

Seminario Salud y Ciudades en España 1880-1940
Barcelona, 8-9 julio 2009

Tercera Sesión: Políticas Públicas y Salud

La salud de los ciudadanos: Ámbitos de actuación de las instituciones de poder local en el campo de la sanidad pública. Mallorca, 1836-1930.¹

Isabel Moll y Pere Salas
Universidad de las Islas Baleares

El objetivo de la presente comunicación consiste en analizar las actuaciones de los gobiernos locales (provinciales y municipales) en algunos de los ámbitos que presenta el campo de la salud pública. El estudio se centra en la red de municipios de la isla de Mallorca (que al no contar con la ciudad de Palma se la denomina erróneamente “mundo rural”) de 1833 hasta el comienzo de la Segunda República. Se trata de un conjunto de núcleos urbanos cuya población oscila de los 2.000 hasta los 12.000 habitantes. Para algunos aspectos de la comunicación se utilizará una muestra de municipios, para otros la observación íntegra de la práctica totalidad de unidades municipales. En el estudio no se incorpora Palma, aunque se introducen algunas referencias dado que la ciudad a menudo funcionaba como centro de distribución de servicios.

El período que abarca la comunicación se inicia en el momento en que se crea el nuevo modelo de organización territorial del Estado y finaliza antes de la 2ª. República. Son límites que se han fijado en función de dos referencias. En primer lugar del proceso en que el Estado, por medio del ejercicio de la administración (central, provincial o local) se va adjudicando toda una serie de responsabilidades en el campo de la educación, la salud, las obras públicas. En segundo lugar porque se considera que el período de la 2ª. República constituye un tiempo histórico diferente que exige un análisis planteado en otros términos.

Y en cuanto a las actuaciones que interesa analizar se ha creído conveniente agruparlas en los siguientes apartados:

1. Médico-terapéuticas que incluye la descripción de redes de personal e instituciones sanitarias y algunas actuaciones puntuales pero muy efectivas como es la vacunación.
2. Higiénicas y ambientales que abarca todo lo relativo a temas de limpieza, de análisis de los alimentos y de obras públicas dirigidas a mejorar, en términos de salubridad, las condiciones de vida de la población .
3. Profilácticas y de aislamiento, especialmente significativas en un período en que la lucha contra las epidemias determinó buena parte de la política sanitaria.

¹ [Esta comunicación es parte de un proyecto financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia También cabe señalar que esta comunicación procede de un proyecto de investigación sobre la función del Estado en la proporción de servicios públicos desde 1833 a 1930.](#)

El análisis se delimita, a su vez, por un doble encuadre. De una parte las referencias que fundamentan tanto el discurso histórico, como la legitimidad de las actuaciones a analizar. De la otra un planteamiento del incremento de la capacidad de gestión de los entes públicos a partir del estudio de las actas municipales y de los presupuestos municipales.

Para la realización de esta comunicación se han utilizado un conjunto de fuentes que proceden básicamente de los Archivos municipales. Se trata, en realidad, de dos tipos de fuente: de una parte los acuerdos que figuran en las actas municipales ~~de un número~~ correspondientes a una muestra representativa de municipios²; ~~de la otra lb) Los~~ presupuestos de 36 ayuntamientos relativos a los años 1842, 1869, 1899 y 1923 ~~,- básicamente. Esta~~La información extraída de este conjunto de fuentes se de carácter práctico, se ha completado con algunas referencias procedentes del Boletín Oficial de la Provincia de Baleares.

~~También cabe señalar que esta comunicación procede de un proyecto de investigación sobre la función del Estado en la proporción de servicios públicos desde 1833 a 1930³~~

1.- Contexto historiográfico y marco legal

El contexto historiográfico se enmarca en dos tipos de referencias. De una parte la literatura general que sirve de guía para definir los temas que aquí se presentan. De la otra, la serie de trabajos ya publicados sobre la citada problemática y que establecen el ámbito más inmediato de esta comunicación. Precisamente el problema histórico que hasta ahora ha dirigido la investigación de nuestro equipo ha sido la constatación en Mallorca tanto de una transición demográfica temprana con respecto al resto de España –en especial por lo que se refiere al descenso de la mortalidad infantil– como de una transición epidemiológica en la misma línea, en especial por lo que se refiere al comportamiento y a la desaparición de las grandes epidemias⁴.

La necesidad de determinar las causas de estos fenómenos hizo que se recurriera a la historiografía especializada sobre el tema, especialmente la más relacionada con la función de las instituciones públicas en este doble proceso. La obra del historiador británico S. Szreter (1988) y (1997) fue especialmente decisiva a la hora de enfocar el tema, sobre todo por el énfasis que pone en el movimiento para la mejora de la salud pública en Inglaterra y en las medidas preventivas que –en el contexto de este movimiento- iniciaron las administraciones locales para combatir la congestión urbana generada por la industrialización en el último tercio del siglo XIX.

Otros dos historiadores, con anterioridad a Szreter, centran su atención no tanto en fenómenos demográficos como en el peso creciente del Estado a través de la Administración, en las iniciativas y decisiones dirigidas a la creación de nuevos ámbitos de acción de las instituciones públicas⁵. Ello supone la incorporación de otras referencias articuladoras del proceso, que no suponen desmerecer el significado de la industrialización, sino la fuerte incidencia de otro tipo de fenómenos derivados del

² Estos són: Alaró, Alcúdia, Binisalem, Capdepera, Felanitx, Inca, Llubí, Lluçmajor, Manacor Montuïri y Pollença.

³ ~~Citar los dos proyectos del 2000 y del 2004]?~~ ~~En el text poses UN PROYECTO, però a la nota en figuren dos;~~

⁴ Para este tema véase: Bujosa Homar, Moll Blanes y Sureda (2000) o F. Dopico y Reher (1998).

⁵ Especialmente importantes para esta temática son las aportaciones de Barker (1948), Swaan (1992) y Baldwin (1999).

aumento de población en los centros urbanos, de la preocupante aparición de un nuevo ciclo de enfermedades de comportamiento epidémico que se manifestarán con más virulencia en las ciudades (cólera o fiebre amarilla), o de la formación de un nuevo paradigma científico en el campo de la medicina que introduce innovaciones que se van a incorporar con cierta celeridad en la práctica médica y en las políticas de salud pública.

Del conjunto de estas lecturas proceden dos consideraciones generales. Por una parte la creciente función del Estado a través del ejercicio de la administración en el ámbito de la sanidad. Desde las Juntas sanitarias, hasta la legislación sobre médicos titulares, pasando por la definición oficial y académica de las profesiones médicas se observa una importante presencia de la acción pública en el campo de la sanidad. Por la otra la creciente participación en las decisiones públicas de sectores sociales que hasta entonces no habían tenido posibilidades de hacerlo, la progresiva modificación de la composición de las élites gubernamentales –con un peso relevante de profesionales, como médicos o ingenieros–, y la existencia de una conciencia higienista generalizada. En líneas generales se puede afirmar que la evolución del ejercicio de la sanidad pública hay que entenderla como resultado de la unión entre posibilidades técnicas y responsabilidades públicas.

En relación a la historiografía directamente relacionada con el tema de la presente comunicación las referencias más inmediatas son los trabajos de I. Moll [Blanes](#) (2000) que ha proporcionado el marco teórico de la investigación; de [I. Moll Blanes](#) y [P. Salas Vives](#) (2006) que han definido el marco legal y un primer bloque de referencias a través de las ordenanzas municipales; [y de P. Salas](#) con sus estudios sobre la importancia de los cordones sanitarios a lo largo del siglo XIX; así como las recientes tesis doctorales de J. M^a. Pujadas Mora (2009) sobre el descenso de la mortalidad infantil en Palma (1838-1960) y de G. Gallego Caminero (2009) sobre el origen de la enfermería en Mallorca con el estudio de una congregación religiosa femenina dedicada al cuidado de niños, enfermos y ancianos.

Por otra parte y con referencia al contexto legal que fija la política sanitaria hay que señalar la existencia de dos conjuntos de leyes que, una vez promulgadas, se hacen efectivas por medio de la aprobación de Órdenes y Decretos.

El primer conjunto lo forman la serie de disposiciones legales que afectan el ámbito de la Sanidad pública (Moll Blanes y Salas Vives, 2006). Las principales líneas de actuación del Estado en materias de sanidad quedan expuestas en la *Ley del Servicio General de Sanidad* de 1855. Es en este marco legal cuando a partir de 1880 se inicia la lenta asimilación del paradigma bacteriano (Rodríguez Ocaña, 1995), 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, 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 (Barona Vilar, 2002), además del abandono del binomio *limpieza = higiene*, gracias a la adopción del concepto de desinfección, que será substituido por el control y la vigilancia de fenómenos locales, creándose un cuerpo de inspectores provinciales reglamentado a partir de 1912.

El segundo se refiere al conjunto de medidas, acuerdos, reglamentos y ordenanzas que se fueron promulgando y que tendrá su reflejo en el cuerpo normativo del municipio a lo largo de período estudiado. Las leyes municipales de referencia son las de 1845, 1870, 1877 y el estatuto de 1924 en el que se observa un progresivo interés por el control de la sanidad local. De hecho la legislación municipal no solo recoge los contenidos de las leyes sanitarias generales, sino que a medida que el tiempo avanza, la normativa detalla mucho más las funciones de los Ayuntamientos en materia sanitaria. Pero, además, se observan 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. 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.

2.- Actuaciones municipales

En líneas generales y muy especialmente en la primera fase del período estudiado, las preocupaciones de los Ayuntamientos en materia sanitaria procedían de la necesidad de prevenir la aparición de epidemias. Las experiencias de 1820 (peste bubónica en la zona oriental de la Isla) y 1821 (fiebre amarilla en Palma) concienciaron de la importancia que tenía la intervención de las autoridades para evitar o frenar cualquier episodio de este tipo. Pero a medida que avanza el período se amplía el ámbito de actuación. Sin abandonar el tema de las epidemias y a consecuencia de las medidas que se habían ido tomando para prevenirlas o atajarlas, la salud de la población se convierte en un objetivo más heterogéneo. El discurso higienista y, después, la nueva teoría microbioniana determinarán un aumento y diversificación de las actuaciones públicas en términos sanitarios. Por otra parte, no se puede olvidar que en buena medida dichas actuaciones en este período se incluyen en el ámbito de la beneficencia pública.

De acuerdo con lo planteado al principio y con el fin de exponer con más precisión la diversidad de actuaciones que los Ayuntamientos van realizando, se ha considerado pertinente agruparlas en tres grandes apartados.

A.- Médico-terapéuticas

Este conjunto de actuaciones incluye dos aspectos de la política municipal en términos de salud pública. Por una parte la creación y consolidación de una red de agentes sanitarios –a cargo de los Ayuntamientos– que de manera paulatina se fue extendiendo por todos los municipios de la isla. De hecho, a principios del siglo XX no había ningún pueblo, por reducida que fuera su población, que no contara con médico y farmacéutico titular, veterinario, comadrona, y un convento de religiosas que se dedicaban al cuidado de los enfermos, de los pobres y de la educación de la infancia; es cierto que este último colectivo puede ser considerado como un arma ciertamente poderosa de la Iglesia, pero con independencia de su vinculación a un poder enfrentado a menudo con la política del Estado liberal, lo cierto es que su intervención en términos sanitarios ofrece un balance ciertamente positivo; al menos hasta comienzos del siglo XX.

Por otra parte hay que contar con la serie de prácticas terapéuticas que se irán incorporando como parte de los servicios sanitarios a medida que avanza el siglo. Entre estas prácticas cabe citar todo el programa de vacunación, del cual se tiene noticias desde principios del siglo XIX (Canaleta, Moll, Pujades, Salas, 2008), no sólo en la ciudad de Palma sino en diversos pueblos de la Isla. En este caso, los programas fueron dirigidos por la Real Academia de Medicina de Mallorca, si bien con anterioridad a la creación de esta institución ya se tienen noticias de esta práctica en algunos pueblos de Mallorca (en Petra y Manacor los médicos municipales ya vacunaban en 1828). Ara bien, no será hasta la década de 1860, cuando proliferen las noticias sobre vacunación en los pueblos de Mallorca a cargo de los ayuntamientos.

A su vez, también destacan durante toda esta época, las subvenciones que concedían las mismas corporaciones municipales a los pobres de su localidad para que –en el caso de necesitarlo– pudieran acceder a los Baños termales de de San Juan de Campos.

Los municipios de la isla contaban con una tradición secular en el campo de la asistencia pública. La contratación por parte de las Universidades de un médico para pobres ya aparece documentada en el siglo XV. En este sentido las autoridades isleñas actúan en la misma línea que los otros reinos de la corona de Aragón. La formación de estos médicos, hasta que se creó en Mallorca la facultad de Medicina a mediados del siglo XVI, se realizaba en las Universidades de Valencia o Montpellier; incluso, como ha documentado A. Pujol Bertran (1992), iban a estudiar Medicina en Pavía. Después de la clausura de la facultad de Medicina de Mallorca en 1823 el proceso de formación de los profesionales de la sanidad balear tuvo que realizarse de nuevo fuera de las islas. Valencia, Barcelona o Zaragoza fue donde estudiaron los futuros médicos, farmacéuticos o veterinarios de las islas; pero también recuperaron la tradición bajomedieval y algunos de ellos fueron a estudiar a la facultad de Medicina de Montpellier. Éste es un aspecto que conviene resaltar ya que la mayoría de ellos, una vez concluidos los estudios, volvían a las islas e iniciaban su carrera en sus localidades de origen. De esta forma, se puede concluir que desde los inicios del siglo XIX prácticamente todos los pueblos de la isla contaron con médicos en los que desarrollaron su actividad profesional, además de formar parte de las respectivas juntas municipales de sanidad o, incluso, de los gobiernos municipales⁶.

En lo que se refiere a la relación profesional de estos médicos con sus respectivos ayuntamientos, los primeros datos disponibles para el período estudiado corresponden al año 1842⁷, por lo tanto antes de la obligatoriedad de contratar médicos titulares según la ley general de Sanidad de 1855. Se trata de una opción voluntaria que ~~cumplen-cumplieron~~ 21 municipios; ~~Concretamente,~~ 16 de ~~ellos-los cuales tenían~~ ~~tienen~~ contratado un cirujano y ~~un~~ médico, mientras que ~~5-solamente-sólo 5 destinan~~ ~~destinaban~~ una cantidad del presupuesto al pago de un cirujano⁸. En todos los casos, estos sanitarios debían atender gratuitamente a los pobres de la localidad a cuenta del Ayuntamiento. Incluso en otros municipios este cometido se realizaba a través de los respectivos Hospicios, en los cuales algunos médicos locales atendían a los internos. En

⁶ Para más información sobre este tema véase [L. Moll Blanes](#) (2005).

⁷ Concretamente ~~hemos extraído~~ esta información [procede](#) del vaciado de los presupuestos municipales de este año que figura en AGCM: XI-145. Evidentemente, para periodos anteriores disponemos de datos puntuales, pero no sistemáticos.

⁸ Cabe apuntar que el cirujano siempre supone una partida presupostaria menor que ~~no~~ la del médico. Entendemos, por tanto, que se trata de un sanitario con menos calificación profesional, [aunque en este período \(concretamente desde 1827\) la fusión de los estudios de medicina y cirugía es un hecho. De todos modos los cirujanos tendrán que luchar para que su materia y su profesión sean valoradas tanto social como científicamente. que no la de médico.](#)

el caso de Pollença, a partir de 1860 estos facultativos recibían una gratificación por parte del ayuntamiento por atender a los pobres del hospicio.

A partir de la ley general de 1855 los municipios teóricamente fueron obligados a la contratación de un médico titular, a la vez que se normalizaba el acceso a la profesión médica. Ahora bien, en la práctica esta nueva situación legal no se tradujo en un aumento inmediato del personal sanitario a cargo de los ayuntamientos. Ni tan sólo a partir del reglamento de 9 de noviembre de 1864 ni el del 11 de noviembre de 1868 se produjo un cambio sustancial en este ámbito. Sólo a partir del decreto de 24 de octubre de 1873 empezamos a observar un cambio progresivo en la política de contratación de médicos por parte de los ayuntamientos. Así, en principio solo los pueblos de Montuïri, Alcúdia y Llubí, y parcialmente Felanitx, cumplieron con la ley. Hasta los inicios de la década de los ochenta no se puede decir que la práctica totalidad de pueblos de Mallorca tuviese un médico titular según los preceptos de la legislación vigente⁹.

Conviene precisar que estos cambios legales no supusieron el aumento del número de facultativos en la Mallorca rural¹⁰, pero sí su dependencia de los servicios públicos, lo que garantizó –entre otras cosas- la asistencia a los pobres por parte de un sistema sanitario público¹¹. Por lo que respecta al nombramiento de veterinarios municipales para la inspección de carnes y de farmacéuticos titulares, la situación es más dispar y tendremos que esperar a la llegada del siglo XX para que se normalice su presencia¹²; aun así, en Felanitx ya se contará con veterinario a sueldo del municipio desde 1881¹³. Por otra parte, los médicos titulares pasarán a desempeñar progresivamente labores de inspección sanitaria municipal, tal como prevenía la *Instrucción* de 1904¹⁴.

Es interesante constatar que los Ayuntamientos son los primeros interesados en asegurar una atención sanitaria lo más extensa posible, aunque a causa de los problemas de la hacienda local, no siempre estarán interesados en seguir los preceptos legales. Es en este sentido, que debe entenderse la propensión a la continuación de un modelo de relación voluntario entre el consistorio y los médicos titulares, que dominó hasta la década de los ochenta, como hemos afirmado. Pero este hecho también se demuestra en el interés que mostraron por la instalación en sus respectivos territorios de congregaciones religiosas femeninas dedicadas a la beneficencia, la educación femenina y la atención sanitaria “intermedia”. Si bien se trata de órdenes nacidas en Mallorca, inspiradas en la Hermandad de Caridad creadas en Felanitx en 1798, su expansión en la isla no se desarrollará hasta después del concordato de 1851. De esta forma, en 1901 todos los pueblos y pedanías de Mallorca tenían su respectiva casa-convento de

⁹ De hecho, solamente constatamos la excepción del municipio de Vilafranca, que en 1890 aun no tenía médico titular.

¹⁰ La mayoría de los habitantes de Mallorca tenía asegurada la asistencia médica gracias a la presencia de médicos residentes en sus localidades con un bue nivel de formación, y mediante la fórmula de las iguales. Para más información sobre este tema véase I.Moll (2005).

¹¹ Al menos así es en todos los casos estudiados, excepto en Vilafranca, ya que aún en 1890 este municipio Vilafranca se resistía a las reiteradas ordenes y amenazas del gobernador para nombrar su médico titular (Acta: 2-11-1890).

¹² Por ejemplo, a partir de 1902 (acta de 25-12-1902) la pequeña localidad de Llubí contará con farmacéutico titular. Mientras que no será posible cubrir la plaza de veterinario por falta de aspirantes al cargo. Para solventar este problema el municipio tendrá que contar con el concurso de un veterinario que designe el Colegio respectivo de la Provincia (Acta de 18-10-1914). Por su parte, en Pollença se procede al nombramiento de farmacéutico titular en 1901 (Acta de 22-12-1901).

¹³ Archivo Municipal de Felanitx, acta de 16-1-1881.

¹⁴ A partir del acta de 21-5-1912 en Llubí aparece el médico titular con esta denominación.

religiosas dedicadas a tareas benéfico-sanitarias, además de educativas, que suponían un total de 1.166 efectivos¹⁵.

Lógicamente, muchas de estas religiosas, en colaboración con los médicos de la población, pasaron a hacerse cargo de los hospitales-hospicios presentes en la mayoría de municipios de más de 3.000 habitantes. Según la ley de 1849 y la instrucción de 1852 todas estas instituciones pasaron a depender directamente de los ayuntamientos, si es que no lo estaban con anterioridad, aunque conservaban parte de sus rentas tradicionales. Pero los ayuntamientos controlaban la contabilidad y se hacían cargo sistemáticamente del déficit que generasen con cargo en sus presupuestos, además de organizar rifas y donativos especiales en motivos de determinadas efemérides.

B.- Higiénicas y ambientales

Entendemos por este tipo de medidas las actuaciones de carácter público encaminadas a proporcionar un buen estado de salubridad de la población, eliminando las condiciones físicas –ambientales- y sociales –miseria- que favorecían, siguiendo los conocimientos científicos de cada época, la insalubridad i la infección. Evidentemente, tales medidas se situaban dentro de las corrientes médicas miasmáticas del siglo XIX, pero que acabaron adaptándose a la bacteriología.

Cabe precisar que la higiene pública en los pueblos era cometido esencialmente municipal¹⁶. En concreto, hasta las últimas décadas del siglo XIX este tipo de actuaciones en la Mallorca rural se concretaba en el mantenimiento de un buen estado de policía rural y urbana, realización de determinadas obras públicas, especialmente destinadas a la construcción y mantenimiento de mataderos y cementerios exteriores, y a controlar la calidad de los alimentos, el agua potable y la residual.

De esta forma, hasta 1880 uno de los pilares de la política higiénica que aplican los ayuntamientos va dirigida contra los focos de malos olores y/o las aguas encharcadas. El tipo de actuaciones más espectacular al respecto atañe a la secularización de los rituales de la muerte y, sobretudo, a la construcción de cementerios rurales a partir del trienio liberal. El grado de éxito de estas medidas puede considerarse muy elevado en Mallorca ya que a principios de 1830, sino antes, la mayoría de poblaciones habían construido nuevos cementerios fuera de sus cascos urbanos¹⁷, en buena medida a causa de la aparición de la Peste de Son Servera en 1820¹⁸. No contentos con estas disposiciones, a partir de este momento, incluso durante la restauración del absolutismo, no cesaran las autoridades de regular la forma de los enterramientos, especialmente después de la llegada del Cólera. Así, en el ayuntamiento

¹⁵ P. Fullana Puigserver (2003).

¹⁶ Tal como se deduce de las leyes municipales de 1845, 1870, 1877 i el Estatuto Municipal de 1924. Para más información sobre esta temática véase Moll Blanes y Salas Vives (2006).

¹⁷ No conocemos la realidad de todos los municipios, pero de todos aquellos de los que disponemos datos podemos afirmar que en 1824 ya habían construido su cementerio rural. Casos de Pollença, Felanitx, Lluçmajor, Inca, Sencelles, Lloseta, Sant Joan, Pollença, Alcudia, Esporles, Manacor y Montuïri.

¹⁸ *La Junta Superior de Sanidad ocupada sin interrupcion, en dictar cuantas providencias juzga conducentes, para atajar en su origen las enfermedades malignas, que desgraciadamente afligen a los moradores de Son Servera, con inminente riesgo de estenderse á otros pueblos de esta Isla: no puede mirar con indiferencia que continúe por mas tiempo la costumbre de enterrarse los cadáveres en las iglesias, cuya corrupcion puede ocasionar consecuencias funestas á la salud pública, mayormente estando mandado por repetidas órdenes en el uso de cementerios rurales, cuya construccion encargada á V. Recuerda bajo la mas estricta responsabilidad, y encarga que V. Le dé cuenta del estado actual en que se halla el de ese pueblo.* (AMP, Ordes- 1681).

de Llucmajor en 1835 se pone en práctica un reglamento estricto sobre la forma de enterrar los cadáveres, con la finalidad de evitar que estuviesen demasiado tiempo en el interior de las poblaciones. En Pollença se reguló el horario de las inhumaciones – después de la puesta del sol- y se especificó que cada difunto debía poseer un ataúd individual¹⁹. Además, a tenor del crecimiento demográfico de Mallorca con el consecuente aumento de los cascos urbanos, en determinados municipios no tuvieron más remedio que construir otro cementerio más alejado de la población, caso de Pollença en 1880²⁰. Este hecho se superpuso a una nueva ofensiva legal por parte del Estado 1882²¹, que incidía nuevamente en la higiene de los lugares de enterramiento y establecía una distancia mínima de los mismos respecto a los núcleos de población.

En comparación con este tipo de inversiones, la implicación municipal en obras hidráulicas aparece mucho más modesta, aunque no está ausente. En la mayoría de localidades observamos durante este período una mejora del sistema tradicional de abastecimiento de agua. Es decir, la reparación y limpieza de los pozos públicos existentes, además de la perforación de nuevos o la construcción de aljibes para almacenar agua de lluvia o de alguna fuente pública fácilmente canalizable²².

En casos excepcionales, las inversiones fueron más significativas. Concretamente, en Pollença se materializó una canalización exterior de una fuente en 1813, que requirió la construcción de un acueducto y tres años de trabajo. En esta fecha se inauguraron unos lavaderos públicos y, después de la construcción del cementerio rural, se desarrolló progresivamente una red de fuentes y grifos públicos que acercaron el agua potable a los hogares de los ciudadanos²³. De todas formas, los problemas de salubridad denunciados a principios del siglo XX por determinadas elites locales, básicamente disconformes con la calidad del agua suministrada por la fuente pública, consiguieron que el ayuntamiento realizase una importante reforma de la canalización, que supuso el entubamiento de buena parte de la misma en unas costosas obras entre 1910 y 1913²⁴.

En Felanitx también se aumentaron el número de puntos de acceso al agua pública a lo largo del siglo XIX, gracias a una serie de reformas en las fuentes públicas existentes, que llegaron a formar una modesta red urbana²⁵. Además, al menos desde 1870 aumenta el interés por esta canalización, ya que cada sábado se debía limpiar²⁶, además de llevar a cabo algunas reformas que responden únicamente a motivos

¹⁹ Salas Vives (2002).

²⁰ Albis Ferragut (2009).

²¹ En este año una Real Orden declaraba (más bien reiteraba) la obligación de los municipios de velar por las condiciones higiénicas de los cementerios y establecía que debían emplazarse al menos a medio kilómetro de cualquier núcleo de población, a mayor altura del pueblo, en sentido contrario a la dirección de los vientos, en terreno calacáreo o arcilloso, lejos de ríos, pozos, fuentes o conducciones de agua de uso doméstico (Barona Vilar (2002), p. 286).

²² Solo para poner algunos ejemplos, en Binisalem se construyó un pozo nuevo en 1869 (AMB-Acta: 4-7-1869) y se utilizó una mina de carbón (AMB-Acta: 1-2-1849). Caso similar es el de Montuïri, donde en 1812 se construyó y empedró el llamado Pou Nou (AMMo-Acta: 23-11-1812), el cual se profundizó en 1879 (AMMo, Acta:29-5-1879). En 1824 se empedró una calle para recoger agua de lluvia hacia uno de los pozos existentes, mientras que en 1869 el ayuntamiento acordó la perforación de otro pozo en el luar llamado “la Cova” (AMMo-Acta: 11-2-1869), y en 1879 se construyó el pozo del Torrente (AMMo-Acta: 29-5-1879).

²³ Esta red llegó a contar en 1930 con un mínimo de 20 grifos públicos, distribuidos en todos los barrios de la población, que en estos momentos contaba con poco más de 8.000 habitantes.

²⁴ AMP-Actas municipales.

²⁵ P. Xamena (1975).

²⁶ AMF-Acta: 2-1-1870.

higiénicos²⁷. Aun más interesantes fueron las inversiones realizadas en Artà a partir de 1893, gracias a una donación testamentaria realizada por Antoni Blanes Juan a favor de construir una primera canalización de agua potable para el abastecimiento de los vecinos, que evidentemente fue materializada por el Ayuntamiento. En ninguno de estos casos, pero, se llegó a producir una auténtica canalización del agua potable casa por casa. Una realidad que demuestra los avances y los límites de la política hidráulica local en Mallorca hasta 1930.

Pero no solo era importante mejorar y aumentar el agua potable, sino también eliminar las fecales. En este punto cabe decir que no se constata en ningún caso la realización de una auténtica red de alcantarillado. Pero sí que a partir de la segunda mitad de siglo aumentará la preocupación municipal para eliminar las aguas residuales, sobretudo las derivadas de determinadas actividades industriales. Este hecho es visible en Artà, también en 1893, y unos años antes en Felanitx²⁸.

Realmente el control del agua, forma parte de una preocupación ambientalista más amplia. Entre ésta, ya sea por iniciativa propia avalada por las Juntas Municipales de Sanidad o por mandamiento del Gobierno Civil, los ayuntamientos intentaran mejorar las referidas condiciones de los enterramientos, apareciendo los primeros encargados municipales dedicados a este menester²⁹. Pero también mantendrán directamente o mediante órdenes a los vecinos, la limpieza de las calles, acequias y torrentes, los cuales eran vigilados de forma constante durante el verano, y sobretudo en los momentos de peligro epidémico³⁰. Por ejemplo, ante la amenaza del cólera, el ayuntamiento de Llubí mandó: "...la limpieza de cuerdas, pocilgas, calles y casas; sacar de la población todos los depósitos de estiercol hasta la distancia de un kilómetro del casco de la población, la desecación completa de las aguas encharcadas producto de los desperdicios de los lavaderos públicos y una rigurosa inspección continua de las sustancias alimenticias, frutas y bebidas"³¹. Incluso más importantes que estas medidas que respondían a un peligro excepcional, son aquellas de tipo ordinario destinada a mantener la salubridad de la población. Es el caso de Felanitx, donde el 1 de mayo de 1871 se nombró un Guardia Municipal para que se encargara de la limpieza de plazas, fuentes y calles. Pero también se regulará el estado de espacios privados, "para que estos habitantes [de Llubí] tengan sus habitaciones, establos, cebaderos y deposito de estiercol se limpien consecuentemente señalando para ello el plazo de 5 días..."³².

En este contexto, no es extraño que exista una especial preocupación para evitar la "corrupción" de fuentes y torrentes como consecuencia del desarrollo de determinadas actividades laborales, como el apagamiento del cáñamo y el lino³³, abreviar ganado en las fuentes públicas o el vertido de desechos industriales en torrenteras

²⁷ Concretamente en el Acta de 15 de agosto de 1869.

²⁸ En esta población se reformó en 1876 la acequia que funcionaba como recolector de los residuos de las fábricas de aguardiente existentes (AMF-Acta: 17-9-1876).

²⁹ Así, en Montuïri se nombró un sepulturero con el objeto de que los cadáveres se enterrasen a una determinada profundidad y se respetase las ordenanzas al respecto.

³⁰ Por ejemplo, en 1855 ante la amenaza del cólera es habitual encontrar en las actas municipales acuerdos sobre el acatamiento de disposiciones del gobierno de la Provincia referentes a extremar la limpieza de las calles (Por ejemplo, AMM-Acta: 27-5-1855 o BOPB nº 3476 de 7-3-1855). Pero curiosamente, también la epidemia de Fiebre amarilla de 1870 impulso una mayor preocupación por la higiene en los municipios mallorquines (por ejemplo: AMA-Acta: 30-9-1870).

³¹ AMLI-Acta: 12-7-1885.

³² Caso del Ayuntamiento de Llubí (AMLI-28-7-1872).

³³ Como puede observarse en el Ayuntamiento de Esporles (AME-Acta: 2-1-1840).

situadas dentro del casco urbano³⁴. Lógicamente, también la venta de toda clase de alimentos es objeto de un control visual y olfativo, en parte como respuesta a la intensificación de la presión política del gobierno civil para mejorar la salubridad alimentaria, especialmente de la comercialización de la carne³⁵. De hecho, en Mallorca son habituales las disposiciones para que las carnicerías se presenten limpias y la carne puesta en venta este en buenas condiciones³⁶. Se trata de una voluntad que se concretará con la pronta aparición de la figura del inspector de carnes en la mayoría de casos estudiados a partir de la segunda mitad de siglo³⁷. Este tipo de vigilancia es extensible a todos los alimentos, como se deduce de un acuerdo del ayuntamiento de Alcúdia de 12 de octubre de 1862, en el cual se decide atajar determinados abusos causados por la exposición de productos en mal estado en el mercado público³⁸. I también es concomitante, con la aparición de mataderos municipales, documentados des de 1845³⁹.

Por otra parte, es interesante remarcar que la limpieza es exigida tanto por el Gobierno de la Provincia, como por los ayuntamientos, pero también por los propios particulares. En el sentido que el primero insta a los segundos a que mantengan en un buen nivel de salubridad sus respectivas poblaciones, los segundos actúan directamente mediante los escasos recursos disponibles y, a la vez, obligan a sus vecinos a que mantengan unas determinadas normas de policía sanitaria como hemos visto. Pero, además, los propios vecinos exigirán en no pocas ocasiones a las autoridades municipales que mantengan limpios espacios comunes considerados potencialmente peligrosos para la salud, especialmente las fuentes y pozos públicos⁴⁰.

Como hemos podido comprobar, hasta 1880 la preocupación higiénica es asimilable a actuaciones de limpieza, de control visual y olfativo del agua, los alimentos y el medio ambiente. A partir de estos momentos, y sin que se abandonen las anteriores prácticas ambientalistas, se introduce un nuevo concepto en el campo de la higiene municipal: la desinfección. Concretamente, aparece un cierto interés en diversos municipios para la adquisición de estufas de desinfección⁴¹, mientras que también se adquieren productos químicos como el sulfato de hierro, el sulfato de cobre o el “sublimato corrossivo”⁴², para ser utilizados específicamente como desinfectantes. En

³⁴ Curiosamente, esta problemática era especialmente importante en el caso Alaró a causa del funcionamiento de diversas fábricas de jabón (AMAI-Acta: 7-9-1866)

³⁵ J.L.Barona Vilar y Lloret Pastor (2000).

³⁶ Entendidas estas como olfativas y aparentes. En ocasiones, se trataba de regular un determinado protocolo de venta, como sucedió en Binisalem, cuando se prohibió la venta de carne fresca junto a la del día anterior, por que podía “provocar enfermedades” (AMB-Acta: 20-1-1836).

³⁷ Uno de los primeros casos documentados corresponde al municipio de Alcúdia en 1845 (AMA-Acta: 8-6-1845).

³⁸ En el mismo municipio de Alcúdia (AMA-6-3-1859), se especificó que estaba prohibida la venta de pescado en casas particulares, ja que es de obligación su venta en una pescaderia de cuya limpieza se encarga un “comisionado”.

³⁹ Caso de Alcúdia (AMA-Acta: 27-6-1845), noticia que no que no quiere decir que con anterioridad no existan edificios donde concentrar el sacrificio del ganado de carácter municipal. De todas formas, sin duda está relacionada con el despliegue de una normativa muy minuciosa en las décadas centrales del XIX, tendente a regular los mataderos, además de aumentar el cometido de la inspección a cargo de los veterinarios. Para más información véase Barona Vilar y Lloret Pastor (2000).

⁴⁰ En Montuiri, por ejemplo, se producen quejas de los vecinos que exigen al Consistorio la limpieza del Pozo del Rei (AMMo-Acta: 3-5-1869).

⁴¹ AMAI-Acta: 12-7-1885; 01-01-1898.

⁴² AMLI-Acta: 24-09-1899. Además, en 1912 en Pollença la desinfección comprendía la utilización de cloro, sulfato de cobre, *zotal*, sublimato corrossivo i cal. También se requerían estufas desinfectantes, así como una “legiadora” por 90 pesetas en octubre de 1909. También era necesario pagar personal

general, la finalización del siglo XIX significó para la práctica sanitaria de los municipios estudiados la aplicación de los nuevos principios teóricos emanados de la microbiología, tal como preveía la legislación del momento⁴³.

En muchas ocasiones esta situación vino acompañada por la contratación de veterinarios municipales, responsables últimos de la carne puesta en venta⁴⁴; los cuales progresivamente son dotados de nuevo instrumental imprescindible para encarar los retos que plantean los recientes descubrimientos científicos. Así, en 1883 el veterinario de Felanitx utiliza un microscopio para el análisis de los alimentos⁴⁵ y diez años más tarde, en este mismo municipio, se experimenta con el método del Dr. Ferrán, cualificado de eminente microbiólogo, para vacunar el ganado de cerda⁴⁶, casi al mismo tiempo que se enviaban a un laboratorio externo muestras de agua de la fuente pública para proceder a su análisis⁴⁷.

De todas formas, es significativo que el aumento de actividad municipal en este campo se acompaña de unas mayores exigencias de las autoridades superiores⁴⁸, cuando no de la misma ciudadanía, para que mejoren la higiene pública. La figura del inspector provincial, será perfectamente visible en todas las poblaciones des de 1904. En el caso de Llubí este hecho conllevará la intromisión de los nuevos profesionales de la sanidad, especialmente los veterinarios, en la “tradicional” matanza del cerdo⁴⁹. En otras ocasiones, será la misma prensa regional y la oposición política la que incentiven nuevas intervenciones. En Pollença, por ejemplo, el periodista de la Última Hora Manuel López solicitó a las autoridades provinciales en un artículo que “se sirva dictar alguna medida de carácter general que obligase a los Ayuntamientos á que consignasen en sus presupuestos recursos destinados á Sanidad, pues en ese Ayuntamiento y en otros muchos no hay cantidad alguna consignada para esos importantes servicios [...]”⁵⁰. En este contexto, no es extraño que en esta población se inaugurase un matadero en 1908, en un edificio de nueva planta y exterior al casco urbano; además de la referida reforma de la canalización de la fuente de la villa. Realmente existía una mayor predisposición de las elites locales y la ciudadanía para invertir en la sanidad, pero también una mayor capacidad de las entidades locales para hacerlo.

C.- Actuaciones de tipo profiláctico

específico para determinadas labores, caso de Joana Cerdà Llitrà el 1906, que cobró 4’5 pesetas para limpiar la roba de los enfermos de viruela. (AMP-Actas: 3-7-1912; 6-10-1909 i 12-2-1906).

⁴³ Al igual que en el ámbito valenciano, tal como apuntan Barona Vilar, Barona Vilar, Báuena Cervellera et al. (2000).

⁴⁴ A pesar de la presencia de los veterinarios en las juntas sanitarias locales, el primer nombramiento de un verterinario que hemos documentado con sueldo del municipio para inspeccionar la carne, corresponde a Felanitx en 1881 (AMF-Acta: 16-1-1881)

⁴⁵ AMF-Acta: 22-04-1883; aunque la adquisición de este instrumental no se generalizó entre los pueblos de Mallorca hasta la segunda década del siglo XX, momento, en que municipios pequeños de la talla de Llubí o Alcúdia adquirieron un microscopio, especialmente para analizar la carne de cerdo, a causa de la prohibición de sacrificar reses en los municipios que no dispusiesen de un matadero, un veterinario dotado de microscopio (AMLI-Acta: 18-10-1914; 11-11-1914 o AMA-Acta: 19-11-1916)

⁴⁶ AMF-Acta: 22-05-1893.

⁴⁷ AMF-Acta: 28-08-1893.

⁴⁸ Barona Vilar (2002).

⁴⁹ Entre otras, es especialmente interesante la sesión de día 11-11-1914 (AMLI). Debe añadirse, además, que la instrucción General de Sanidad de 1904, tenía un apartado dedicado a la policía alimentaria, la cual quedó regulada por el Real Decreto de 22 de diciembre de 1908 (Barona Vilar (2002).

⁵⁰ *La Última Hora*, 15-2-1906.

Los ayuntamientos no se contentaron con la realización de medidas sanitarias enmarcadas dentro del campo del higienismo, primero siguiendo las teorías miasmáticas y, después, provenientes de la microbiología; sino que casi con el mismo tesón suscribieron actuaciones aislacionistas de tipo contagionista, poniendo de relieve la complementariedad de ambos tipos de actuaciones.

En principio, cuando se declaraba el peligro epidémico⁵¹ cada ayuntamiento complementaba las medidas higiénicas con la preparación de un dispositivo que incluía la habilitación de centros para socorrer a los posibles afectados. En 1885, en Llubí este tipo de medidas comprendieron una casa de primeros auxilios en el centro del casco urbano y un hospital en el punto más elevado del municipio especialmente alejado de la población. Además, se destinaron para gastos diversos 75 pesetas del capítulo de imprevistos y se pidió un préstamo de otras 2.000 avalado por los mayores contribuyentes, los cuales también aportaron “jergones y sabanas”. Igualmente estaba disponible el personal de una brigada de desinfección, además de un facultativo local⁵².

De todas formas, en este campo nada es más relevante que la participación de los Ayuntamientos en los cordones sanitarios que organizan las autoridades superiores a lo largo del siglo XIX. De todas formas, en este caso se trata de una participación totalmente dependiente de las autoridades superiores. De hecho, la ley general de sanidad de 1855 prohibía a los municipios que llevaran a cabo acordonamientos por su cuenta y riesgo. Si bien esta ley generalmente se respetó, hubo importantes excepciones en esta época, concretamente en 1865 y 1870, momentos en que el cólera y la fiebre amarilla respectivamente fueron proclamadas en Palma. En ambas ocasiones, las autoridades provinciales insistieron en que se levantasen las barreras que impedían el comercio de los pueblos con la capital, prueba de la existencia de una cierta demanda popular a favor del aislamiento.

Pero más importante que estos hechos puntuales, fue que los ayuntamientos de Mallorca colaboraron directamente en la organización y mantenimiento de los cordones sanitarios que el Gobierno Provincial y las autoridades militares levantaron en el litoral mallorquín⁵³. Si bien en 1822 fue la última referencia a las “rondas marítimas a cargo de las villas” –es a decir, a la organización de columnas directamente por los municipios-, a partir de esta fecha y hasta 1884 la participación de estos continuó como primordial. En primer término, porque facilitaban la integración de civiles en la tropa, con la misión de suplir la falta de soldados en momentos puntuales. En segundo, ayudaban en tareas logísticas y de intendencia según las necesidades de los soldados destacados en la zona. Por ejemplo levantando casetas para su resguardo o procurar la llegada de provisiones en los puntos de vigilancia. Esta labor suponía, por otra parte, un anticipo económico de los ayuntamientos de la costa, realmente insustituible porque no había otra institución en condiciones de llevarlos a término. Y también suponía un esfuerzo económico de las mismas haciendas locales, ya que eran las que satisfacían el llamado “plus” que reclamaba el estamento militar al considerar que realizaban una actuación extraordinaria. En este sentido, los ayuntamientos realizan una función subsidiaria de otras administraciones, especialmente la Diputación y el Gobierno Central, que por diversas razones no pueden satisfacer todos los requerimientos del ejército⁵⁴, aunque

⁵¹ 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, siguiendo a J.Mª.Pujades Mora (2005).

⁵² AMLI-Acta: 12-7-1885.

⁵³ Toda la información referente a los cordones sanitarios procede de P. Salas Vives (2002).

⁵⁴ En el primer caso, la Diputación se desentiende del pago de los “pluses” ya que su ámbito de actuación es la provincia, mientras que el cordón solo afecta a la isla de Mallorca. Por su parte, el Gobierno Central,

evidentemente, la organización y responsabilidad del Cordón sanitario no sea suya. De hecho, a partir de 1884 la militarización de los mismos será aún más evidente, ya que desaparece toda participación de paisanos, pero no por ello los municipios dejaron de pagar el suplemento que exige el ejército.

Cabe añadir, que los ayuntamientos habitualmente aparecen exigiendo la organización de medidas aislacionistas a las autoridades superiores, en momentos de peligro epidémico. Por tanto, no existe una resistencia municipal a este tipo de medidas, que además están avaladas por una larga tradición y un cierto apoyo popular. No importa, por tanto, que graven aun más la precaria hacienda municipal. Un hecho que no resulta banal, si tenemos presente que durante el siglo XIX se organizaron 23 cordones sanitarios en Mallorca.

Ahora bien, los cordones sanitarios desaparecerán con la llegada del nuevo siglo, al menos en la forma realizada durante el ochocientos, que implicaba un carácter extraordinario. El sistema de aislamiento total resulta innecesario, a tenor de los avances medico-científicos, que permiten un tipo de actuaciones preventivas centradas en el control de la sanidad portuaria del puerto de Palma, mientras los carabineros controlan el resto de la costa. Como consecuencia, los municipios de la Mallorca rural prácticamente dejaron de participar en el control de la sanidad exterior, si exceptuamos algunas actuaciones relacionadas con los puertos de cabotaje que tienen algunos de ellos.

A partir del siglo XX, las únicas medidas aislacionistas promovidas por los ayuntamientos son las de carácter domiciliario. Por ejemplo en Pollença en 1913 el consistorio abonó 69 jornales a razón de 1'50 pesetas diarias para aislar a un enfermo de viruela en su casa, actuación que se repetiría al menos en otros dos casos el mismo año⁵⁵. Durante esta época, aun continuaron siendo habituales el control de las aglomeraciones de personas en momentos puntuales, especialmente en las escuelas o los teatros. Se procedía de esta forma en el momento de una elevación del número de afectados de determinadas enfermedades, como varicela, viruela o sarampión, entre otras, que comportaba normalmente el cierre de las escuelas. En Llubí, por su parte, el inspector provincial de sanidad mando en 1911 al ayuntamiento “Adquirir un local de aislamiento para la instalación de los primeros casos de una enfermedad epidémica que pudiera presentarse á ser posible á las afueras de la población. En el mismo se habilitaran dos camas para el objeto indicado, además de una cocina y dependencias para una enfermería”⁵⁶.

Efectivamente, el control epidémico mediante el aislamiento no había desaparecido, pero se adapta a las nuevas necesidades de la población, a la vez que desaparece su carácter global, para reducirse a casos concretos dentro de las propias poblaciones o a institucionalizarse en las aduanas a cargo de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado.

3. -Aumento de la capacidad de actuación de los ayuntamientos

Como hemos podido comprobar, los ayuntamientos realizaron entre 1850 y 1930 una importante labor en el campo de la sanidad⁵⁷. Evidentemente, este proceso no sería

alega falta de fondos.

⁵⁵ AMP-Acta: 26-3-1913; 2-4-1913; 23-4-1913; 16-5-1913 y 20-8-1913.

⁵⁶ AMLI-Acta: 30-4-1911.

⁵⁷ Así como también en otros campos, como apunta P. Carasa Soto (2000).

posible si no fuera acompañado de un aumento de su capacidad administrativa. En principio existe un cierto consenso en afirmar que los municipios actuaron como delegados del Estado liberal, desarrollando buena de las propuestas de fomento y de intervención social que éste se propuso pero que por diversos motivos no pudo o no quiso llevar a término. De esta forma, desde la educación, hasta la beneficencia, pasando por la sanidad, se convirtieron en campos de actuación de la administración local por delegación de la central. Además, el municipio realizaba una importante labor fiscal a cuenta del Estado, ya que se encargaba del reparto y recaudación de la mayoría de impuestos de la época.

En consecuencia, no han faltado autores que se han mostrado especialmente críticos con la administración española liberal, especialmente por su debilidad y poca capacidad de intervención social⁵⁸. El desarrollo de una administración municipal en detrimento del Estado central sería la prueba final de este diagnóstico peyorativo. De todas formas, si consideramos a las entidades locales como parte del mismo engranaje del Estado, sujetas además a una importante fiscalización por parte del gobernador civil, sobre la cual también existe un cierto grado de consenso historiográfico, y consideramos a los alcaldes como delegados directos del gobierno en la localidad, podemos intentar valorar la labor administrativa municipal como un parte más del proceso de modernización de la sociedad española y no como un simple síntoma de atraso⁵⁹.

De hecho, del análisis de la actuación de la administración municipal en Mallorca durante esta época, resulta evidente el aumento de su esfera de actuación y de la capacidad de intervención social. Esto no sería posible si no fuese acompañado de una mayor capacidad económica, es decir del incremento de los ingresos y gastos de las haciendas municipales, sometidas, eso sí, a un importante control por parte del Gobernador Civil y la Diputación.

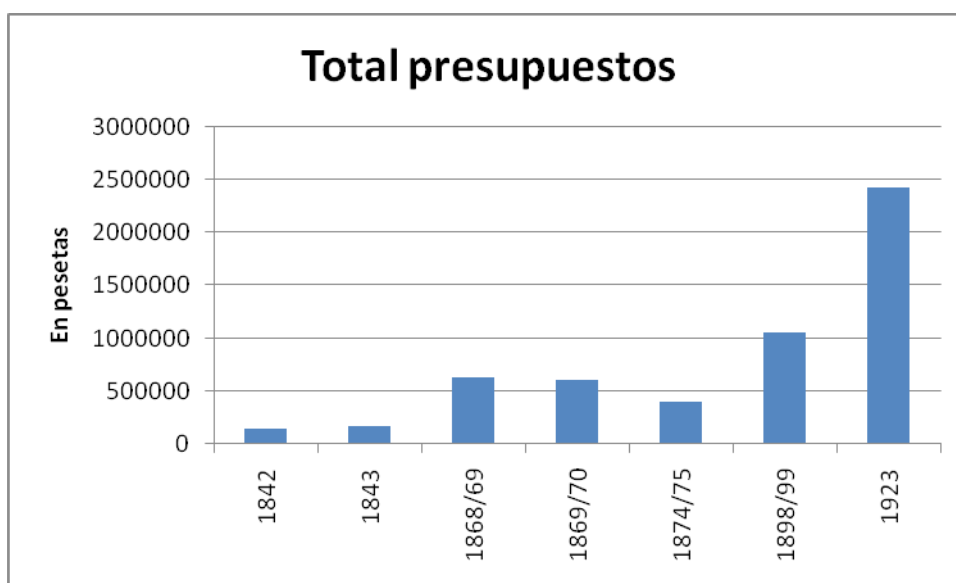
Concretamente, del análisis de 36 municipios mallorquines entre 1842 y 1923⁶⁰, se observa un crecimiento constante de sus presupuestos, con la excepción del período de 1869 a 1875, cuando retrocedieron ligeramente. De todas formas, este hecho no es suficiente para invalidar la afirmación que durante el período estudiado la tendencia es claramente alcista. Entre 1843 y 1869 el valor global de los presupuestos se incrementó nominalmente un 272 % y entre 1875 y 1899 un 164 %, mientras que entre esta última fecha y 1923, vísperas de la dictadura de Primo de Rivera, el aumento fue del 128 %. De hecho, en esta última etapa el incremento fue mayor de lo que indican las cifras, ya que a partir de 1902 los ayuntamientos se vieron “liberados” del pago de los sueldos a los maestros, pasando esta partida de suponer un 16 % en 1898 a un 3 % en 1923. Desgraciadamente, entre 1923 y 1930 no disponemos de datos globales, pero en los municipios analizados, los presupuestos aun crecieron de forma más espectacular que en el pasado. Por ejemplo en Pollença entre 1913 y 1926 se habían incrementado un 73 %, aunque realmente matizado por la gran inflación del período de 1916 a 1923. Realmente el crecimiento espectacular tuvo lugar a partir de mediados de los años veinte, a causa de la estabilizada la economía española y de la voluntad del gobierno primoriverista de aumentar la intervención económica del conjunto de las administraciones públicas. En este contexto, no es de extrañar que el aumento del presupuesto de Pollença entre 1926 y hasta 1930, sea del orden del 133 %.

⁵⁸ Entre otros: Fontana (1977) o Riquer i Permanyer (1994).

⁵⁹ Para una aproximación similar a la nuestra del conjunto del Estado español véase Moral Ruíz, Pro Ruiz y Suárez Bilbao (2007); así como Calatayud, Millan, Cruz Romeo et al. (2009).

⁶⁰ Los datos de los presupuestos han sido extraídos de AGCM: XI-145 y de ARM-PDA

De todas formas, el incremento neto de los presupuestos debe sufrir otra matización importante: una parte relevante de los mismos, no tenía relación directa con las inversiones y servicios locales. Es el caso de las llamadas “cargas”, o sea los impuestos que debía recaudar el ayuntamiento por cuenta de las autoridades superiores. Efectivamente, esta partida creció a un ritmo incluso mayor que la media global, sobretodo entre 1875 y 1923. En 1899 y 1923 suponía el 32 y 35 % del total de los gastos de los ayuntamientos. Ahora bien, una parte de estas cargas revertían a los municipios, ya que eran la fuente principal de ingresos de las Diputaciones provinciales.



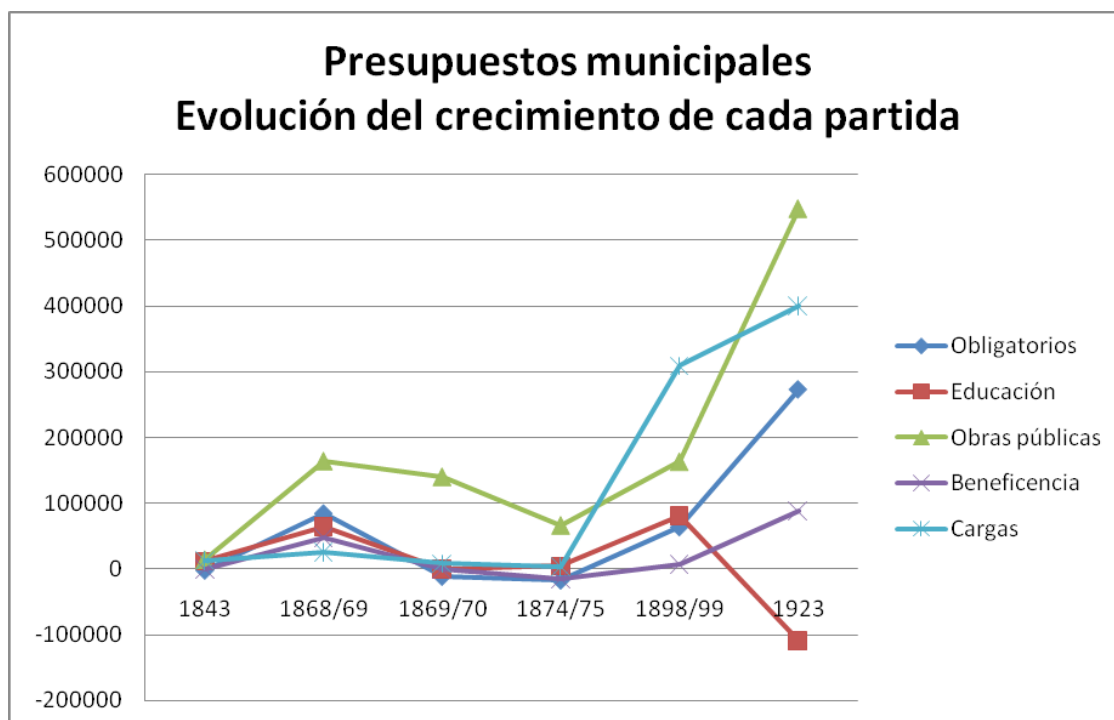
Fuente: Elaboración propia a partir de AGCM: XI-145 y ARM-PDA

Descontada la referida partida fiscal obligatoria, el resto de los presupuestos locales también creció de forma evidente a lo largo de nuestro período, siguiendo los mismos parámetros ya apuntados. Evidentemente, no todas las partidas eran susceptibles de traducir una inversión sanitaria⁶¹, aunque en general se puede suponer que el crecimiento global de la hacienda municipal fortaleció la capacidad de actuación en todos los campos, ya sea en la prestación de servicios, la construcción de infraestructuras o el aumento de la vigilancia. De hecho, a partir de los inicios de la segunda mitad del siglo XIX aumentó el personal a cuenta del municipio. Es decir, desde los “escribientes” encargados, entre otros cometidos, de las estadísticas, entre ellas las sanitarias, hasta los peones camineros, que también realizaban labores de policía rural, pasando por la policía municipal que hace su aparición a finales del siglo XIX o los propios sepultureros, encargados de mantener el buen estado de salubridad los cementerios. Durante el mismo periodo se produce el aumento del personal propiamente sanitario, como se ha puesto de relieve en la primera parte de esta comunicación.

Además, si nos centramos en las partidas presupuestarias de contenido total o parcialmente sanitario, su evolución sigue la misma tónica general. Es decir, las tituladas policía rural, beneficencia y obras públicas tienen un crecimiento similar o

⁶¹ Desgraciadamente, en el resumen estadístico utilizado para realizar esta comunicación no existe una partida específica dedicada a la sanidad, sino que está integrada en diversos epígrafes.

mayor que el conjunto del gasto municipal. Concretamente, entre 1843 y 1869 es del 807 %, entre 1875 y 1899 del 105 % y entre esta fecha y 1923 del 221 %.



Fuente: Elaboración propia a partir de AGCM: XI-145

Estas cifras, en principio, significan la consolidación del personal administrativo y facultativo a cargo del ayuntamiento, comprendido en los “gastos obligatorios”, de promedio un 20 % de todos los gastos municipales. El concepto de policía rural, por su parte, hace referencia al mantenimiento del mobiliario urbano, el arbolado y jardines así como el cementerio, también a la limpieza del entorno, control de animales dañinos, de los mataderos y del agua. Realmente, a pesar de su importancia, su crecimiento fue modesto y en relación al total solo supone entre un 2% y 4 %. De todas formas, el personal encargado formaba parte de los gastos obligatorios. Un poco mayor es la inversión en beneficencia, la cual no sobrepasa el 8 % del presupuesto. Además, crece en términos absolutos, pero no de forma relativa, ya que su participación en el global desciende a un 5 % en 1923. En buena medida esta partida estaba destinada a subvencionar el mantenimiento de los hospitales, así como el traslado a las instituciones benéfico-sanitarias provinciales de enfermos pobres, ayudas a familias modestas en momentos puntuales, así como a los pobres de solemnidad. Mucho mayor es la inversión en obras públicas, normalmente más del 20 % del total gastado. Evidentemente, solo una parte de la inversión en este campo significó una mejora sanitaria. Es el caso de las obras hidráulicas señaladas, la construcción o reparación de cementerios, así como de los mataderos municipales o, en menor medida, los hospitales-hospicios.

Es cierto que del análisis de los presupuestos municipales solo nos podemos hacer una idea parcial del funcionamiento de la administración local durante este período. Evidentemente, no siempre las autoridades locales acometieron su función sin resistencias, directas o indirectas. El interés por la instalación en sus municipios de colectivos de religiosas dedicadas a la educación, beneficencia y sanidad era una forma

de esta “resistencia” pasiva, ya que sustituían la labor que en estos campos debían realizar los ayuntamientos. Tampoco faltaron deficiencias inversoras, ya sea por falta de voluntad de la clase dirigente, a la vez mayores contribuyentes del término, como por la gran cantidad de recursos que el Estado detraía de la hacienda local. En este sentido, la insuficiencia de las inversiones en construcciones escolares fue flagrante y a menudo esto ocurría en las propias infraestructuras sanitarias, especialmente en las de tipo hidráulico. Las advertencias y recordatorios a las autoridades locales que realizaban periódicamente las autoridades superiores en relación a estos temas, son la prueba de los logros y deficiencias de la administración municipal.

Dicho esto, no es menos cierto, que el avance de la administración municipal entre 1833 y 1930 fue ciertamente relevante. Además, su avance no se realizó en solitario, ya que de forma paralela, especialmente a partir de 1875 la Diputación aumentó también su capacidad de fomento y de acción social, así como el propio Estado central, aunque en este caso con menor incidencia en la realidad local.

De hecho los municipios, como hemos podido comprobar, resultaron esenciales para la puesta en práctica de una determinada política de sanidad que obedecía a un cuadro legislativo muy amplio y que supo adaptarse a los paradigmas científicos dominantes en cada momento. En este sentido, si bien los problemas que presentaron las administraciones locales en este periodo no se pueden obviar, no es menos cierto que su desarrollo supuso un avance considerable en las políticas de salud pública. Además, al margen de su mayor o menor efectividad en el momento de iniciarse una determinada actuación, familiarizaron tanto a administradores (funcionarios y políticos locales) como a los administrados (la ciudadanía) con procedimientos y actuaciones imprescindibles para ulteriores avances medico-sanitarios. No sólo aumentó el horizonte de la erradicación de la enfermedad, en palabras de P. Bourdelais (2000), sino que se pusieron las bases materiales y humanas, para la adaptación de las comunidades locales al progreso legal y científico.

Abreviaturas

AGCM = Archivo General del Consell de Mallorca

AMA = Archivo Municipal de Alcúdia.

AMAl = Archivo Municipal de Alaró.

AMB = Archivo Municipal de Binissalem.

AMC = Archivo Municipal de Capdepera.

AME = Archivo Municipal de Esporles

AMF = Archivo Municipal de Felanitx.

AMI = Archivo Municipal de Inca.

AMLl = Archivo Municipal de Llubí.

AMM = Archivo Municipal de Manacor.

AMMo = Archivo Municipal de Montuïri.

AMP = Archivo Municipal de Pollença.

ARM = Archivo del Reino de Mallorca.

BOPB = Boletín Oficial de la Provincia de Baleares.

Bibliografía

- ALBIS FERRAGUT, M. R. (2009): "Joan Albis Bennàssar", *Anuari de l'Ajuntament de Pollença* Vol.
- BALDWIN, P. (1999): *Contagion and the State in Europe 1830 - 1930*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BARKER, E. (1948): *Los servicios públicos en Europa*, Barcelona, Instituto Tasnoceánico Ediciones, S. L.
- BARONA VILAR, C., BARONA VILAR, J. L., BÁGUENA CERVELLERA, M. J., et al. (2000): *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*, València, Seminari d'Estudis Sobre la Ciència.
- BARONA VILAR, J. L. (2002): *Salud, enfermedad y muerte*, València, Diputació de València. Institució Alfons el Magnànim.
- BARONA VILAR, J. L. y LLORET PASTOR, J. (2000): "La higiene dels aliments i els escorxadors. Dos aspectes de la higiene pública a la societat valenciana en el període entresegles", en *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*. J. L. Barona Vilar. València, Seminari d'Estudis Sobre la Ciència, Vol.: 111-171.
- BOURDELAIS, P. (2000): "La política di sanità publica in Francia nel XIX secolo", en *Salute e malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa mediterranea*. L. Pozzi y E. Tognotti. Sassari, Editrice Democratica Sarda, Vol.: 185-193.
- BUJOSA HOMAR, F., MOLL BLANES, I. y SUREDA, B. (2000): "La avanzada transición demográfica en Mallorca: el caso de la mortalidad infantil", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* Vol.: 125-146.
- CALATAYUD, S., MILLAN, J., CRUZ ROMEO, M., et al. (2009): *El Estado en la configuración de la España contemporánea. Una revisión de los problemas historiográficos*, València, Publicacions de la Universitat de València.
- CARASA SOTO, P. (2000): "Los poderes municipales en relación con el Estado y el cambio social en Castilla", en *Ayuntamiento, Estado y Sociedad. Los poderes municipales en la España Contemporánea*. P. Carasa Soto. Valladolid, Ayuntamiento de Valladolid - Instituto de Historia "Simancas", Vol.: 169-197.
- DOPICO, F. y REHER, D.-S. (1998): *El declive de la mortalidad en España, 1860-1930*, Huesca, Asociación de Demografía Histórica.
- FONTANA, J. (1977): *La revolución liberal: política y hacienda (1833-45)*, Madrid, Ministerio de Economía y Hacienda.
- FULLANA PUIGSERVER, P. (2003): *Història de la Congregació de les Filles de la Misericòrdia (1856-1921)*, Palma de Mallorca, Lleonard Muntaner.

- GALLEGO CAMINERO, G. (2009): *El proceso de profesionalización sanitaria y la transición demográfica en Mallorca (1848-1932)*, Tesis doctoral (inédita), Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears.
- MOLL, I. (2000): "De la beneficencia a los servicios públicos: nuevos ámbitos de actuación de las instituciones de poder local a finales del siglo XIX y principios del XX", en *Ayuntamiento, Estado y Sociedad. Los poderes municipales en la España Contemporánea*. Valladolid, Ayuntamiento de Valladolid - Instituto de Historia "Simancas", Vol.: 219-232.
- MOLL, I. (2005): "Health Care Networks in Rural Majorca, 18th to 20th centuries", en *Health and Medicine in Rural Europe*. J. L. Barona Vilar y S. CHERRY. València, Vol.
- MOLL BLANES, I. y SALAS VIVES, P. (2006): "La gestión de la higiene y la salud en los municipios mallorquines, 1870-1924", en *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad*. J. M. Beascochea Gangoití, M. González Portilla y P. A. Novo López. Bilbao - Puebla, Servicio Editorial Universidad del País Vasco - Universidad Autónoma de Puebla, Vol.: 221-248.
- MORAL RUÍZ, J. D., PRO RUIZ, J. y SUÁREZ BILBAO, F. (2007): *Estado y territorio en España, 1820-1930*, Madrid, Los libros de la Catárata.
- PUJADAS MORA, J. M. (2009): L'evolució de la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (Mallorca, 1838-1960), *Departament de Ciències Històriques i Teoria de les Arts*, Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears, Vol: (Tesi doctoral defensada el 27 de juliol 2009).
- PUJADES MORA, J. (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, Vol.
- PUJOL BERTRAN, A. (1992): "Aspectes sanitaris de Pollença. Segle XVII", *Anuari* Vol.: 1-200.
- RIQUER I PERMANYER, B. D. (1994): "La débil nacionalización española del siglo XIX", *Historia Social* Vol.: 97-114.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1995): "Medicinas y epidemias. De la racionalización del mito al mito de la racionalización", en *Malaltia i cultura*. J. L. Barona Vilar. València, Seminari d'Estudis Sobre la Ciència, Vol.: 207-224.
- SALAS VIVES, P. (2002): "Cordons sanitaris (Mallorca, 1787-1899)", *Gimbernat* Vol.: 55-82.

SALAS VIVES, P. (2002): "La política sanitaria en la primera mitad del siglo XIX (Mallorca 1800-1850)", *Revista de Demografía Histórica* Vol.: 53-97.

SWAAN, A. D. (1992): *A cargo del Estado*, Barcelona, Pomares-Corredor, S. A.

SZRETER, S. (1988): "The importance of social intervencion in Britain's mortality decline, c. 1850-1914: a Re-interpretation of the role of public health", *The Social History of Medicine* Vol.: 1-37.

SZRETER, S. (1997): "Economic growth, disruption, deprivation, disease and death: on the importance of the politics of public health for developement", *Population and Developement Review* Vol.: 693-728.

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