ya que no se hicieron repartos entre los vecinos, sino que la empresa concesionaria, "Riegos de Mallorca", se comprometía a hacer las inversiones necesarias a cambio de la concesión del suministro de agua durante un período determinado de tiempo, además de la posibilidad de poder cobrar una cuota según la cantidad de agua consumida. Se precisó que a pesar de tratarse de una empresa privada que tenía que gestionar el suministro de agua estaba sujeto a control municipal (Cifre y Salas, 1999).

Por último cabe señalar que el mismo año, 1934, finalizaron las obras de canalización global de Palma, que sustituyeron los aprovisionamientos parciales y/o individuales que funcionaban hasta entonces<sup>42</sup>. De hecho, las inversiones en infraestructuras en Palma no se adaptaron a la gran preocupación que el estamento médico había manifestado sobre la situación de las infraestructuras sanitarias en esta ciudad<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Ginard Bujosa (1995).

<sup>43</sup> Moll Blanes y Salas Vives (2006).

Esta dinámica que se observa los años 30 seguramente se hubiera extendido a otros núcleos de población. Sin embargo, la guerra civil y la difícil posguerra supusieron un corte insalvable y ralentizaron el proceso iniciado, que no se reanuda con fuerza hasta los años 60, cuando la economía isleña volvió a recuperar los parámetros anteriores al conflicto.

Por otra parte los ayuntamientos no se contentaron únicamente con la realización de medidas sanitarias enmarcadas en el campo del higienismo, también aplicaron medidas de tipo contagionista. Así, al declararse un peligro epidémico<sup>44</sup> cada ayuntamiento complementaba las medidas higiénicas con la preparación de un dispositivo que incluía la habilitación de centros para socorrer a los posibles afectados. Igualmente estaba disponible el personal de una brigada de desinfección, además de un facultativo local<sup>45</sup>. Sin embargo, en este campo nada es más relevante que la participación en los cordones sanitarios que organizaban las autoridades provinciales a lo largo del siglo XIX. Concretamente, las corporaciones municipales tuvieron que ofrecer su apoyo logístico y pagar los gastos que el ejército consideraba extraordinarios, incluso cuando los cordones aparecen plenamente profesionalizados –es decir, militarizados-. Este hecho es evidente desde mediados de siglo, ya que la presencia de civiles en los mismos es sólo coyuntural y, además, ésta desaparece a partir de 1880<sup>46</sup>.

Los cordones sanitarios en la forma que venían desarrollándose desaparecieron con la llegada del siglo XX. Pero el aislamiento a cargo del municipio siguió siendo un recurso utilizado en casos particulares, especialmente en su forma domiciliaria. También lo fue la restricción de la asistencia a los actos públicos en momentos de peligro epidémico. Este tipo de comportamiento demostraba, una vez más, la utilización conjunta de medidas higiénicas y profilácticas.

Estrechamente relacionada con la sanidad, se encuentra la beneficencia municipal y provincial. La primera consumía alrededor del 8 % de los presupuestos de los ayuntamientos, aunque en 1923 era solo del 5 %. Pero en momentos considerados de amenaza epidémica, se acostumbraba a incrementar las partidas de atención a los pobres. Es decir, las destinadas a los hospitales-hospicios del pueblo, a los pobres de solemnidad propios y su traslado a las instituciones benéfico-sanitarias provinciales cuando era necesario, además de ayudar a familias modestas en momentos puntuales<sup>47</sup>.

Ahora bien, conviene remarcar que será en la Diputación donde se concentre la mayor inversión benéfico-asistencial de la época. Precisamente desde la segunda mitad de siglo se hizo responsable de la organización y del presupuesto de las tres grandes instituciones del ramo situadas en Palma, pero abiertas a toda la provincia. Es decir, de La Misericordia o asilo, de la Inclusa dedicada a la infancia abandonada y del Hospital General, realmente destinado también a los colectivos necesitados. Prácticamente el presupuesto conjunto de las tres instituciones absorbía el 65 % del total de la Diputación a lo largo del período, lo que quiere decir que cada vez estuvieron mejor dotadas económicamente. Realmente, esta situación se tradujo en una mejora sustancial de sus infraestructuras y funcionamiento, especialmente del Hospital y de la Misericordia, ya

---

<sup>44</sup> Es decir, de una epidemia no declarada, pero que podría serlo en breve a causa de afectar a otros lugares relativamente próximos. Podríamos denominarlas también epidemias invisibles, siguiendo a Joana M. Pujades Mora (2005).

<sup>45</sup> AMLI-Actas municipales: 12-7-1885.

<sup>46</sup> Para más información sobre el tema, véase, P. Salas (2002) y (2010b).

<sup>47</sup> Si no se indica lo contrario, los datos sobre la beneficencia son extraídos de P. Salas (2010a).

que al incremento de los presupuestos habría que añadir una disminución del número de pobres en esta última y de niños en la Inclusa.

### **Consideraciones finales.**

No creemos necesario plantear conclusiones cerradas, ya que pensamos resulta más operativo proponer dos temas de discusión en relación a la temática expuesta:

1. En primer lugar la relevancia que adquiere el contexto local a la hora de documentar comportamientos de reproducción social en los que el Estado (o cualquier forma de organización político-jurídica) tendrá una influencia indiscutible, que compartirá (o delegará) en quienes cuentan con la responsabilidad inmediata de la gestión pública.
2. En segundo lugar la necesidad de articular los desarrollos procedentes de la Historia de la Medicina al discurso histórico de la modernización. No se trata tanto de un ejercicio interdisciplinario como de un ejercicio transdisciplinario, en la medida que el problema a estudiar –las mejoras de las condiciones de vida de la población– exige conocimientos diversificados.

---

### **Abreviaturas**

AGCM = Archivo General del Consell de Mallorca.

AMA = Archivo Municipal de Artà

AMF = Archivo Municipal de Felanitx.

AMLl = Archivo Municipal de Lluçmajor.

AMP = Archivo Municipal de Palma.

### **BIBLIOGRAFÍA**

ALBIS FERRAGUT, M. R. (2009): "Joan Albis Bennàssar", *Anuari de l'Ajuntament de Pollença*, 13.

BARONA VILAR, C. (2000): "Organización y profesionalización de la asistencia médica domiciliaria en los pueblos de la provincia de Valencia: 1854-1936", en: J. L. Barona Vilar, *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*, València, Seminari d'Estudis Sobre la Ciència. pp. 13-70.

CANALETA SAFONT, E., MOLL BLANES, I., PUJADES MORA, J. M. y SALAS VIVES, P. (2009): "De la inoculación a la vacunación: Mallorca siglos XVIII-XIX", en: E. Perdiguero Gil y J. M. Vidal Hernández, *Las vacunas: historia y actualidad*, Maó, Institut Menorquí d'Estudis. pp. 37-52.

CARASA SOTO, P. C. (2000): *Ayuntamiento, Estado y Sociedad. Los poderes municipales en la España contemporánea*, Fundación Municipal de Cultura - Instituto de Historia "Simancas", Valladolid.

- COSCULLUELA MONTANER, L. y ORDUÑA REBOLLO, E. (1981): *Legislación de administración local 1900-1975*, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid.
- CUTLER, D. M. y MILLER, G. (2005): "The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The Twentieth-Century United States", *Demography*, 42: 1-22.
- GINARD BUJOSA, A. (1995): *Evolució històrica de l'abastament d'aigua a Palma (1800-1995): un debat permanent*, EMAYA - Ajuntament de Palma, Palma de Mallorca.
- GRABULEDA TEIXIDOR, C. (2002): "Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona Contemporània". *Institut Universitari d'Historia "Jaume Vicens Vives"*, Barcelona, Pompeu Fabra. p. 589.
- GINER, S.; ARBÓS, X. (1990): *La governabilitat I l'esdevenidor de les societats modernes*. Barcelona: Edicions 62.
- MARSET CAMPOS, P., RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y SÁEZ GÓMEZ, J. M. (1998): "La salud pública en España", en: F. Martínez Navarro, J. M. Antó, P. L. Castellanos, M. Gili, P. Marset Campos y V. Navarro, *La salud pública*, Madrid, McGraw-Hill - Internacional de España, S. A. U. pp. 25-47.
- MAZA ZORRILLA, E. (1999): *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)*, Ariel, Barcelona.
- MOLL BLANES, I. y SALAS VIVES, P. (2006): "La gestión de la higiene y la salud en los municipios mallorquines, 1870-1924", en: J. M. Beascoechea Gangoiti, M. González Portilla y P. A. Novo López, *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad*, Bilbao - Puebla, Servicio Editorial Universidad del País Vasco - Universidad Autónoma de Puebla. pp. 221-248.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1995) *La formación y crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1975) *La Sanidad Pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos.
- PERDIGUERO GIL, E. (1997): "Problemas de salud e higiene en el ámbito local", en: J. Bernabeu-Mestre, J. M. Espulgues y E. Robles González, *Higiene i salubritat en els municipis valencians (1813 - 1939)*, Benissa, Seminari d'Estudis sobre la Ciència / Institut d'Estudis Comarcals de la Marina Alta. pp. 17-41.
- PUJADES MORA, J. M. (2005): "Les epidèmies "invisibles" i "visibles" de còlera a la Ciutat de Palma: gestió municipal (Segle XIX)". *Departament de Ciències Històriques i Teoria de les Arts*, Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, E.; MARTÍNEZ NAVARRO, F. (2008) *Salud pública en España : de la Edad Media al siglo XXI*. Granada : Escuela Andaluza de Salud Pública (Nueva Salud Pública ; 1).

SALAS VIVES, P. (2002): "Cordons sanitaris (Mallorca, 1787-1899)", *Gimbernat*, 37: 55-82.

SALAS VIVES, P. (2004): "De la vida contemplativa al compromís social dels nous ordes religiosos", *Abadies, cartoixes, convents i monestirs. Aspectes demogràfics, socioeconòmics i culturals de les comunitats religioses (segles XIII al XIX)*, Palma de Mallorca, Institut d'Estudis Baleàrics. pp. 391-406.

SALAS VIVES, P. (2010a): "La beneficència i l'assistència social a Mallorca en el marc de l'Estat liberal", en: A. Pascual, *De la beneficència a l'Estat del Benestar. Història dels serveis socials a Mallorca (s. XVI-XX)*, Palma de Mallorca, Consell de Mallorca. pp. 51-129.

SALAS VIVES, P. (2010b): "Libertad y/o derecho a la vida. El resguardo sanitario durante el primer liberalismo (Mallorca, siglo XIX)", *Historia Social*, 68: 69-85.

XAMENA FIOL, P. (1975): *Història de Felanitx. Del segle XVII al XX*, Palma de Mallorca.