

***Amantarás a tu hijo bajo pena de ser mala madre [...]: La lucha contra la mortalidad infantil en la ciudad de Palma (Illes Balears) en el discurso médico entre el siglo XIX y XX.***

**Joana Maria Pujadas Mora**

**Centre d'Estudis Demogràfics – UAB.**

**Grup d'Investigació d'Història de la Salut – IUNICS.**

**Universitat de les Illes Balears**

“[...] *Baleares, con casi 42 años de esperanza de vida [en la década de 1860], es la región más saludable, y lo seguirá siendo a lo largo de todo el período que estudiamos [1860 – 1930]*”. [...]” (Dopico; Reher, 1998: 41).

Esta frase resume lo que otros autores habían concluido con anterioridad refiriéndose al hecho de que la mortalidad infantil de las Illes Balears aparecía como la más baja de todas provincias españolas. Cuestión especialmente evidente al utilizar datos referidos al siglo XX, como fueron las conclusiones de Marcelino Pascua en 1934, Antonio Arbelo Curbelo en 1962, Roser Nicolau en 1991, Rosa Gómez Redondo en 1992 o Anna Cabré en 1999. Otros autores que incluyeron en sus recuentos datos relativos a la centuria del ochocientos, como es el caso de Fausto Dopico en 1985, Francesc Bujosa, Isabel Moll y Bernat Sureda en 2000 o Francesc Muñoz Pradas en 2005 ayudaron a caracterizar de avanzado el modelo balear de Transición Demográfica.

Este comportamiento pionero en el descenso de la mortalidad (mortalidad infantil y juvenil) ha sido verificado a su vez en mi tesis doctoral *L'evolució de la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (Mallorca, 1838-1960)* (julio 2009). En este estudio se daba cuenta de la cronología de inicio y fin de la transición de la mortalidad en la infancia con referencia al patrón estructural y epidemiológico que define el proceso. Se trata de una posición sanitaria que era conocida por los higienistas mallorquines (médicos en su mayoría) de finales del siglo XIX, aunque su aproximación demográfica y epidemiológica se refería sólo a la mortalidad general sin especificar el comportamiento de la mortalidad en la infancia, como han hecho los autores más recientes ya citados.

El objetivo de la comunicación es analizar la lucha contra la mortalidad infantil en un contexto urbano, la ciudad de Palma (Mallorca, Illes Balears), a través del discurso médico de las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX. Discurso que debe ser entendido como una aproximación a las causas del descenso de la mortalidad infantil a través de una opinión docta dentro del movimiento higienista. Los determinantes de este descenso han sido identificados por parte de la literatura especializada como factores médicosociales y de comportamiento individual, factores políticos e institucionales, factores económicos y ambientales.<sup>1</sup> Muchos de estos determinantes fueron referidos en el discurso médico como explicaremos seguidamente.

---

<sup>1</sup> Esta división de factores puede encontrarse en el artículo de Williams y Galley titulado: *Urban-rural differentials in infant mortality in Victorian England* publicado en la revista *Population Studies* en 1995.

Esta clase médica<sup>2</sup> se instituyó y fue instituida como garante de un estado de opinión científico y hegemónico dentro de la corriente del Higienismo a partir de la denuncia de la situación sanitaria. Denuncia que sirvió para visibilizar la mortalidad infantil y las necesidades higiénicas como problemas sociales (Ballester y Balaguer, 1995). Esta visibilización no correspondió únicamente a los médicos sino que el movimiento higienista estuvo integrado por un amplio abanico de profesionales como pedagogos, ingenieros, arquitectos, etc. Aunque la dimensión sanitaria del movimiento concernió casi exclusivamente a esta clase médica. Su discurso se fomentó en la cuantificación de la mortalidad y la descripción de las malas condiciones sanitarias de la ciudad con sus posibles soluciones.<sup>3</sup> Unas soluciones que más que considerarlas terapéuticas<sup>4</sup> por el hecho de “[...] *superar el vell prejudici reduccionista amplament estès, que consisteix a identificar la medicina i l’acció sanitària amb l’activitat de laboratori, l’eficàcia de la tecnologia mèdica orientada a la prevenció (vacunes, sèrums,..) i a la lluita contra les malalties infeccioses.*” (Barona Vilar, 2002: 224) fueron dirigidas a la modificación de la conducta individual o del entorno físico. Es decir, hablaríamos de la acción social de la medicina como un concepto global de Salud Pública entendido como lo planteaba el médico Ch. Winslow en 1920 en un artículo publicado en la revista *Science*:

*“[...] the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health” (p. 30).*

La modificación de la conducta individual en relación a la mortalidad infantil se previno a través de la educación sanitaria<sup>5</sup> dentro de las campañas puericultoras. Éstas

---

<sup>2</sup> La clase médica se corresponde al *professional sector* en el sistema de salud que definió Kleinman (1980), profesionales formados y reconocidos por el Estado. Este sector agrupa las profesiones médicas y paramédicas amparadas por la legalidad y que constituyen el sistema médico hegemónico. Otros sectores son los denominados *popular* y *folk*. El primero se corresponde al conocimiento médico profano de la medicina por parte de la sociedad. El segundo se refiere a los sanadores considerados no profesionales y que se hallarían fuera del sistema médico. La consolidación del sector profesional se entendería dentro del proceso de profesionalización y hegemonía que se observó en el siglo XIX (Panadero Díaz, 2006). Un proceso que pasó por la justificación de la intervención del sector en los problemas sanitarios producto de la Industrialización y la Urbanización dentro del fenómeno de la medicalización.

<sup>3</sup> La cuantificación de los fenómenos demográficos y epidemiológicos es parte fundamental de la denominada ‘Medicina Social’. Esta cuantificación permitía establecer el valor económico y la etiología social de muchas enfermedades fruto de la Industrialización (Rodríguez Ocaña, 1987). Del mismo autor y relacionado con el tema se recomienda ver: La medicina como instrumento social publicado en la revista *Trabajo Social y Salud* (2002, núm. 43, p. 19 - 36) que constituye parte del monográfico “La acción social de la medicina y la construcción del sistema sanitario en la España contemporánea”.

<sup>4</sup> Aunque deben tenerse presente las campañas de vacunación local. Para profundizar sobre el tema ver: Perdiguero Gil et al. (2004): Una práctica inconstante: la vacunación contra la viruela en el Alicante del siglo XIX. *Asclepio*, vol. LVI, núm. 11, p. 111-144. Para una visión más general sobre la introducción y práctica de la vacunación en España ver los artículos del mismo número de la revista citada que conforman el monográfico titulado: *La vacunación antivariólica en España durante el siglo XIX*. En relación a la introducción de esta vacuna en la isla de Mallorca puede consultarse: Canaleta Safont, E. et al. (2008): De la inoculación a la vacuna: Mallorca de los siglos XVIII y XIX. En Perdiguero, E.; Vidal Hernández, J.M. (eds.). *Las vacunas: historia y actualidad*, Menorca: Institut d’Estudis Menorquins. p. 37-52.

<sup>5</sup> La educación sanitaria puede entenderse como el “[...] *suministro a la población de conocimientos médicos actualizados, es decir, algo similar a la popularización o divulgación sanitaria*” (Rodríguez Ocaña y Perdiguero Gil, 2006: 305).

incluyeron la construcción de un entramado de instituciones bien filantrópicas bien de auspicio público dedicadas al cuidado de la infancia, especialmente en términos de nutrición por medio del fomento de la lactancia materna. A su vez la denuncia ambiental perseguía forjar una conciencia colectiva sobre la problemática sanitaria dirigida mayormente a las esferas públicas con potestad de actuación. Es decir, la clase médica con su discurso forjó la opinión general sobre el estado de salud de la población y dirimió que elementos debían ser modificados para mejorar su estado. El contexto de producción de este discurso supuso una plataforma estratégica para formular unos determinados postulados en detrimento de otros. Esta estrategia resultaría provechosa cuando el discurso se transformaba en aplicaciones reales. Por lo tanto, su eficacia implicaría una correlación positiva entre el pensamiento médico hegemónico y las actuaciones de la Administración pública en materia de Salud Pública. Una relación muy interesante y que se puede lanzar como hipótesis para futuros trabajos dado que nuestro objeto de estudio es analizar los anclajes estratégicos de la clase médica utilizados para construir y modelar la conciencia social en relación a la salud.

La preocupación por la mortalidad infantil durante el siglo XIX se entendió por “[...] *la necesidad de frenar la pérdida de aquella forma de “riqueza nacional” que eran los obreros del mañana*” (Rodríguez Ocaña, 1996: 149) en un estado que en 1898 había perdido sus últimas colonias y en consecuencia se revistió de un “Regeneracionismo” de amplio espectro (Barona Vilar, 2007). Además facilitó el proceso de formación de la especialidad médica de la Pediatría (Medina Doménech y Rodríguez Ocaña, 1994) y de su versión social, la Puericultura. Ésta última partía de la finalidad de reglar la crianza infantil sobretodo con relación a la nutrición (Rodríguez Ocaña, 1996; Rodríguez Ocaña y Perdiguero Gil, 2006) y supuso “[...] *la expresión profesional de la campaña de prevención de la mortalidad infantil*” (Rodríguez Ocaña, 1998: 24).<sup>6</sup>

La intencionalidad social de este discurso en la ciudad de Palma se vehiculó básicamente a través de dos asociaciones científicas, la Real Academia de Medicina y Cirugía (1831 – actualidad) y del Colegio Médico-Farmacéutico (fundado en 1882 y precursor del actual Colegio de Médicos de Baleares).<sup>7</sup> Por obligación estatutaria el ingreso de socios y la inauguración del año académico suponían sendas alocuciones que normalmente fueron publicadas como folletos o como artículos de la *Revista Balear de Medicina, Farmacia y Veterinaria*, órgano del colegio que apareció por primera vez en enero de 1885 y en 1888 adoptó el nombre de *Revista Balear de Ciencias Médicas*. Publicaciones que nos permitirán acercarnos al discurso médico entorno a la lucha contra la mortalidad infantil. Estas disertaciones tenían una clara función expositiva y argumentativa con un uso constante de términos técnicos de la Medicina dado que sus

---

<sup>6</sup> En todo este desarrollo cabe entender la sustitución de la doctrina miasmática por la medicina de laboratorio que paulatinamente proporcionó el conocimiento de la etiología de muchas enfermedades y el triunfo de la mentalidad anatomoclínica que centró la aproximación a la enfermedad a partir de las lesiones o alteraciones de las formas anatómicas y no exclusivamente a través de sus síntomas (Sánchez González, 1999). A la vez la promulgación de toda una serie de leyes que pudieron reforzar las campañas sanitarias como por ejemplo la Ley de Protección a la Infancia de 1904 (Palacio Lis y Ruiz Rodrigo, 2002; Perdiguero Gil (compilador), 2004; Ramas Varo, 2001; Rodríguez Ocaña, 1998) pero también otras que se habían promulgado anteriormente con respecto al trabajo femenino e infantil (Ramas Varo, 2001). Este proceso proteccionista, con un cierto retraso en el caso español, fue fiel al movimiento internacional que se fue gestando en torno a la infancia (Dwork, 1987; Gijswijt-Hofstra, 2003; Meckel, 1990; Rollet, 2001).

<sup>7</sup> Ver: Tomás Monserrat, J. (1985): *Medicina y sociedad: el colegio de médicos de Baleares 1882-1982*. Palma: Colegio oficial de médicos de Baleares.

emisores y receptores eran profesionales de la salud. Aunque también pudieron tener una finalidad meramente descriptiva, sobretodo cuando el autor se limitaba a exponer la investigación de otros científicos. Tanto una finalidad como otro indican la ortodoxia de la práctica académica. Su extensión no superó las 15 páginas y siempre fueron escritas en castellano.

Aún así cabe observar una cierta diferencia en la temática de las disertaciones de las dos asociaciones. Las correspondientes a la Real Academia procedían de planteamientos más clínicos que nos remiten a cuestiones epidemiológicas o patológicas, la introducción de nuevas técnicas de diagnóstico o de nuevas terapias. En cambio, los discursos del colegio se alimentaban más de la Medicina Social centrándose en enfermedades sociales como la tuberculosis o el papel de la Medicina en la resolución de problemas sociales como la mortalidad infantil. Si bien la valoración de las diferentes perspectivas discursivas de las corporaciones no es nuestro objeto, apuntar que una mayor institucionalización de la Real Academia en la estructura sanitaria posibilitó estas dos ópticas. Además, muchos académicos también fueron socios del colegio simultaneando sus actividades científicas en una y otra institución.

Otras fuentes de gran importancia para nuestro estudio son materiales de divulgación sanitaria normalmente confeccionados por los mismos médicos. La temática y forma pudo ser muy diversa pero tenían una finalidad claramente didáctica dirigida a la modificación de la conducta ciudadana en relación a la salud. Su pretensión pedagógica procedía de la idea de prevención y en cierta manera capacitaba a los ciudadanos a evitar problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo. Desde una perspectiva de promoción de la salud se procuraban por ejemplo combatir las prácticas populares en salud. Unas prácticas que frecuentemente habían sido popularizadas por la propia clase médica (Perdiguero Gil, 1995). Por lo cual este tipo de documentos buscaba la interacción con el receptor. Un receptor que podría tener un perfil definido como el caso de las madres y las cartillas con consejos puericultores o ser el público en general. Las instituciones, asociaciones, etc. que promovieron este tipo de divulgación en la ciudad de Palma fueron varias y diversas. Desde las propias instancias públicas a asociaciones obreras o culturales, como son la *Associació per la Cultura de Mallorca* o el *Foment de la Dona* durante la Dictadura de Primo de Rivera y la Segunda República. El catalán fue a menudo su lengua vehicular seguramente como consecuencia de sus destinatarios.

Estas fuentes serán tratadas con un análisis de contenido situando al sujeto como concepto que para el presente estudio se identifica con la clase médica mallorquina que se constituyó en torno de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, como órgano consultivo y facultativo de la estructura sanitaria de la isla de Mallorca y del Colegio Médico-Farmacéutico a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. La finalidad de este tipo de análisis es formular inferencias que pueden ser reproducidas y validadas en su contexto, por ejemplo la Europa del ochocientos y novecientos en su transformación social (Aróstegui, 2001: 408). De esta manera “[...] *es recullen el significat i les interpretacions dels actors socials: les seves definicions, els seus marcs de referència, etc. Pretenen captar la totalitat de l'acció dels actors socials mateixos tal com l'entenen i la comprenen.*” (Brunet et al., 2002: 232).<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Para una explicación amplia y extensa sobre la investigación cualitativa y de su evolución en la literatura metodológica ver: Brunet, I. et al. (2002): *Tècniques d'investigació social*. Barcelona: Ed. Pòrtic, Biblioteca Universitària. Enciclopèdia Catalana, Universitat Rovira i Virgili. Sobretodo la parte

## 1. Combatir la mortalidad infantil a través del fomento de la lactancia materna.

“Amantarás á (sic) tu hijo bajo pena de ser mala madre siempre que puedas ó (sic) lo juzgue así el médico de tu hijo, porque deber ineludible de toda madre es criar á (sic) hijo.[...]” (Mir Mir, 1906)

La nutrición infantil a lo largo del último cuarto del siglo XIX complementó el discurso que se venía manteniendo alrededor de los problemas higiénicos como consecuencia de la insalubridad de las viviendas, la falta de cuidados maternos por la salida de la mujer al mercado laboral, la depauperización de la clase obrera y la herencia morbosa (Rodríguez Ocaña, 1996). Asimismo el médico Josep Cerdà Coll pronunció el discurso inaugural del año académico de 1900 del Colegio Médico-Farmacéutico de la ciudad de Palma con el título de *La necesidad de la lactancia materna*. Su disertación empezaba denunciando el abandono de su práctica en la ciudad de Palma. Manifestó que “[...] es moda ya en nuestra ciudad, el que las madres no amamanten á (sic) pequeñuelos, rompiendo uno de los preceptos del matrimonio, y arrastrando la serie de inconvenientes que lleva en pos de sí tal modo de obrar.”(p. 6). Aunque no especificó detenidamente los motivos del abandono, éstos pudieron ser consecuencia de la incorporación de la mano de obra femenina al proceso de Industrialización<sup>9</sup> o por algunos conceptos de belleza que se empezaron a difundir entre la burguesía, como el autor señalaba en su texto. También afirmaba que las mujeres rurales eran más saludables<sup>10</sup> y por lo tanto su leche era de mejor calidad dado que tenían una vida *activa y laboriosa* (p. 7). Resaltar que en el trasfondo de este discurso se percibe un tono moralizador producto del papel estipulado para la mujer de finales del siglo XIX y de buena parte del siglo XX, de esposa y madre.

Por lo tanto, los facultativos mallorquines, en consonancia con los del resto del Estado, abogaron por la lactancia materna en detrimento claramente de la lactancia mercenaria y la lactancia artificial sin causa médica justificada. La lactancia natural era explicada a partir de los beneficios que aportaba a la madre recién parida. Así, ésta servía para regularizar “[...] los fenómenos del estado puerperal, combate la predisposición á (sic) la hemorragia uterina, disminuye los sudores puerperales, previene las erupciones que á (sic) veces se presentan, disminuye la urgencia y congestión uterina post-partum, favorece el retorno de esta víscera á (sic) sus condiciones ordinarias, y tiene, en fin, para la madre todos los caracteres de una evacuación crítica (Losada Mulet, 1907:

---

3.2: *Procediments qualitius de recollida d'informació*, i el primer capítulo: *Investigació qualitativa*, p.: 229 – 255. Otras referencias de gran interés: Balcells Junyent, J. (1994): *La investigación social: introducción a los métodos y las técnicas*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; Brunet, I. et al. (2000): *Les tècniques d'investigació social i la seva aplicació*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Servei Lingüístic.

<sup>9</sup> Para una aproximación local sobre la participación de la mujer en el mercado laboral ver: Escartín Bisbal, J. M. (1997): *La dona en la Mallorca contemporània*. Palma: Documenta Balear o de la misma autora conjuntamente con Aina R. Serrano Espases señalar el capítulo *La dona i el món de la fàbrica a Mallorca* en el libro *Dones a les Illes: treball, esplai i ensenyament (1895-1945)* publicado en 1997.

<sup>10</sup> Sobre el estado de salud del mundo rural destacaremos el reciente artículo de M<sup>a</sup> Eugenia Galiana y Josep Bernabeu-Mestre, *El problema sanitario de España: Saneamiento y Medio Rural en los primeros decenios del siglo XX* en la revista *Asceplio* publicado en 2006 (volumen LVIII, p. 139 – 164). Afirman que el estado de salud de las poblaciones rurales no era tan sano como se preveía desde las ciudades, denuncia que realizaron algunos médicos e higienistas como nos presentan los autores en este artículo.

317).<sup>11</sup> A parte de estas ventajas físicas también se reseñaban otras de psicológicas. Y por supuesto se exponía el provecho para el niño ya que esta leche implicaba “[...] *como se producen relación con sus fuerzas digestivas, sufre modificaciones incesantes proporcionales al desarrollo progresivo de sus órganos, responde á todas sus necesidades, y está por completo en la perfecta armonía con las moléculas del organismo del niño*” (Losada Mulet, 1907: 318). Además era “[...] *la única medicina que puede contrarrestar la mortalidad de la primera infancia [...] y no es que dicha mortalidad sea un mito, horroriza enterarse de ella, y mucho más en determinadas comarcas*” (Cerdà, 1900: 10).

La tarea del médico no se limitó exclusivamente a la explicación de los motivos por los cuales era conveniente la lactancia materna sino también pautó su administración. Se aconsejó la cantidad de leche que debía ser suministrada en cada edad en condiciones normales de desarrollo del niño y sin la presencia de incapacidad física de la madre. Igualmente se especificó como y cuando debía ser efectuado el destete. Así, el también médico Josep Mir Mir (1883 – 1939)<sup>12</sup> en la redacción de una cartilla pedagógica de capacitación para las madres (1906) afirmaba que:

*“En reglamentar las horas de las tetadas está en el secreto de la higiene infantil. Tomará tu hijo el pecho ó (sic) el biberón cada dos horas, los dos primeros meses de su vida y solamente cada tres en los restantes hasta el destete, no dándole jamás más leche que la que pueda contener su estómago, pues en vez de vigorizarlo lo matarás. Durante la noche tomará alimento dos veces en los primeros meses y solamente una en los restantes”* (p. 2)

En esta misma cartilla también se regulaba la introducción de la alimentación complementaria. De esta manera: *“Hasta cumplido 3 años no probará tu hijo carne, frutas, café, ni vino y nunca comerá fuera de las horas reglamentarias, no haciéndolo ni tampoco en éstas con exceso”* (p. 7). Esta cartilla representa un ejemplo de material de divulgación que iba dirigido exclusivamente a las mujeres. Su finalidad era la de adoctrinarlas en la tarea de ser madres a través de un discurso en el cual el médico tenía un papel central en la crianza de los niños (Palacio Lis, 2003). A su vez tenía la pretensión de destronar cualquier tradición popular en salud (Bernabeu Mestre, 2002; Castejón et al., 2006; Perdiguero Gil y Bernabeu Mestre, 1997).

El uso de otro tipo de lactancia únicamente se justificó ante el padecimiento de la sífilis o la tuberculosis o la falta de secreción láctea. De esta manera se pudo recomendar una lactancia mercenaria o artificial. Para esta última el médico Josep Cerda (1900) en el mismo discurso que citábamos anteriormente explicaba como el proceso de pasteurización suponía un avance importante dado que:

*“[...] las doctrinas de Pasteur, que tienen a las ciencias biológicas una significación no inferior á (sic) la que tiene la luz en la vida orgánica, tanto es lo que deslumbran, tanto es lo que significan en todos los momentos de su desarrollo, han cambiado por completo la faz del problema; y hoy día, garantiendo la pureza de la leche y su esterilización, y cumpliéndose cuidadosamente algunas reglas al alcance de una mediana inteligencia y de una voluntad, la lactancia mixta es indudablemente*

---

<sup>11</sup> Eugeni Losada Mulet (1860 – 1923). Doctor en Medicina y Cirugía en 1880. Fue médico forense e inspector del Ayuntamiento de Palma. Miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía. Fue alcalde de Palma entre 1897 y 1899 (Gran Enciclopèdia de Mallorca, 1888 – 2004 – volumen 8: 136; Tomás Monserrat, 1985: 46).

<sup>12</sup> Se licenció en Medicina en la Universitat de Barcelona en 1905. Fue médico de la Inclusa Provincial y de la Casa de la Misericordia (Gran Enciclopèdia de Mallorca, 1888 – 2004 – volumen 11: 40).

*superior á (sic) la mercenaria, y la lactancia artificial sostiene como ésta una ruda y equilibrada competencia (p. 30).*

Aún así Enric Alabern, médico responsable de la creación de la Gota de Leche de Maó,<sup>13</sup> en su tesis doctoral, *Sobre lactancia artificial en las instituciones de puericultura y en la práctica privada* publicada en 1921 concluía que la lactancia artificial:

*“[...] hay que evitar[la] en lo posible, facilitando, fomentando y hasta creando, si así puede permitirse decir, la alimentación natural y específica de los niños, hasta tal punto que en la mentada Institución de Puericultura [Gota de leche de Maó] conseguimos reunir un mayor contingente de madres lactantes que de madres secas, encareciéndoles hasta la sugestión, a unas y otras, lo peligroso de la lactancia artificial y que los biberones allí preparados con leche esterilizada de vaca no son, a pesar de su cuidadosa y atenta preparación, lo mejor que puede darse a los críos privados del pecho, como ellas, las madres, pudieran tal vez creer, sino lo menos malo que puede ofrecérseles a falta de aquel, que es lo verdaderamente mejor.” (p. 13 – 14).*

Además en la tesis de Alabern también se mostraron los inconvenientes y beneficios del uso de la leche animal cruda, refiriéndose casi exclusivamente a la de vaca, y de la tratada con calor para los niños en quienes estaba contraindicada la leche materna o esterilizada. Por lo cual, el médico afirmaba que únicamente las condiciones de salud del niño y los medios técnicos disponibles eran los factores que dirimirían el uso de un tipo u otro de leche artificial. Aunque la leche esterilizada es *“[...] hoy por hoy, la más fácilmente obtenible y el alimento más calificado de los niños sanos en lactancia artificial”* (p. 75) dado que la leche cruda:

*“[...] está contraindicada en la mayoría de los niños más que nada por los peligros de su manejo, si ha de mantenerse, como debe mantenerse, aséptica hasta ingestión, y luego por el disparatado precio que alcanza en las capitales donde [no] se cuenta con recursos para las costosas instalaciones de producción más los gastos del personal idóneo y suficientemente ilustrado (técnico) para hacerse cargo de lo que es el estado aséptico, sabiéndolo obtener y mantener”.* (p. 41)

La esterilización de la leche era la técnica más utilizada en las gotas de leche españolas, lo cual reforzaba su utilización dada la reducción de la mortalidad que se había observado en este tipos de instituciones desde su implementación. No obstante, el médico Cerdá despreciaba el uso del biberón, no tanto por sus inconvenientes higiénicos (Fildes, 1998) sino porque:

*“[...] en la mayor parte de los alimentos que con él se administran son farináceos, no contienen más que fécula, siendo insuficientes para la alimentación, pues no se halla en ellos elemento alguno nitrogenado; además [...] la saliva de los niños no tiene la propiedad de digerir los feculentos, explicándose de este modo los trastornos intestinales que lleva á (sic) la mayoría de estos pequeñuelos al sepulcro; trastornos que se desarrollan especialmente en verano [...]”* (Cerdá, 1900: 9).

Por lo tanto, la lactancia artificial únicamente se justificó por prescripción médica y bajo su control en instituciones como las gotas de leche que explicaremos posteriormente como parte de las campañas puericultoras. Por lo que respecta a la lactancia mercenaria sólo se entendía en caso de ausencia o muerte de la madre o por la existencia de algún tipo de problema físico o de enfermedad que imposibilitase este proceso fisiológico de la madre. Aunque en el caso de los expósitos esta lactancia quedaba totalmente

---

<sup>13</sup> Ver: Montilla Salas, X. i Sureda Garcia, B. (2008): *La gota de llet: protecció a la infància i educació social a la Menorca contemporània*. Maó: Institut Menorquí d'Estudis.

argumentada por lo cual el sistema de crianza de las inclusas se fundamentó en el uso de nodrizas tanto internas como externas. No obstante, las amas privadas eran duramente criticadas ya que según los médicos sólo tenían la pretensión de “[...] *ganar dinero; poco le importa todo lo demás; ella sabe que la leche es mala, pero el egoísmo (sic) se sobrepone, verdad es que el médico puede reconocerlas, pero no siempre se prestan [...]*” (Mir Mir, 1906: 11). Esta práctica no sólo fue criminalizada por el hecho de que la nodriza comercializaba con su leche sino que también implicaba una negligencia en la crianza de su propio hijo. La clase médica también alertó que la nodriza podía ser fuente de transmisión de enfermedades. Por todo ello esta clase clamó la necesidad de regular este tipo de lactancia, “*Aquí todos sabeis (sic) como abundan, pero es lástima que al menos no estén reglamentadas, y se evitaría alguno de los muchos abusos que todos conoceis (sic)*” (Mir Mir, 1906: 12). Aunque no fue hasta la primera ley de protección a la infancia (1904) cuando se reguló.

## **2. Las campañas puericultoras, la praxis del discurso médico.**

Las campañas puericultoras fueron iniciadas en España en 1902 con la apertura de las denominadas Gotas de Leche (Rodríguez Ocaña et al., 1985; Rodríguez Ocaña, 1998: 24). La Gota de Leche de la ciudad de Palma se inauguró en enero de 1907 bajo la dirección del médico Josep Mir Mir. Este médico, inspirador de la institución local, nos dejó algunas conferencias como *Los consultorios de niños de pecho y la gota de leche* pronunciada en el Círculo de Obreros Católicos de la ciudad de Palma el 20 de junio de 1906. En la disertación justificó la utilidad de estas instituciones porque servían para “[...] *imponer la Higiene como única ciencia capaz de prevenir ciertas enfermedades de la infancia, en particular su mayor enemigo, el verdadero Herodes de nuestros días, la guillotina de nuestro siglo, la diarrea.*” (p. 7).

Las gotas de leche, entre otras funciones, eran un servicio de dispensa de leche sin la pretensión de sustituir la lactancia materna ni tampoco “[...] *sin relegar la lactancia mercenaria, [sino que] facilita leche de la mejor calidad y convenientemente preparada, á (sic) aquellas madres que á (sic) juicio del médico no pueden amamantar á (sic) su hijo, por su secreción láctea insuficiente, por ser esta de mala calidad, ó (sic) por carecer de ella en absoluto*” (Mir Mir, 1906: 9-10). La leche despachada debía ser de vaca previamente tratada con agua, cloruro de sodio y azúcar, después filtrada, embotellada en biberones y esterilizada.

Los niños atendidos en estos consultorios eran convenientemente registrados en fichas individuales que contenían el nombre, la fecha de nacimiento, la edad de los padres, número de hermanos, antecedentes clínicos tanto propios como familiares y el peso. Medida que era actualizada semanalmente dada su gran importancia según el propio creador de la institución local: “*El peso es el mejor guía que nos demuestra la salud del niño y su verdadero estado de nutrición; niño que no aumenta en peso, es niño enfermo*” (Mir Mir, 1906: 11). Éste, a su vez, era considerado un indicador de buena salud como rezaba la cartilla higiénica anteriormente citada. En caso de enfermedad estos niños eran visitados por un médico aunque si presentaban un cuadro infeccioso por sarampión, viruela o tos ferina no podían acudir al consultorio para evitar el contagio a otros niños.

Otra gran función de los consultorios de niños de pecho fue la divulgación higiénico-sanitaria a través de las *Escuelas de Madres* a la cual debían asistir “[...] *un día*



*determinado de la semana todas las madres ó (sic) encargadas de la lactancia de los niños, á (sic) la consulta que se hace en común, y en alta voz para que resulte más práctica con el ejemplo.”* (Mir Mir, 1906: 11). Los fondos económicos del consultorio se obtenían por suscripción popular en forma de socios protectores permanentes y de subvenciones del Ayuntamiento de la ciudad y de la Diputación Provincial.

Aún así en la ciudad de Palma desde 1895 existía la *Sociedad de Protección a la Infancia* organizada por el abogado y político mallorquín Alexandre Rosselló (1853 – 1923). Tenía la misma finalidad filantrópica de las gotas de leche. Su objeto era el de:

1. *Procurar lactancia á (sic) los niños de familias pobres que no tengan derecho de ser atendidos por la Exma. Diputación provincial según lo dispuesto en el art. 5 del Reglamento de la Inclusa de Palma.*
2. *Proteger á (sic) los niños de toda clase y condición contra el abandono, la miseria, los malos tratamientos y los ejemplos de inmoralidad.*
3. *Fomentar la educación de la infancia por todos los medios que estén al alcance de la Sociedad.*
4. *Popularizar en las familias los preceptos más útiles, higiénicos y morales, en armonía con los preceptos religiosos.*

Una sociedad que aparentemente sólo se ocupó de socorros a la lactancia sin ningún tipo de atención sanitaria para los niños como sí dispusieron las gotas de leche. El tipo de lactancia que preconizó esta sociedad fue la mercenaria con una duración de 18 meses. El reclutamiento de las nodrizas era realizado por parte de una *Comisión ejecutiva* con el beneplácito de una *Junta de señoras*. Posiblemente la comisión contaba entre sus miembros con algún médico dado que una de sus potestades era la inspección de las nodrizas. Esta asociación sirvió para cubrir un espacio asistencial yermo en un momento en que este tipo de servicios únicamente se proferían a la infancia abandonada a través de las Inclusas. Aún y su carácter filantrópico existió la posibilidad de la cofinanciación de la lactancia entre la familia y la asociación por dictamen de la anterior comisión.<sup>14</sup>

Sus estatutos también disponían la posibilidad de instalar asilos marítimos, salas-cunas, *patronato de aprendices*, hospitales, hospicios y escuelas. De todas estas iniciativas únicamente hemos podido documentar la existencia de asilos-cunas aunque de autoridad religiosa. En 1903 fue inaugurado el *Asilo Cuna del Niño Jesús* con carácter filantrópico auspiciado por Margalida Caimari en el sí de la asociación *Obreras de San José*. La justificación del asilo venía determinada por la evidente incorporación de la mujer al mercado laboral, una mujer que también era madre, en una ciudad donde:

*“[...] el número de madres jornaleras, á (sic) quienes el desempeño de los diversos oficios propios de la mujer, obliga á (sic) salir de sus casas para ganar el cotidiano jornal y sumando á (sic) estas las que concurren á (sic) fábricas y talleres, dan un crecido contingente de pobres madres puestas en el trance de abandonar sus hogares y por ende, á (sic) sus pequeñuelos, en los débiles brazos de niñas de pocos años, ó (sic) hacinados en miserables, húmedas viviendas, encomendados á los mercenarios cuidados de alguna anciana de la vecindad”* (p. 3).<sup>15</sup>

Este asilo ofrecía un servicio que no tenía parangón en la esfera pública. Al ser una asociación obrera no criminalizó a la mujer trabajadora como sí se pertrechó en el

---

<sup>14</sup> Artículo 10º del Reglamento de la Sociedad Protectora de la Infancia. Palma: Escuela-Tipográfica Provincial, 1895.

<sup>15</sup> *Boletín de los Asilos Cuna del Niño Jesús de Palma y Santa Catalina: para acoger y cuidar durante el día niños en lactancia y párvulos pobres*, 1909.

discurso médico aunque sí se la victimizó como consecuencia de la situación económica, es decir del modo de producción industrial. Este asilo se ubicó en uno de los barrios más populares de la ciudad, concretamente en la calle Alfarería número 4. Tanto la Diputación Provincial como el Monte de Piedad y Casa de Ahorros de las Baleares contribuyeron a su sostenimiento económico y fue gestionado por un patronato fundado a tal efecto.

En 1907 se fundó otro asilo de este tipo en el barrio de Santa Catalina. Su sostén económico en parte se debía a la cuota pagada por las madres de una peseta mensual. Este asilo contaba con un importante número de médicos protectores, muchos de los cuales hemos citado como configuradores del discurso médico-social mallorquín, por ejemplo: Marià Aguiló, Tomàs Darder, Domingo Escafi, Josep Martí Ventosa, Antoni Mayol, Josep Mir Mir, Josep Mir Peña, Gabriel Oliver, Bernat Riera y Bernat Roca. Estos asilos que fueron creados a imagen y semejanza de la *Crèches* francesas fueron largamente recomendados por los médicos mallorquines. Así el facultativo Marià Aguiló Cortès (1852 – 1924)<sup>16</sup> en una alocución pronunciada en la *Juventud Católica* el 25 de marzo de 1883 manifestaba que este tipo de asilos permitían “[...] *proporcionar al hijo del obrero un aire puro, al propio tiempo que una alimentación sana, suficiente y apropiada á (sic) su edad, una temperatura constante, limpieza y cuidados no interrumpidos, como también dejar libre á (sic) la madre todo el tiempo que reclama su trabajo, y hacer que pueda entregarse á (sic) él con entera tranquilidad [...]*” (Aguiló Cortès, 1903: 7).

Para completar este apartado nos queda mencionar como afectó localmente la promulgación de la primera ley de protección a la infancia a 1904 la cual había sido largamente anhelada por la clase médica mallorquina. Prueba de ello es que el Colegio Médico-Farmacéutico de la ciudad de Palma inauguró el año académico de 1904 con el discurso titulado *Concepto higiénico-social de la protección de la infancia* de Bernat Riera Alemany (1874 – 1926)<sup>17</sup>. Con este parlamento se inquirió que la ley de protección no se demorase más y calificó a Manuel Tolosa<sup>18</sup>, inspirador de la ley en España, de “[...] *apóstol de la idea en España y, si no mienten los periódicos al anunciar tareas preparatorias del actual ministerio, quizás esté reservado á un mallorquín ilustre el llevarla á la práctica.*” (p. 37) refiriéndose al abogado y político Antoni Maura, que también fue ministro. A su vez en su discurso manifestó los beneficios que una ley semejante había producido en Francia. El autor suponía que la ley debía corregir “[...] *perniciosos errores de las costumbres*” a más de impedir “[...] *las inicuas usurpaciones a que se presta el abuso de las amas convertidas en materia de industria productiva.*”

---

<sup>16</sup> Licenciado por la Universitat de Barcelona en 1876. Fue uno de los médicos de la Inclusa. Impulsor de la creación del Colegio Médico-Farmacéutico y tuvo varios cargos relacionados con su revista. Fue presidente del Colegio de Médicos entre 1911 y 1912 (Gran Enciclopèdia de Mallorca, 1888 – 2004 – volumen 1: 40 – 41; Tomás Monserrat, 1985: 25).

<sup>17</sup> Médico militar del Hospital Militar de Palma. Fue presidente de la Real Academia de Medicina de Baleares (Gran Enciclopèdia de Mallorca, 1888 – 2004 – volumen 14: 300).

<sup>18</sup> La primera ley de protección a la infancia fue aprobada en España el 12 de agosto de 1904 gestada en el seno de la Sociedad Española de Higiene principalmente de la mano de Manuel Tolosa desde 1900 en un contexto favorable fruto del Congreso Internacional de Higiene y Demografía que se había celebrado en Madrid en 1898. Una de las principales conclusiones del congreso fue la necesidad de que leyes de este tipo debían ser promulgadas en toda Europa (Perdigueru Gil y Robles González, 2004).

De hecho la ley de protección de 1904 que pretendía resguardar la salud física y moral de los menores de 15 años entre sus cometidos particulares se hallaba el de vigilar la lactancia mercenaria. Además de prestar atención a las casas-cuna, los asilos, las escuelas, los talleres y a la institución benéfica por excelencia de la infancia abandonada, la Inclusa. Sus funciones fueron establecidas definitivamente mediante un reglamento publicado en 1908. Sus objetivos fueron los siguientes:

1. *La protección y amparo a la mujer embarazada.*
2. *La reglamentación y vigilancia de la lactancia mercenaria.*
3. *La inspección de las casas-cunas, escuelas, talleres, asilos, espectáculos y cuantos centros alberguen niños.*
4. *La investigación de los daños, sevicios y explotaciones de que puedan ser objeto los niños, con o sin padres*
5. *La denuncia y persecución de los delitos contra menores.*
6. *El amparo de los niños moralmente abandonados, recogidos de la vía pública y procurándoles una educación protectora.*
7. *La corrección paternal de los niños rebeldes, incorregibles o delincuentes.*
8. *La educación e instrucción de los anormales.*
9. *La vigilancia del cumplimiento de las leyes protectoras vigentes.*
10. *Las reformas legislativas oportunas en favor de los niños y la creación de una Liga internacional de protección a la infancia.*

Si la publicación del reglamento de la ley ya había sufrido un considerable retraso en su disposición más lo sufrió la constitución de las juntas locales de organización que la ley general había previsto. La Junta Provincial de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad de las Baleares fue constituida definitivamente el 16 de marzo de 1911 por requerimiento de la Real Orden de 8 de febrero de 1911.<sup>19</sup> Así en el acta de constitución se manifestó que “*Ahora la situación de la Junta es distinta, cuenta con recursos propios y por lo tanto está llamada á (sic) tener mucha importancia realizando de una manera práctica la humanitaria misión que le está encomendada*”.<sup>20</sup> Prueba de que con anterioridad la junta local ya había sido constituida. Las juntas locales fueron divididas en cinco secciones: *Puericultura y Primera Infancia, Higiene y Educación Protectora, Mendicidad y Vagancia, Patronato y Corrección Paternal* y como última sección la denominada, *Jurídica y Legislativa*.

La primera sección, *Puericultura y Primera Infancia*, reportó mensualmente el número de niños protegidos bajo su auspicio institucional. De esta manera en el *Boletín de Estadística Municipal de Palma* se puede consultar el número de niños que eran atendidos en la Gota de leche de Palma a más de los litros de leche que eran despachados mes a mes.

---

<sup>19</sup> La Real Orden de 8 de febrero de 1911 disponía en su primer artículo que: [...] *se procederá por los Gobernadores y Alcaldes á constituir inmediatamente, si ya no lo estuvieran, las Juntas provinciales y locales de Protección á la Infancia y Represión de la Mendicidad, atendiéndose al efecto á los preceptos de la Ley de 12 de Agosto de 1904, Real Decreto de 24 de Enero de 1903 y Real orden del 28 de Febrero del mismo año.* Gazeta de Madrid, 09/02/1911.

<sup>20</sup> Acta de Constitución de la Junta Provincial de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad de Baleares, 17/03/1911. Guía de la Junta Provincial de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad. *Pro Infantia*. 1911. Palma: Imprenta de Rotger.

### 3. El medio y la mortalidad, las ‘necesidades higiénicas’ de la ciudad.

Las ‘necesidades higiénicas’ de la ciudad de Palma fueron mostradas por la clase médica a través de cálculos demográficos y epidemiológicos.<sup>21</sup> Éstos fueron leídos desde una óptica catastrofista con lo cual el estado sanitario se entendió de deplorable y así su intervención quedaba justificada. Estos médicos se encargaron de marcar las líneas de actuación para mejorar este estado proponiendo la actuación pública en materia de Salud Pública junto a recomendaciones de Higiene Privada.<sup>22</sup> Claro está que este discurso no tenía por objeto/destinatario únicamente a la infancia pero sí al conjunto general de la población.

Esta actuación pública considerada de reforma pública recibió el apelativo general de *Saneamiento de Palma* como utilizó el médico Bernat Riera Alemany como título global de 5 conferencias que pronunció en el Colegio Médico-Farmacéutico entre 1900 y 1902. Esta asociación fue la plataforma que utilizó la clase médica mallorquina para plantear esta reforma bajo los siguientes términos:

“La población urbana en suma, está amenazada en cuanto respecta á (sic) las condiciones que le dan este calificativo:

1º Por la infección del suelo y del agua.

2º Por las alteraciones comunes ó (sic) específicas de la atmósfera.

3º Por la imperiosidad relativa de recursos alimenticios, y

---

<sup>21</sup> Contrariamente los médicos mallorquines desatendieron la cuantificación de la mortalidad infantil a diferencia por ejemplo del médico catalán Lluís Comenge (1854 – 1916) que en 1900 publicó su estudio *la Mortalidad infantil de Barcelona según las clases sociales* (Rodríguez Ocaña, 1986). Por su lado, la Sociedad Española de Higiene desde su constitución en 1881 entendió la correlación positiva entre la poca vitalidad del crecimiento de la población española y la alta mortalidad en la infancia. De aquí que en 1885 esta sociedad promovió el estudio del también médico Juan Aguirre y Barrio, *la Mortalidad de la primera infancia. Causas y medios de atenuarla* (Periguero, Robles González, 2004). La lista de este tipo de estudios podría ampliarse con algunas publicaciones más pero tampoco es nuestro objetivo revisar este tipo de producción.

<sup>22</sup> La importancia de las actuaciones públicas en materia de Salud Pública como factor determinante del descenso de la mortalidad ha sido referida en mucho de los trabajos de Simon Szreter (1988, 1992, 1994, 1997, 2000, 2001, 2002a y 2002b). Destacaremos una cita de su primer trabajo sobre el tema (1988): “*The public health movement working through local government, rather than nutritional improvements through rising living standards, should be seen as the true moving force behind the decline of mortality*” en un intento de acallar la argumentación de Mckeown (1976) por la no efectividad de la medicina durante la Transición Demográfica. Una medicina que se asimiló casi exclusivamente con la terapéutica. Con relación a la políticas municipales de reforma urbana destacaremos el artículo de Salas Vives, P. (2002): *Les obres públiques a Mallorca durant el segle XIX. Consideracions sobre l’acció de l’administració pública a l’època contemporània. Mayurca*, vol. 28, p. 53-74 por su localización geográfica aunque su base de estudio es parte de la población rural de la isla. También citar los trabajos de Josep Lluís Barona para la realidad valenciana: (2002): *Política urbanística i higiene de les ciutats. La societat valenciana en el trànsit al segle XX. Gimbernat*, vol. 38, p. 223-238; (2002): *Salud, enfermedad y muerte. La sociedad valenciana entre 1833 y 1939*, Valencia: Institució Alfons el Magnànim. Conjuntamente con E. Barea (1996) *Mort i malaltia a la ciutat de Valencia (1901-1920)*. En Barona, J. L.; Micó, J (eds) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. Valencia, Seminari d’Estudis sobre la Ciència/Universitat de Valencia, p. 225-237. También citamos: Barona, J. L.; Perdiguer, E. (eds.) *Medi ambient i salut. Una perspectiva històrica*. Sueca, Seminari d’Estudis sobre la Ciència/Ajuntament de Sueca, 2001; Bernabeu, J.; Barona, J. L. (2001): *La divulgació de la ciència entre els moviments socials i la seua reinterpretació en la premsa llibertària (1923-1937)*. En Brumme, J. *La divulgació de la ciència*. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, 2001 y Bernabeu, J.; Espulgues, J. X.; Robles, E. (eds.) *Higiene i salubritat en els municipis valencians (1813-1939)*. Benissa, Seminari d’Estudis sobre la Ciència/Institut d’Estudis Comarcals de la Marina Alta, 1997. O un trabajo reciente de Carme Barona Vilar (2006) titulado *Las políticas de salud: la sanidad valenciana entre 1855 y 1936* publicado por la Universitat de València.

*4º Por la multiplicidad de contactos entre personas y entre personas y cosas, como dato de progresión de afectos contagiosos cuando sus gérmenes lleguen al grupo.[...]" (Riera, 1891: 229).*

Con la utilización de la terminología médica de infección y alteración el médico anterior justificó la actuación sobre el alcantarillado, la canalización del agua potable, la inspección de mercados de productos alimentarios y mataderos y el sistema de limpieza de las vías públicas. Pero también se ocupó de la esfera privada a través de la denuncia del hacinamiento en las viviendas y la ubicación de las fosas sépticas. Es decir, unieron la Higiene Pública y la Privada con la intención de que:

*"[...] la profilaxis individual sería la vanguardia de la oficial, y ambas constituirían un preservativo eficaz, porque si bien la profilaxis pública es siempre menor que la privada, los dos se complementan y hacen una profilaxis absoluta [...]. La profilaxis privada es superior á (sic) la oficial, porque no pueden responder en absoluto los Poderes públicos, aunque tengan montados á (sic) la perfección, que es mucho tener, un sistema de desinfección y saneamiento, y aunque esté la población en las mejores condiciones higiénicas imaginables" (Oliver Mulet, 1902: 13 – 14).<sup>23</sup>*

Unas palabras que justificaban la intervención médica en la divulgación de los preceptos higiénicos para la concienciación de la sociedad palmesana de la necesidad de una reforma sanitaria. Una concienciación que ya se venía fraguando desde hacía un tiempo dado que en marzo de 1893 el Colegio Médico-Farmacéutico inició un ciclo de 13 conferencias, 3 se dedicaron a la *Higiene Pública de la ciudad de Palma* a cargo del médico Bartomeu Bordoy Gelabert (1831 - 1906)<sup>24</sup> y otras 3 tituladas genéricamente como la *Reforma Sanitaria de Palma* fueron dadas por Joan Munar Bennàssar (1846 - 1911).<sup>25</sup>

En este discurso sobre la reforma sanitaria de la ciudad que únicamente hemos esbozado no puede dejarse de mencionar un elemento recurrente que utilizó la clase médica mallorquina: el derribo de las murallas. Esta cuestión puede ser considerada como el ejemplo paradigmático de la creación de un estado de opinión docto en relación a un problema sanitario por parte de esta clase. Un problema que fue denunciado no únicamente desde el Colegio Médico-Farmacéutico sino también desde la Real Academia de Medicina y Cirugía. Aunque no por esto dejaron de oírse voces discordantes como la del médico Bartomeu Bordoy Gelabert que bajo principios miasmáticos argumentaba la no necesidad de su derrumbe en su conferencia *Higiene Pública en la ciudad de Palma* publicada en 1893. El derribo no fue efectivo hasta 1902. Los argumentos de carácter sanitario esgrimidos a su favor eran higiénicos pero

---

<sup>23</sup> Gabriel Oliver Mulet (1847 – 1934) se doctoró en Medicina en la Universitat de Barcelona en 1871. Fue alcalde de la ciudad de Palma entre 1877 y 1878 y médico municipal entre 1919 – 1934. Fue académico numerario de la Real Academia de Medicina y Cirugía al igual que miembro del Colegio Médico – Farmacéutico. Colaboró activamente en la Revista Balear de Ciencias Médicas (Gran Enciclopèdia de Mallorca, 1888 – 2004 – volumen 2: 210 – 211; Tomás Monserrat, 1985: 39)..

<sup>24</sup> Estudió Medicina en la Universitat de Barcelona según título expedido en Madrid el 1 de septiembre de 1854. Fue académico numerario y vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma. Al igual que director de la revista del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma (Gran Enciclopèdia de Mallorca, 1888 – 2004 – volumen 12: 73; Tomás Monserrat, 1985: 39 - 40).

<sup>25</sup> Se licenció en Medicina en la Universidad Central en 1871. Fue profesor de anatomía e higiene en la Institución Mallorquina de Enseñamiento, vicepresidente de la Sección de Ciencias del Ateneo Balear, inspector de sanidad, vicepresidente del Colegio de Médicos de Baleares y presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma. En 1880 fue nombrado regidor del Ayuntamiento de Palma (Gran Enciclopèdia de Mallorca, 1888 – 2004 – volumen 11: 244 - 245; Tomás Monserrat, 1985: 40).

también demográficos dado el crecimiento de la población de la ciudad de Palma que había experimentado desde finales del siglo XVIII.<sup>26</sup>

Toda esta reforma sanitaria se justificó con los resultados del perfil epidemiológico de la ciudad a través de la cuantificación de la mortalidad por enfermedades como la fiebre tifoidea, una de las enfermedades consideradas de evitables por su conocimiento etiológico. Destacaremos dos estudios que utilizaron dicha enfermedad como parte de su justificación discursiva. El primero de éstos se tituló *Enfermedades infecciosas en la ciudad de Palma durante el invierno de 1899* un dictamen realizado en el sí de la Real Academia de Medicina y Cirugía por petición del Ayuntamiento de la ciudad con la intención de conocer *las enfermedades reinantes en esta capital*. Su autor fue el médico Enric Fajarnés Tur (1858 – 1934).<sup>27</sup> Para establecer el perfil epidemiológico no únicamente se sirvió del número de defunciones por dicha causa sino que utilizó todas aquellas acaecidas por causa infecto-contagiosa para el periodo 1880 – 1894 en un ejercicio de demostración del número de defunciones que podían evitarse. En cuanto a la fiebre tifoidea manifestaba que en el momento no revestía de gravedad pero se había convertido en una enfermedad endémica de la ciudad como consecuencia de “[...] *la incuria y la ignorancia higiénicas [las cuales] han colocado la población en un estado lastimoso, que hubiera podido evitarse obrando con previsión, atendiendo los sanos consejos de la ciencia y dedicando á los servicios de policía sanitaria urbana de Palma, los cuidados que necesitan las poblaciones modernas*” (Fajarnés Tur, 1900: 7). Su erradicación pasaba por el examen bacteriológico de las aguas públicas y privadas, por la desinfección del alcantarillado, por la declaración obligatoria de la enfermedad y de todas aquellas enfermedades gastrointestinales y por el aislamiento de los enfermos. Y todo ello tendría fácil cumplimiento dentro de un reglamento de policía sanitaria urbana bajo la dirección de los médicos municipales, el cual no existía.

El segundo estudio referido formó parte de un compendio de cinco conferencias tituladas por el médico Bernat Riera Alemany como el *Saneamiento de Palma*, un título que ya citábamos anteriormente. Su aproximación cuantitativa mediante el número de defunciones por fiebre tifoidea sirvió para establecer el número de dietas laborales perdidas en la ciudad de Palma afirmando que por culpa de la enfermedad anualmente se dejaban de percibir 12.500. También asignó un valor monetario a cada vida perdida con el propósito de mostrar que la inversión pública en materia de Salud Pública sería menos costosa que el valor de las vidas perdidas. Por esto:

*“Aunque cotize (sic) modestamente en 1.000 pesetas el precio medio del palmesano y no dé a su actividad en el trabajo colectivo un valor medio superior á (sic) 3 pesetas, siempre resultará que las 300 muertes evitables que suceden al año suponen al capital colectivo una pérdida de 300.000 pesetas; que los 30 mil jornales no realizados por razón de enfermedad evitable suponen 90.000 pesetas más perdidas del propio capital, suma que puede aumentar en 40.000 pesetas más atendiendo al trabajo perdido por los enfermeros, y finalmente, que los gastos de 3.000 enfermedades que la higiene pudiera ahorrar calculados sencillamente por una mediana de 40 pesetas – cantidad poco crecida habiendo calculado á (sic) las enfermedades una duración de 10 días- formalizan otra partida de 120.000 que ha de sumarse a las anteriores, operación*

<sup>26</sup> La ciudad de Palma en 1787 tenía poco más de 34.000 habitantes, en 1860 contaba con más de 50.000.

<sup>27</sup> Para una aproximación a la figura de este médico ibicenco que puede ser calificado como el padre de la demografía balear a más del de la historia de la medicina ver: *Enric Fajarnés i Tur (1858 – 1934) entre la demografía i la història* editat per Ernest Prats y Joana Maria Pujadas publicado en Palma en 2008 por parte de la Conselleria d’Economia, Hisenda i Innovació en la colección ‘La ciència a les Illes Balears’.

*que da un resultado de 550.000 pesetas anuales, que precisa abonar si hemos de ser lógicos en los presupuestos que se formulen para realizar el saneamiento de esta ciudad, tan imperiosamente reclamado”* (Riera Alemany, 1902: 26 – 27).

En definitiva, en la construcción de la profesión médica que pasó por la justificación de su función en el binomio curación – prevención en un modelo biomédico en el cual primaba la enfermedad frente a la salud (Menéndez, 2005) la clase médica mallorquina utilizó la modificación del medio ambiente. Su intervención según el médico Bartomeu Bordoy Gelabert se entendía porque:

*“[...] solamente los Médicos tiene la exclusiva para formular juicios científicos en todo lo relativo a la Higiene, porque la Medicina es la única Ciencia que exige en su programa oficial el aprobado de esta rama de sus estudios, para ejercerla con título y derecho profesional. Que todas las demás Ciencias, incluso la Química, caen en el intrusismo cuando emiten conclusiones higiénicas no admitidas en la enseñanza oficial de la Medicina [...]”* (Bordoy Gelabert, 1893: v-vi).

Una afirmación un tanto absoluta que no coincidió con la del resto de la clase médica ya que ésta aunque dominante en el proceso de creación de un estado de opinión sanitario supo reconocer la tarea de otros higienistas que no eran profesionales de la salud como es el caso del ingeniero Eusebi Estada (1843 – 1917). Autor de una valiosísima obra, *La ciudad de Palma: su industria, sus fortificaciones, sus condiciones sanitarias y su ensanche, con un apéndice (sic) sobre las condiciones que han de reunir las viviendas para ser saludables* (1885), la cual fue constantemente citada por los médicos mallorquines y frecuentemente utilizada como piedra angular en la presentación de las necesidades higiénicas de la ciudad. Esta reciprocidad fue expresada por el propio Eusebi Estada de la siguiente manera:

*“La clase médica ha respondido cumplidamente a este movimiento de la opinión y lo ha alentado con su inagotable autoridad en materias sanitarias, ya en los discursos leídos en la Academia de Medicina y colegio Médico-Farmacéutico, ya al emprender esta última corporación el estudio de la Topografía médica de Palma, ya en los artículos publicados en la Revista Balear de Ciencias Médicas sobre higiene y estadística demográfico-sanitaria, ya en fin, reconociendo explícitamente en un documento oficial publicado en el Boletín de la provincia, en el informe sobre el modo de combatir la difteria: la perniciosa influencia que sobre la salud pública ejercen las malas condiciones del alcantarillado y del abastecimiento de aguas de las poblaciones, factores importantes en la etiología de las enfermedades contagiosas”* (Estada, 1885: XVI).<sup>28</sup>

#### **4. Valoraciones finales**

La medicalización definida como la intervención sobre la salud de la población (Foucault, 1985) se puede entender como una consecuencia del discurso profesional del sector médico que generó el principal estado de opinión sobre los problemas sanitarios como hemos ejemplificado anteriormente. La justificación de su identidad como clase profesional junto al hecho de conferir legitimidad científica a la intervención pública en la salud colectiva explicarían su visibilidad en el proceso. Su discurso estuvo teñido de

---

<sup>28</sup> Citado por J. Oliver Jaume (2002) en la comunicación titulada *Urbanisme, societat i educació. La construcció social de la realitat a partir de l'enderrocament de les murades de Palma (1902)* presentada en la IX Conferencia de Sociología de la Educación, Las reformas educativas en la España actual. Celebrada en Palma entre el 19 y 21 de setiembre de 2002.

una intencionalidad social producto de la llamada ‘Medicina Social’ que se vehiculó a través de las asociaciones científicas principalmente del Colegio Médico-Farmacéutico.

La cuestión de la nutrición fue parte fundamental de este discurso juntamente al mantenido en torno a los problemas higiénicos. La lactancia materna motivó la confección de material divulgativo destinado a las mujeres con la función de adoctrinarlas en la tarea de ser madres. De manera que el médico adquiría un papel central en el proceso de crianza de los niños sobretodo con la intención de combatir las costumbres populares en salud. A su vez el movimiento puericultor promovió la creación de toda una serie de servicios que cuidaban la nutrición infantil como las Gotas de Leche que en Palma se inauguró en 1907. Aunque también se contaron con otras instituciones como la *Sociedad Protectora de la Infancia* que había sido fundada a finales del siglo XX o los asilos-cunas creados en barrios obreros a imagen y semejanza de las *Crèches* franceses.

La cuantificación demográfica y epidemiológica fue utilizada casi exclusivamente como parte de un discurso médico que perseguía la eliminación de los riesgos para la salud en materia ambiental. Una aproximación que en cierta manera ya había sido preconizada por la teoría miasmática aunque el conocimiento de la etiología de muchas enfermedades gracias a la medicina de laboratorio justificó reformas urbanas como la canalización del agua potable y la construcción del alcantarillado. La singularidad de este tipo de discurso recayó en el énfasis prolongado en torno al derribo de las murallas de la ciudad, el cual no se produjo definitivamente hasta 1902.

## 5. Fuentes utilizadas.

Aguiló Cortès, M. (1903): *Importancia de las Crèches ó Casas-cunas : discurso leído en la Juventud Católica la noche del 25 de marzo de 1883*. Palma : Tipografía de Felipe Guasp.

Alabern, E. (1921): *Sobre la lactancia artificial en las Instituciones de Puericultura y en la Práctica Privada*. Palma: Tipografía de Amengual y Muntaner.

Bordoy Gelabert, B. (1893): *La higiene pública en la ciudad de Palma*. Palma: Tipografía de J. Tous.

Cerdà Coll, J. (1900): *Necesidad de lactancia materna*. Palma: Tipografía Hijas de Juan Colomar y Salas.

Estada Sureda, E. (1885): *La Ciudad de Palma : su industria, sus fortificaciones, sus condiciones sanitarias y su ensanche, con un apéndice sobre las condiciones que han de reunir las viviendas para ser salubres* Palma: Tipografía de Viuda e Hijos de Pedro J. Gelabert.

Fajarnés Tur, E. (1900): *Enfermedades infecciosas en la ciudad de Palma durante el invierno de 1899*. Palma: Imprenta de las Hijas de Juan Colomar.

Mir Mir, J. (1906): *Cartilla higiénica para los niños que debe seguir toda madre*. Palma: Tipografía de las Hijas de J. Colomar.



Munar Bennasar, J. (1898): *Abastecimiento de aguas y alcantarillado de la ciudad de Palma*. Palma: Tipografía Hijas de Juan Colomar y Salas.

Riera Alemany, B. (1902): El saneamiento de Palma. *Revista Balear de Ciencias Médicas*, vol. 23, p. 1-14, 25-36, 49-63, 73-84.

Riera Alemany, B. (1904): Concepto higiénico social de la protección a la infancia. *Revista Balear de Ciencias Médicas*, vol. 26, p. 169-176; 245-254; 289-299; 313-317.

## **6. Bibliografía citada.**

Arbelo Curbelo, A. (1962): *La mortalidad en la infancia en España, 1901 - 1950*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Arostegui, J. (2001): *La investigación histórica: teoría y método*. Barcelona: Crítica.

Ballester, R.; Balaguer, E. (1995): La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. *Dynamis*, vol. 15, pp. 177 – 192-.

Barona Vilar, J. L. (2007): ¿Por qué mueren los niños? El debate ideológico sobre la salud infantil en la sociedad española (1904-1939). En Campos, R. et al. (eds.). *Medicina, ideología e historia en España (Siglos XVI-XXI)*, Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 287 - 299.

Barona Vilar, J. L. (2002): Política urbanística i higiene de les ciutats. La societat valenciana en el trànsit al segle XX. *Gimbernat*, vol. 38, pp. 223-238.

Bernabeu Mestre, J. (2002): Cultura médica popular y evolución de la mortalidad: los cuidados de salud en la infancia durante la España contemporánea. *Revista de Demografía Histórica*, vol XX (II), pp. 147 – 162.

Brunet, I. et al. (2002): *Tècniques d'investigació social*. Barcelona: Ed. Pòrtic, Biblioteca Universitària. Enciclopèdia Catalana, Universitat Rovira i Virgili.

Bujosa Homar, F. et al. (2000): La avanzada transición demográfica en Mallorca: el caso de la mortalidad infantil. *Boletín de la Asociación de Demografía Historia* vol. XVIII, núm. II, pp. 125 - 146.

Castejón et al. (2006): The mass media at the service of the fight against venereal diseases and the protection of maternal-infant health (1900 – 50). *Historia, ciencias, saúde-manguinhos*, vol. 13, núm. 2, pp. 113 - 138.

Cabré, A. (1999): *El sistema català de reproducció*. Barcelona: Proa.

Dopico, F. (1985 - 1986): Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860 - 1950). *Dynamis*, vol. 5 - 6, pp. 381 - 396.

Dwork, D. (1987): *War is Good for Babies & Other Young Children. A History of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898-1918*. London and New York: Tavistock.

Foucault, M. (1985): La política de la salud en el siglo XVIII. *Saber y verdad*, p. 89-106.

Fildes, V. (1988): The English wet - nurse and her role in infant care 1538 - 1800. *Medical History*, vol. 32, p. 142 - 173.

Gijswijt-Hofstra, Marijke( 2003): *Cultures of child health in Britain and the Netherlands in the twentieth century*. New York: Rodopi.

Gómez Redondo, R. (1992): *La mortalidad infantil española en el siglo XX*. Madrid: Siglo XXI.

*Gran Enciclopèdia de Mallorca* (1988 – 2004). Palma: Promomallorca S. A.

Kleinman, A. (1980): *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

McKeown, T. (1976): *The modern rise of population*. London: Edward Arnold.

McKeown, T. (1978): *El crecimiento moderno de la población*. Barcelona: Ed. Antoni Bosch.

Meckel, R.A. (1990): *Save the Babies. American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929*. Baltimore and London: the Johns Hopkin University Press.

Medina Doménech, R. M.; Rodríguez Ocaña, E. (1994): Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX. *Dynamis*, vol. 14, pp. 77 - 94.

Muñoz Pradas, F. (2005): Pautas territoriales de mortalidad en la España de 1860: una reconstrucción y análisis. *Revista de Demografía Histórica*, vol. 23, núm. 2, pp. 43 - 78.

Nicolau Nos, R. (1991): Trayectoria regionales en la transición demográfica española. En Eiras Roel, A. (ed.) *Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal*, vol. 2. Asociación de Demografía Histórica, pp. 49 - 65.

Palacio Lis, I. (2003): "Consejos a las madres": autoridad, ciencia e ideología en la construcción de la función materna: una mirada al pasado. *Sarmiento: Anuario galego de historia da educación*, vol. 7, pp. 61-80.

Palacio Lis, I.; Ruiz Rodrigo, C. (2002): *Redimir la inocencia: Historia, marginación infantil y educación protectora*. València: Universitat de València. Departamento Educación Comparada e Historia de la Educación, 2002.

Panadero Díaz, M. (2006): Del pluralismo médico a la profesionalización de la medicina. *Anduli. Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, vol. 5, pp. 32-42.

Pascua Martínez, M. (1934): *La mortalidad infantil en España*. Madrid: Dirección General de Sanidad.

Perdiguero Gil, E. (2004): *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX* València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència.

Perdiguero Gil, E. (1995): Popularización de la higiene en los manuales de economía doméstica en el transito de los siglos XIX al XX. En Barona, J.L.; Micó, J. (eds.). *Salut i malaltia en els municipis valencians*, València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, pp. 225-250.

Perdiguero Gil, E.; Bernabeu Mestre, J. (1997): Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana: El Papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la restauración. En Montiel, L.; Porras, I. (coords.), *De la culpabilización Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*. Madrid: Doce Calles, pp. 55-66.

Perdiguero E, Robles González E. (2004) La protección a la infancia y la Sociedad Española de Higiene. En Perdiguero Gil E. (comp.). *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciencia, pp. 93-120.

Ramas Varo, M. L. (2001): *La protección legal de la infancia en España: orígenes y aplicación en Madrid (1900-1914)*. Madrid: Consejo Económico y Social de España.

Rodríguez Ocaña, E. (1986): *La labor estadística de Luís Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona*. *Dynamis*, vol. 5-6, pp. 279- 306.

Rodríguez Ocaña, E. (1996): Una medicina para la infancia. A Llop, J. M. B. (ed.) *Historia de la infancia en la España contemporánea*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Fundación German Sánchez Ruipérez, pp. 149-192.

Rodríguez Ocaña, E. (1998): La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España. *Historia Contemporánea*, vol. 18, pp. 19 - 52.

Rodríguez Ocaña, E.; Perdiguero Gil, E. (2006): Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX. *Historia, ciencias, saúde-manguinhos*, vol. 13, núm. 2, pp. 1-20.

Rodríguez Ocaña, E. et al. (1985): Los consultorios de lactantes y gotas de leche en España. *Jano*, vol. XXIX, pp. 1066 - 1072.

Rollet, C. (2001) : *Les enfants au XIXe siècle*. Paris : Hachette Littératures.

Sánchez González, M. A. (1999): *Historia, teoría y método de la Medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson.

Szreter, S. (1988): The importance of social intervention in Britian's mortality decline c. 1850 - 1914: A re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, vol. 1, p. 1 - 37.

Szreter, S. (1992): Mortality and public health, 1815-1914. *Refresh*, vol. 14, p. 1-4.

Szreter, S. (1994): Mortality in England in the eighteenth and the nineteenth centuries: a reply to sumit guha. *Social History of Medicine*, vol. 7, p. 269-282.

Szreter, S. (1997): Economic growth, disruption, deprivation, disease, and death: On the importance of the politics of public health for development. *Population and Development Review*, vol. 23, núm. 4, p. 693 - 728.

Szreter, S. (2000): The McKeown thesis. *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 5, núm. 2, p. 119-121.

Szreter, S. (2001): Health, economy, state and society in modern Britain: the long-run perspective. *Hygiea internationalis: and interdisciplinary journal for the history of public health*, vol. 2, p. 205-227.

Szreter, S. (2002a): Rethinking Mckeown: The relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, vol. 92, núm. 5, p. 722 - 725.

Szreter, S. (2002b): The state of social capital: bringing back in power, politics, and history. *Theory and Society*, vol. 31, p. 573-621.

Tomás Monserrat, J. (1985): *Medicina y sociedad: el colegio de médicos de Baleares 1882-1982*. Palma: Colegio oficial de médicos de Baleares.

Winslow C.E.A (1920): The Untilled Fields of Public Health. *Science*, vol. 51, pp. 23 - 33.