

VIII CONGRESO
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE HISTORIA ECONÓMICA
Sesión A1 *El nivel de vida en la España contemporánea*
Santiago de Compostela, septiembre 2005

Mortalidad infantil y Salud Pública en la Mallorca rural, 1830-1936*

Isabel Moll, Eva Canaleta, Joana María Pujadas y Pere Salas
(Universitat Illes Balears)

En 1928, un médico mallorquín, Emili Darder, reflexionaba sobre la situación sanitaria de la Isla y lo hacía a partir de dos conjuntos de datos estadísticos, presentados en un marco comparativo. En primer lugar, estadísticas de enfermedades pestilentes e infecciosas por representar los índices sanitarios más característicos. En segundo lugar, estadísticas demográficas, por expresar de manera más completa y exacta la situación sanitaria.¹ En relación a las enfermedades Darder comenta, por una parte, que las tres grandes pestes exóticas (*peste, cólera y fiebre amarilla*) hace tiempo que no aparecían por la isla; por lo que respecta a la viruela desde hacía unos cuantos años tampoco se había producido ningún caso (a pesar de “*seguir reinando*” en un conjunto de países, entre los que se encontraban España y Portugal); por último (y en el marco de las enfermedades pestilentes) el tifus (exantemático y recurrente), *enfermedad de la suciedad y de la miseria* como lo califica Darder, parece que no tenía mucha importancia ya que apenas había casos registrados en la reciente historia médica de Mallorca, contrariamente a España que por estas fechas lo sufría endémicamente. Por la otra, y en relación a las enfermedades infecciosas, los datos de la Tabla 1 indican la situación ventajosa tanto de la provincia como de su capital, con respecto al conjunto de España y de las capitales de provincia, con la excepción del sarampión en Palma.

* La comunicación es el resultado de las investigaciones que se realizan en el marco del proyecto "La acción de la Administración y de la Iglesia en el proceso de dotación de servicios públicos en España (1845-1930). Un análisis regional", Dirección General de la Investigación Científica y Técnica, Ministerio de Educación y Ciencia (BHA-2002-03783)

¹ Emili Darder, *Lluita contra les malalties evitables. El nostre estat sanitari*, Mallorca, 1928

Tabla 1, Enfermedades infecciosas: Tasas brutas de mortalidad (por mil)²

ENFERMEDADES	ESPAÑA	BALEARES	CAPITALES PROVIN.	PALMA
Tuberculosis	156	121	242	120
Tifoidea	25,8	18,1	28,2	15
Sarampión	22,5	12	16,9	23,1
Difteria	9,9	2,4	10	1,8
Tos ferina	7,5	2,2	4,8	2,2
Escarlatina	2,1	0,1	2,6	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por E. Darder (1928: 2-4)

En cuanto a las estadísticas demográficas (Tabla 2), los datos que presenta Darder muestran la misma tendencia que apuntaba E. Estada en 1885; esto es, en 1928 Baleares era la provincia española con la tasa de mortalidad más baja, mientras que la ciudad de Palma ocupaba el cuarto lugar. Para E. Darder, la buena situación en relación a España, se debía al clima (en esto también coincidía con Estada), una mayor limpieza y una mejor posición económica de los habitantes de las islas. Pero para Darder, igual que para Estada en 1889, y para Darder Ensenyat en 1901, el que las Baleares estuvieran situadas entre las provincias con mortalidad más baja, no suponía ninguna ventaja, ya que la comparación con los que E. Darder denominaba “países cultos” mostraba el atraso de la provincia en términos sanitarios. Así E. Estada afirmaba en 1889 que:

“...esta mortalidad, que es pequeña en España, es grande comparada con la de otros países- y el estar contenida dentro de límites relativamente bajos no significa nada en absoluto, no significa otra cosa sino que hay quién está peor que nosotros, sin que, en manera alguna, arguya que no pudiera mejorarse reformando sus actuales condiciones sanitarias”³

Y E. Darder en 1928 venía a decir prácticamente lo mismo:

“Nuestra buena situación con relación a España se debe –repetimos lo expresado en el año 1924- a nuestro mejor clima, mayor limpieza y mejor posición económica general de los habitantes de las islas. Pero fuertemente atrasados respecto a los países cultos, de clima mucho peor que el nuestro, y con un período desastroso de guerra.”

² De todos modos hay que ser cautos con estos datos, ya que el autor construye su base explicativa a partir de la utilización de tasas brutas, lo que dificulta (e incluso imposibilita) hacer comparaciones sobre comportamientos demográficos de poblaciones distintas; ello no sería inconveniente si se estandarizaran los datos, lo que, por lo que respecta a este trabajo, no es posible por el momento. A pesar de ello la referencia tiene sentido para este trabajo, ya que lo que se valora es el significado global del estudio para la constatación de la situación demográfica y sanitaria de la isla de Mallorca.

³ E. Estada, *La Ciudad de Palma*, Govern de les Illes Balears, Palma 2003 [1885]

Tabla 2, Tasas brutas natalidad y mortalidad, 1922-1926⁴

	Baleares 1922- 1926	España 1925	Palma 1922- 1926	Capitales 1922- 1926
Natalidad (%0)	21,6	29,3	20,3	26,8
Mortalidad (%0)	15,1	19,4	17,2	21,9

Fuente: E. Darder, 1928: 6

Es comprensible que las personas cuyos comentarios se acaban de citar, no consideraran relevantes las diferencias entre Baleares y el resto de provincias españolas en materias de sanidad. Su compromiso con la sociedad de su tiempo⁵ les exigía impulsar las mejoras que equipararan las islas con los países más avanzados. Pero también es comprensible que para el historiador actual estas diferencias planteen no pocas preguntas y por ello, con independencia de la veracidad de las causas apuntadas por parte de los autores citados, se proponga investigar otro tipo de causas más fácilmente comprobables que *nuestra vida sosegada y tranquila*.

Precisamente, las reflexiones y los datos de Emili Darder sobre el estado sanitario de Baleares resumen la problemática que enmarca el proyecto del que procede la presente comunicación. En especial por señalar algunos temas puntuales -desaparición de enfermedades (además de las grandes pandemias, la viruela y los dos tipos de tifus⁶), importante reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas en comparación al resto de España y confirmar la tendencia en el comportamiento de la mortalidad, ya señalada por Estada- por las que dirigir la investigación. Por otra parte, y a pesar de la visión pesimista que sobre ello tenían los profesionales mallorquines, consideramos que la normativa en materia de Salud Pública y la gestión de las administraciones locales algo tuvieron que ver en ello.

La presente comunicación, por tanto, se enmarca en esta problemática y resume dos investigaciones en curso en proceso de realización dentro del mismo proyecto.

1. La primera está dedicada a establecer la periodización de la Transición Demográfica y la Transición Epidemiológica en Mallorca, a partir del análisis del comportamiento de la mortalidad infantil.
2. La segunda analiza la naturaleza y el proceso de la acción de la Administración Pública y de la Iglesia en el campo de la política social – especialmente en la proporción de servicios médico-sanitarios y

⁴ Ver nota 2 supra

⁵ E. Estada será uno de los impulsores del derribo del recinto amurallado de Palma iniciado en 1902, y también será el ingeniero encargado de la realización, unos años más tarde del saneamiento público de la ciudad. E. Darder por su parte será alcalde de Palma por el partido socialista durante la Segunda República, y por lo mismo ejecutado a comienzos de la Guerra Civil, en 1937.

⁶ Supone la distinción entre tifus exantemático y fiebre tifoidea J.M.López Piñero, Enfermedad y medicina en la España del siglo XIX, Aula. Historia Social, 2001, vol. 7, p.22

educativos- y en la creación de infraestructuras urbanas (red viaria, edificios públicos...) dirigidas a mejorar las condiciones medioambientales de la población.

A su vez, ambas investigaciones son deudoras de tres formulaciones teóricas estrechamente vinculadas entre sí.

- En primer lugar, la doble perspectiva de la *Transición demográfica* y de la *Transición epidemiológica*⁷.
- En segundo lugar, la categoría *Salud Pública*, entendida tal como la plantean Ch. Winslow

*"Public Health is 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."*⁸,

y V. Navarro:

*La definición de salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica, sino también social y política, entendiendo como tal las relaciones de poder dentro de una determinada sociedad, de ahí que el concepto de salud pública tenga significados distintos en diferentes períodos históricos.*⁹

- En tercer lugar la definición de *calidad de vida* elaborada por A.Sen en diversas publicaciones¹⁰.

La comunicación también es deudora de propuestas historiográficas más empíricas, como son de una parte el libro de Mary J. Dobson *Contours of death and disease in early modern England* (Cambridge University Press, 1997), de la otra dos artículos de Simon Szreter sobre la importancia de la intervención del sector público en relación al descenso de la mortalidad¹¹. Por último el conjunto de trabajos elaborados en el marco de los Seminaris d'Estudis sobre la Ciencia del País Valencià por parte de los profesores J.Ll. Barona, J. Bernabeu y E. Perdiguero, entre otros.

⁷ Dos referencias clásicas de la *Transición Epidemiológica* son los trabajos de A.R. Omran, “The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology change”, *Milbank Memorial Fund Q*, vol. 49, p. 509-538, y de J. Frenk; J. L. Bobadilla; C. Stern; T. Frejka; y R. Lozano, “Elements for a theory of the health transition”, *Health Transition Review*, vol. 1 (1), pp. 21-38

⁸ C.E.A. Winslow, “The Untilled Fields of Public Health”, *Science* 51(1306): 23-33 (Jan. 9, 1920);

⁹ V. Navarro, “En torno al concepto de salud pública”, en F. Martínez Navarro, J.M. Antó *et al.* *Salud Pública*, Madrid, 1997

¹⁰ Las que se han consultado con más frecuencia son las siguientes: A. Sen, “Capability and Well-Being”, en M. Nussbaum y A. Sen (eds.), *The Quality of Life*, Oxford University Press, 1993, p. 30-53; y A. Sen, *El nivel de vida*, Editorial Complutense, Madrid 2001 [1987], esp. P. 1-58 y 155-168

¹¹ “The Importance of Social Intervention in Britain’s Mortality Decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the Role of Public Health”, en *Social History of Medicine*, 1988, vol 1 (1), p. 1-37; y “Economic Growth, Disruption, Deprivation, Disease and Death: On the Importance of the Politics of Public Health for Development”, en *Population and Development Review*, 1997, vol. 23 (4), p. 693-728.

El punto de partida procede de la constatación por parte de diversos autores¹² del mismo fenómeno que los citados Estada y Darder constataron en 1885 y 1928 respectivamente; esto es, las bajas tasas de mortalidad infantil que presentan las islas Baleares desde mediados del siglo XIX. A su vez, un primer análisis de las medidas antropométricas indica que la estatura media de los quintos mallorquines supera en 2 ó 3 cms. la media española¹³. Ambas informaciones conducen de una parte a pensar en un temprano proceso de modernización demográfica, especialmente con referencia al conjunto de provincias españolas; de la otra a considerar los determinantes del proceso.

De acuerdo con las referencias anteriores, tres son los objetivos de la presente comunicación:

1. Comprobar el ritmo de descenso de la mortalidad infantil, reduciendo la escala de observación. Ello implica contar con series locales que facilitan su agrupación por comarcas cuya utilidad radica en la posibilidad de observar con más precisión la influencia de las condiciones medioambientales y sociosanitarias sobre el comportamiento de la mortalidad infantil.
2. Introducir indicadores de asistencia sanitaria pública, a partir de la información que proporcionan los registros documentales de los municipios. La regulación de dicha oferta –especialmente médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la sanidad- queda establecida (al menos por lo que respecta a la red sanitaria local) por ley. Desde finales del siglo XVIII hay datos sobre esta red que continúan a lo largo del XIX (a tener en cuenta la Ley General de Sanidad de 1855 y el Reglamento de 1904)
3. Proponer una discusión sobre la incidencia de la gestión pública de la Sanidad (bien siguiendo la normativa de la Administración central, bien introduciendo medidas puntuales debido a situaciones concretas), especialmente relevantes para la desaparición de la mortalidad por epidemias.

¹² Vid. F. Dopico, “Desarrollo económico y social y mortalidad. Diferencias regionales (1860-1950)”, *Dynamis*, 1985, 5-6: 381-399; F. Dopico y D. Reher, *El declive de la mortalidad en España, 1860-1930*, Zaragoza, Asociación de Demografía Histórica, 1998; R. Domínguez, “El índice físico de calidad de vida en España: Evolución de las disparidades espaciales, 1860-1910”, en J. Torres y B. Yun, Dirs., *Consumo, condiciones de vida y comercialización. Cataluña y Castilla, siglos XVII-XIX*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1999: 183-204; F. Bujosa, I. Moll y B. Sureda, “La avanzada transición demográfica en Mallorca: el caso de la mortalidad infantil”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XVIII-II, 2000: 125-146

¹³ J. Alzamora y J. Verger “Calidad de vida en la sociedad rural mallorquina (1880-1970). Elaboración de series para una aproximación a su conocimiento: tallas y evolución demográfica”, en Manuel González Portilla y Kermelé Zarraga Sangroniz (Edit.) ,*Historia de la población Vol.II. IV Congreso de la Asociación de Demografía Histórica. Vol. II. Pensamiento demográfico, coyuntura y microanálisis*, Bilbao, 1999, p. 205-224.

Por último señalar que el mundo rural mallorquín¹⁴ de finales del siglo XVIII a comienzos del siglo XX constituye el ámbito histórico en el que se enmarca la comunicación. La opción por este espacio no implica dejar de considerar la articulación de la sociedad insular en torno a la ciudad de Palma, sino estudiar el comportamiento de una red de pequeños núcleos urbanos dependientes de sistemas de producción agrarios (aunque algunos de ellos, especialmente a medida que avanza el período, presentan pequeños procesos de industrialización) cuya red de servicios sociales se organiza de una manera distinta, y en algunos casos independiente, de la ciudad de Palma y que ofrecen pautas de modernización que de considerarlos en conjunto dejarían de tener significado.

1 – Comportamiento de la mortalidad infantil

Para analizar esta variable se han elaborado los siguientes datos:

- A.-** Tasas de crecimiento intercensal (r) que proporciona una base de referencia a la hora de explicar la naturaleza del crecimiento, así como la responsabilidad del mismo. Se ha desagregado por municipios, lo que ha permitido observar los diferentes ritmos de crecimiento por comarcas.
- B.-** Series de mortalidad infantil, a partir del cálculo de la probabilidad de morir entre 0 y 1 año (q_0), de dos conjuntos de municipios de los que contamos con series temporales. El primer conjunto está formado por seis series que abarcan el período 1751-1860, el segundo por otras seis series que van de 1801 a 1925

Estos dos conjuntos de datos han permitido fijar el ritmo y la intensidad del descenso de la mortalidad infantil (**mi**), así como establecer su periodización. Como información complementaria se han cruzado alguna de las series de **mi** con series de estaturas de quintos para observar si existe relación entre ambas; se trata de seis series que abarcan de 1820 a 1950.

A.- Crecimiento de la población.

El primer conjunto de datos corresponden a la tasa de crecimiento intercensal (ver mapas 1-6) de los municipios mallorquines en un período que va de 1857 a 1960. El haber obtenido este dato por municipios ha permitido detectar la existencia de diferentes ritmos de crecimiento, igual que delimitar su periodización. Este conjunto de datos permite avanzar las siguientes observaciones:

- Entre 1857 y 1887 se produce un crecimiento positivo en casi todos los municipios, destacándose dos zonas homogéneas en las que el crecimiento es mayor; una corresponde a los municipios del noroeste de

¹⁴ Aunque sea un eufemismo hablar del “mundo rural mallorquín”, dado que a finales del siglo XVIII el 72% de la población de la isla vivía en núcleos urbanos de más de 2.000 habitantes (no se considera la ciudad de Palma), constituye una referencia habitual de la forma como se comprende –a grandes rasgos– el espacio insular: de una parte la ciudad de Palma, de la otra el resto de la Isla; la comunicación hace referencia a este último espacio.

la isla y la otra a los municipios de menor peso demográfico localizados en las inmediaciones de la ciudad de Palma.

- Este crecimiento positivo hay que atribuirlo al descenso de la mortalidad, ya que los movimientos migratorios con anterioridad a 1890 son de baja intensidad. No obstante, a partir de finales del XIX y a consecuencia de la serie de crisis que afectaron a Mallorca (viña, guerra de Cuba) se inicia una importante emigración transoceánica hacia Cuba o los países americanos del cono sur, cuyo ciclo se cierra hacia 1930¹⁵.
- A partir de 1887 se produce un descenso de la intensidad del crecimiento, iniciándose la tendencia negativa que a mediados del siglo XX constituirá la tónica general de casi todos los municipios. Este proceso no se puede explicar sólo por el descenso de la mortalidad y de la fecundidad, sino también por la fuerte incidencia tanto de los flujos migratorios en el interior de la isla, como de las mencionadas migraciones transoceánicas; a partir de los años cincuenta por el inicio de la industria turística con la consecuente entrada de inmigrantes peninsulares.
- Estas dos fases muestran la fuerte atracción que ejercen algunos municipios de mayor peso demográfico y sobretodo la capital. Así la población de Palma de Mallorca experimenta un crecimiento (ver Tabla 1), más discreto durante la segunda mitad del siglo XIX, potenciado posiblemente por el descenso de la mortalidad y en las últimas décadas del siglo XIX conjuntamente con la migración interior. Cabe recordar que la ciudad de Palma en estos momentos suponía el 25 % de la población total de la isla de Mallorca. En el siglo XX se modifica la causa del crecimiento de la capital, explicándose sobretodo por el peso de la emigración peninsular (en 1930 la población de Palma suponía ya un 30% del total de la población de la isla).
- En la Mallorca rural se puede destacar el comportamiento de los tres municipios de la comarca de Llevant (Artà, Capdepera y Son Servera) que vieron aumentar su población desde mediados del siglo XIX. Se trata de un crecimiento natural, puesto que apenas se producen flujos migratorios en la comarca. De ahí que se pueda atribuir al descenso de la mortalidad, sobretodo a la infantil (aunque en ritmos distintos, como se mostrará en el tratamiento de las series de defunciones entre cero y un año) la responsabilidad del incremento del número de habitantes de la comarca.

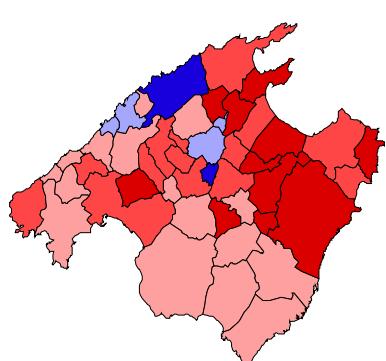
¹⁵ Vid. J. Buades, *L'allau emigratori de mallorquins a l'Argentina i Xile*, Conselleria de Presidència, Palma 2002, p. 89-92; por su parte A. Jofre calcula que durante este período salieron unos 20.000 baleares hacia Argentina (*Así emigraron los baleares a la Argentina*, Conselleria de Presidència, Palma 1997, p. 104)

Tabla 3: Tasa de crecimiento anual (%) de la población de las Illes Balears

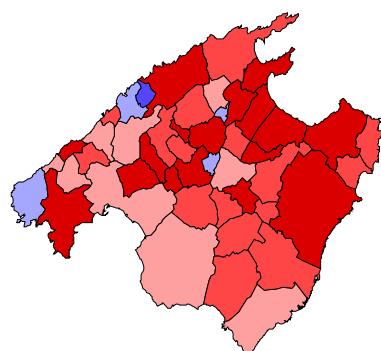
Periodos	Palma	Mallorca	Mallorca excepto Palma	Provincia
1846 - 1851	0,31			
1851 - 1860	2,36			
1860 - 1877	0,55			
1877 - 1887	0,48	0,70	0,78	0,79
1887 - 1897	0,31	-2,38	-3,17	-0,18
1897 - 1900	-0,02	0,33	0,46	0,51
1900 - 1910	0,55	0,35	0,28	0,45
1910 - 1920	1,37	0,54	0,23	0,39
1920 - 1930	1,32	0,81	0,60	1,86
1930 - 1940	2,63	1,13	0,41	0,35
1940 - 1950	1,80	0,43	-0,39	0,00
1950 - 1960	1,52	0,62	-0,03	0,49
1960 - 1970	3,94	2,39	1,02	2,33

Fuente: Elaboración propia a partir de recuentos y Censos de Población

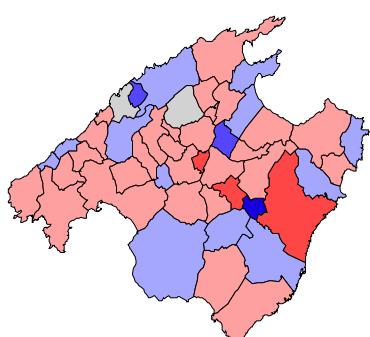
Mapa 1: r, 1857 - 1877



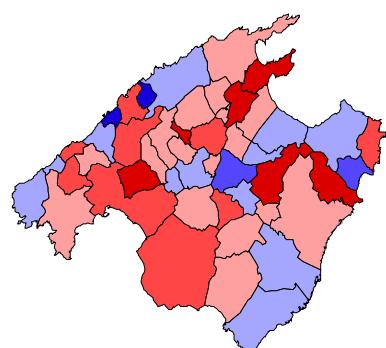
Mapa 2: r, 1877 - 1887



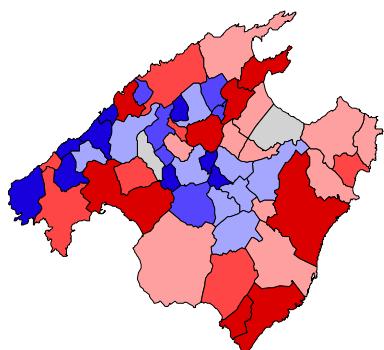
Mapa 3: r, 1887 - 1900



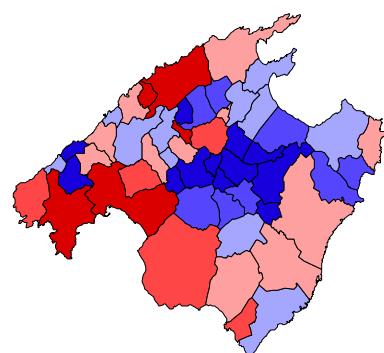
Mapa 4: r, 1900 - 1910



Mapa 5: r, 1910 - 1920



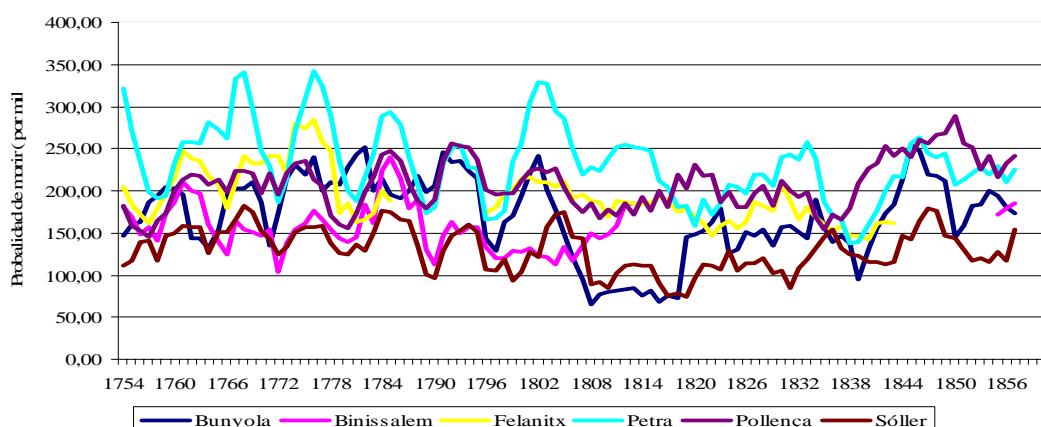
Mapa 6: r, 1920 - 1930



B.- La mortalidad infantil

Las series de mortalidad infantil por municipios confirman las bajas tasas de mi de las Baleares documentadas por Reher, Dopico y Rowland (vid. supra nota 6). En el gráfico 1 se incluyen seis series (calculadas por el método de la probabilidad de morir (q_0) traducidas en medias móviles quinquenales) que van de 1750 a 1860 e indican un comportamiento de la mi correspondiente a una situación de Antiguo Régimen, aunque se observa un leve descenso de la mi en tres de estos municipios (Felanitx, Sóller y Bunyola) (Gráfico 1). A señalar que las probabilidades de morir en el primer año de vida se concentran entorno al 200 por mil, con la excepción de Sóller donde estas probabilidades son mucho más bajas. Las diferencias en los niveles de mortalidad infantil en estos cinco municipios podrían insinuar la existencia de dos modelos demográficos territoriales, es decir, un modelo demográficamente más moderno (más avanzado) que correspondería a las poblaciones localizadas en la costa (Sóller y Pollença) y uno más lento en el ritmo de descenso que correspondería a las poblaciones del interior de la isla. Esta distinción territorial sería confirmada por parte de los municipios representados en el gráfico 2 y básicamente por los municipios de Santanyí, Alcudia y Capdepera.

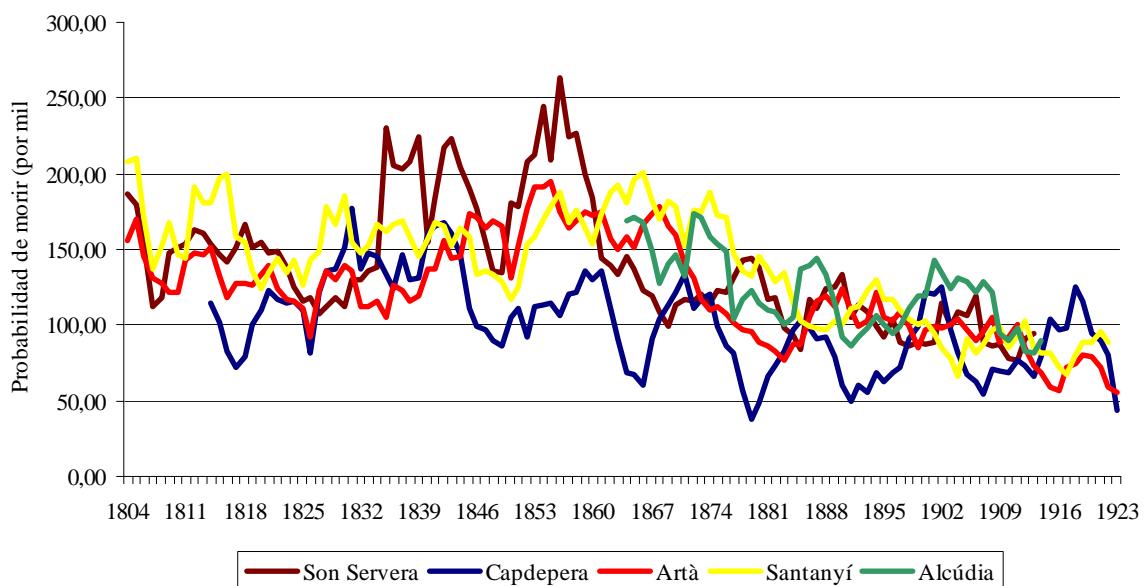
Gráfico 1: Mortalidad infantil, Mallorca 1750 - 1860



Fuente: Elaboración propia

Las series correspondientes a cinco municipios -los tres de Llevant antes citados, uno de la zona norte (Alcudia) y otro del sureste (Santanyí) que cubren el período que va de 1800 a 1925 (Gráfico 2) ofrecen crecimientos positivos desde la segunda mitad del XIX; dándose el caso en alguno de estos municipios de crecimiento anual superior al 1%. En cierto modo presentan perfiles diferentes a los de las series anteriores. En un primer período (1800-1830) se observa una concentración de las q_0 en torno al 100 y 150 por mil. En un segundo período (1831-1860) las tasas se elevan hasta un 250 por mil¹⁶. En un tercer período (de 1860 en adelante) se inicia un descenso lento pero continuado, situando las tasas en torno al 100 por mil a partir de esta fecha. Por todo lo cual y salvando algunas diferencias en el ritmo y en la intensidad del descenso de la **mi**, cabe señalar que es en torno a 1860 cuando se inicia el descenso generalizado de dicho indicador, coincidiendo con muchas de las medidas en materia de Salud Pública que aplicaron las autoridades locales, en muchos de los casos siguiendo la disposición de la Administración estatal, tema que se describirá en el último apartado de la presente comunicación.

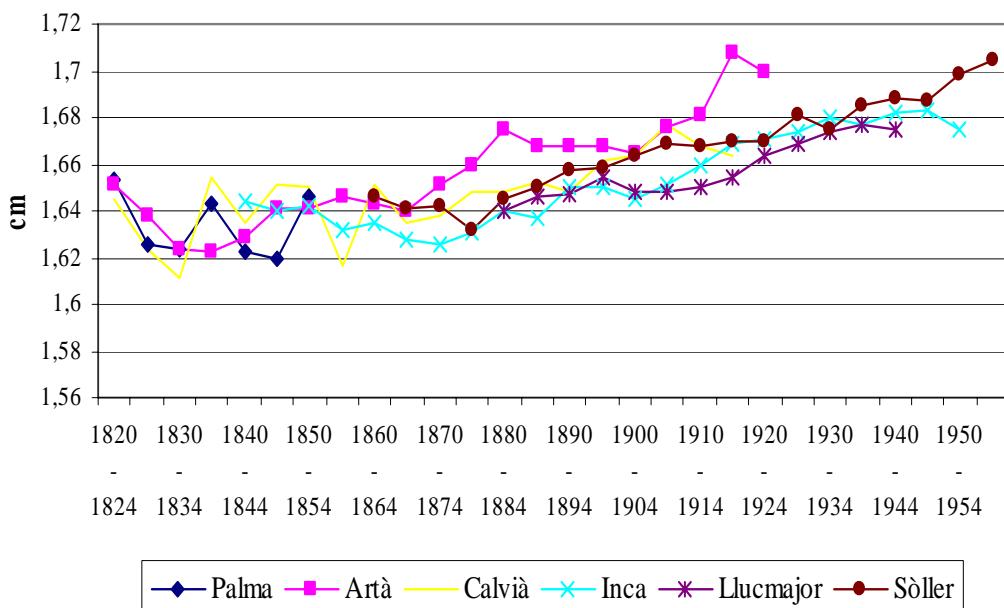
Gráfico 2: Mortalidad infantil, Mallorca 1800 - 1925



¹⁶ Los análisis de la mortalidad infantil y juvenil peninsular que fijan el inicio de su estudio en 1838 o en fechas anteriores, muestran una tendencia irregular hasta la década de los años 80 – 90 del siglo XIX, momento en que empezaría el descenso continuado de la mortalidad en la infancia (en todo sus componentes: q_0 , $4q_1$, $5q_5$). Entre 1850 – 1870 se documenta un ligero deterioro de las condiciones de vida, común a muchos países europeos, o, en algunos casos, un estancamiento en el descenso de la mortalidad (A. Sanz Gimeno, *La mortalidad de la infancia en Madrid*, Gobierno de la Comunidad de Madrid, Madrid 1999: 49).

Como complemento del análisis de la **mi** se han grafiado las series de estaturas de quintos de seis municipios (ver Gráfico 3) de la isla (Palma, Artà, Calvià, Inca, Llucmajor y Sóller)¹⁷, y se puede constatar una tendencia generalizada de aumento de la talla, iniciada hacia 1870. Además se puede destacar el comportamiento de algunos de estos municipios, como es el caso Artà que cuenta con las estaturas más elevadas del conjunto de municipios; o como sería el caso de los municipios de Sóller y Llucmajor que muestran un crecimiento continuado y casi sin interrupciones. Con referencia a Sóller el incremento de la talla podría relacionarse con la modernidad de su comportamiento demográfico ya patente desde finales del siglo XVIII, tal como se ha indicado.

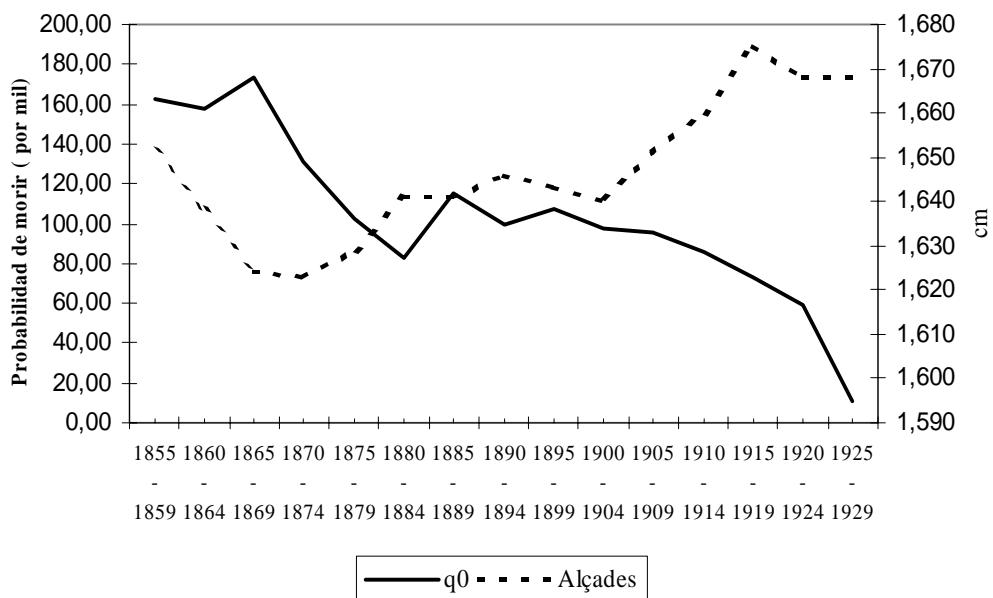
**Gráfico 3: Tallas de mozos de la Mallorca rural (por cohortes de nacimiento),
1820 - 1954**



Únicamente se ha podido cruzar la serie de mortalidad infantil del municipio de Artà (ver Gráfico 4) con sus correspondientes estaturas de quintos, lo cual nos permite observar la correlación existentes entre el descenso de la mortalidad infantil y el aumento de la estatura de los soldados nacidos entre 1855 y 1925 en el municipio. Ambas curvas a partir de los años setenta del siglo XIX muestran una tendencia paralela que responde a un cierto estancamiento en sus cifras manteniéndose hasta 1900, momento en que la divergencia de comportamiento se explica por un descenso pronunciado en la q_0 al igual pero en sentido inverso de las tallas.

¹⁷ Vid. J.Alzamora y J.Verger, *op.cit.*, 1999

Gráfico 4: Mortalidad infantil y talla de los mozos del municipio de Artá,
1855 - 1929



2.- Indicadores de atención sanitaria

La aplicación del término “indicador sanitario” a los datos que seguidamente se presentan, puede generar alguna confusión dada la identificación del término “indicador” con datos estadísticamente probados. Ahora bien la constatación de la existencia de una red de servicios sanitarios (públicos y privados), así como de unas políticas de higiene pública que abarcan prácticamente todas las Baleares a lo largo del siglo XIX no deja de ser para mostrar una determinada situación (o nivel de oferta sanitaria) que implica la utilización de un término para identificar un fenómeno, cuya relevancia a la hora de plantear posibles causas de las bajas tasas de mortalidad adquiere un significado específico. Es por ello que mantenemos –con las oportunas reservas- el término “indicador” en su sentido cualitativo, cuyo contenido o descripción pasamos seguidamente a considerar.

Como indicadores de la asistencia sanitaria pública entendemos la existencia de personal sanitario que ejerce su profesión en los municipios (médicos y farmacéuticos), cuyos servicios bien se financian por el respectivo Ayuntamiento, bien de manera privada. Junto a estos profesionales y como oferta complementaria se incluyen los conventos de congregaciones religiosas femeninas que tienen entre sus objetivos el cuidado de enfermos, niños y ancianos, igual que la educación de la infancia (especialmente femenina). Consideramos de interés introducir un breve reflexión sobre otra oferta complementaria, que está fuera del propósito de esta comunicación, y que sin embargo completaría la aquí expuesta, es el estudio de los “sistemas médicos” paralelos al modelo médico hegemónico es decir, la profesión médica oficial regulada por el Estado y basada en el credencialismo. Como se ha demostrado desde la Antropología Médica, las personas enfermas buscan atención en diferentes sectores. A. Kleinman¹⁸ identifica tres sectores que se superponen:

¹⁸ A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture: an explanation of the borderland between*

- 1.-Sector popular (*Popular Sector*), en el cual tienen un papel de primer orden el autocuidado, la familia y las redes sociales.
- 2.- Sector folk (*Folk Sector*) es decir aquellas personas que se dedican a curar pero son considerados “no profesionales” y que en la época que nos ocupa tuvieron un protagonismo innegable.
- 3.- Sector profesional (*Profesional Sector*) formado por profesionales legales, y que es parte del objeto de este estudio.

A.- Facultativos

El primer conjunto de datos corresponde al número de médicos (titulares y de ejercicio privado) y farmacéuticos que aparecen registrados en tres listas procedentes de documentos distintos correspondientes a tres momentos diferentes (1795, 1852 y 1899).

- La primera lista procedente de un *Acta del Real Acuerdo sobre arreglo de médicos* que fue publicada en el *Semanario Económico* (nº.42, 17 de Octubre de 1795)¹⁹ y trata de la necesidad de permitir el ejercicio de la medicina, sólo a los profesionales con certificado de la *Academia Médico-Práctica de Mallorca*²⁰; de acuerdo con esta lista en 1795 había en Mallorca 87 médicos –63 en Palma y 63 en la Part Forana-, todos ellos habilitados por la citada Academia de Medicina.
- La segunda lista procede del *Repartimiento Individual de la Contribución*, de 1851 (publicada en el *Boletín Oficial de la Provincia de Baleares* en Abril y Mayo de 1852)²¹, en concreto del apartado dedicado a la Matrícula Industrial y Comercial. El total de profesiones sanitarias que se relacionan es de ; no todos son médicos o farmacéuticos, sino que se incluyen los diferentes tipos de cirujanos –barberos, romanistas- que ejercían su profesión durante este momento y que estaban autorizados para hacerlo.
- La tercera corresponde al listado de miembros del *Colegio Oficial de Médicos y Farmacéuticos*, publicada en el *Boletín Oficial de la Provincia de Baleares*, en Diciembre de 1899 y suma un total de x. El ligero descenso del número de facultativos se debe a que aquí los médicos tienen todos títulos reconocidos por una facultad de medicina, ya que no podían estar colegiados si no cumplían este requisido, amén de que desde la Ley general de Sanidad de 1855 no se autorizaba el ejercicio de la medicina más que a quienes hubieran conseguido un título expedido por una facultad de medicina vinculada a alguna Universidad, o por una Escuela reconocida por el Estado.

anthropology, medicine and psychiatry, University California-Berkeley, 1984.

¹⁹ Publicación periódica fundada en 1778 por la Sociedad Económica Mallorquina de Amigos del País (SEMAP) y que se editó hasta 1820; vid. I. Moll, Noticia de *El Semanario Económico*, 1778-1820, *MAYUROA*, 17, Palma de Mallorca, 1980, p.63-70

²⁰ Institución creada en 1784 por la SEMAP y que tiene su continuidad en la Real Academia de Medicina y Cirugía fundada en Palma el año 1835; vid. F. Bujosa Homar, *La Academia Médico-Práctica de Mallorca*, Palma 1779.

²¹ I. Moll, A.Albertí y A.Morey, "El repartimiento individual de la Contribución Territorial, Industrial y Mercantil de Baleares en 1852: una fuente para el estudio de las estructuras socio-económicas y de la distribución social de recursos", *Noticiario de Historia Agraria*, III/5, 1993, p. 181-194

Por otra parte y antes de mostrar los datos correspondientes a estos documentos conviene informar de la normativa dirigida a regular la figura del médico titular en la España del XIX. Uno de los primeros reglamentos fue el promulgado el 9 de noviembre de 1864, pero que tuvo nula aplicación²². El de 11 de noviembre de 1868, dedicado como el anterior a la asistencia de pobres y organización de los partidos médicos en los pueblos, tuvo mejor suerte, pero a causa de las vicisitudes políticas del momento, necesitó del Decreto de 24 de octubre de 1873 para que las autoridades locales le prestaran verdadera atención. Por último, otro Real Decreto de 14 de junio de 1891 acabó de perfilar el establecimiento de los partidos médicos y la creación de facultativos titulares en los municipios españoles (médicos, farmacéuticos, veterinarios).

Ante la imposibilidad de comparar el número de profesionales sanitarios a lo largo del periodo que nos ocupa, puesto que la legislación reformuló en varias ocasiones las categorías profesionales, se ha optado por presentar valores absolutos, con la intención de constatar la existencia de una red médica establecida en todos los municipios desde finales del siglo XVIII. En el Tabla 4 se relacionan todos facultativos que existían en la isla en 1795, 1852 y 1899 por partidos judiciales.

Tabla 4: Facultativos de la isla de Mallorca distribuidos por partidos judiciales (1795 – 1899)

	P. J. de Palma ²³	P. J. de Inca	P. J. de Manacor
1795	42	26	19
1852	25	46	35
1899	34	52	35

Fuente: Elaboración propia

A la hora de calibrar la relevancia de estos datos no contamos con información procedente de otros lugares, lo cual impide establecer comparaciones y proporcionar con ello un mayor sentido a los datos elaborados. Aunque con independencia de la posibilidad de comparar, la constatación de que a lo largo del XIX no había pueblo en la isla sin al menos un médico titular, constituye un dato significativo de oferta sanitaria.

²² Así lo apuntan los trabajos de Carmen Barona, “Organización y profesionalización de la asistencia médica domiciliaria en los pueblos de la provincia de Valencia: 1854-1936” en Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936), Seminari d'Estudis Sobre la Ciència, Valencia, 2000, pp. 13-70; o, para el caso de Mallorca: Isabel Moll y Pere Salas, “Los servicios médicos y la organización de la educación en la Mallorca rural, 1850-1900” en *I Encuentro de demografía histórica de europa meridional*, Menorca (Inédito).

²³ No se tiene en cuenta el número de facultativos de la ciudad de Palma.

B.- Conventos

Un segundo conjunto de datos corresponde al número de conventos de congregaciones religiosas femeninas que se establecen en todos los pueblos de la isla de manera progresiva desde 1851 (año del Concordato). Uno de sus objetivos era la educación de los niños (especialmente de las niñas del mundo rural, ya que sólo se abrieron cuatro centros dedicados a la educación de las hijas de aristócratas y de la burguesía, tres en Palma y uno en Sóller) y la atención a enfermos y necesitados²⁴. La implantación de estas instituciones en Mallorca constituye un proceso de gran amplitud que se inicia tímidamente en 1798, empieza a adquirir fuerza a partir de la fecha citada (1851), y se consolida a principios del siglo XX. En líneas generales presenta las siguientes características:

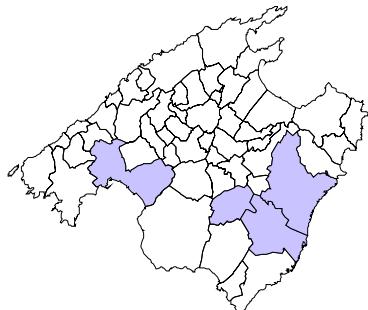
- Existen conventos en todos los núcleos urbanos de Mallorca (estén o no constituidos como municipios) de 200 a 12.000 habitantes (nos ceñimos al marco histórico de la comunicación; esto es, la ciudad de Palma no se incluye en el análisis)
- Las Congregaciones religiosas a cargo de estos conventos fueron creadas en Mallorca; sólo tres de ellas procedían de Instituciones creadas fuera de la isla –dos de Francia y una española- y estaban dedicadas a la educación de las hijas de familias de la aristocracia y de la burguesía.
- El proceso se produce en un período de tiempo en apariencia relativamente extenso –de 1798 a 1915-, pero si se enfoca con detención se observa como el mayor número de Conventos se abrieron de 1851 a 1886.
- Por último y en relación a sus objetivos, las religiosas estaban socialmente comprometidas en el campo de la educación infantil (femenina sobre todo), en el de la asistencia de los pobres y en el del cuidado de la salud de la población. En realación al tema educativo hay que tener en cuenta la importancia que tiene al posibilitar la trasmisión de los conocimientos higiénicos a las niñas y el hecho que éstas, al ser adultas, aplicarán como madres de familia.

En 1915 había en Mallorca un total de 104 conventos; sólo 28 se encontraban en Palma (la mayoría en sus barrios periféricos). Los 76 restantes se hallaban distribuidos entre los 53 municipios que había en Mallorca en esta fecha y daban servicio a cerca de 190.000 habitantes (de acuerdo con el censo de 1910 en el espacio que se considera en esta comunicación había un total de 189.471 habitantes).

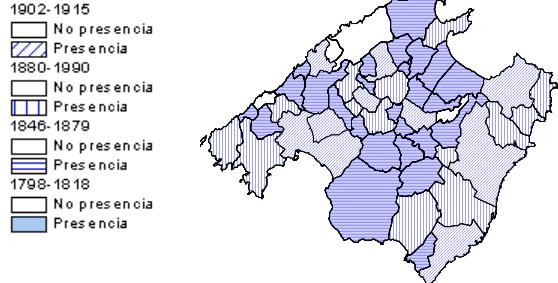
En los mapas 7 y 8, se muestra el proceso de creación de conventos, evidenciando la importancia que tiene la expansión de los mismos a partir de 1851, igual que su localización en la zona rural.

²⁴ El otro objetivo –y posiblemente el que hasta ahora ha constituido su identidad más evidente- es el de contrarrestar la creciente intervención del Estado en los asuntos de beneficencia y sanidad, prolongando la vieja polémica iniciada a finales del siglo XVIII, cuando los gobernantes ilustrados empezaron a preocuparse por controlar este tipo de actividades.

**Mapa 7: Fundación de Conventos
(1798 – 1818)**



**Mapa 8: Fundación de Conventos
(1846 – 1915)**



Toda esta información evidencia –por lo que concierne al mundo rural mallorquín- una estructura sanitaria densa y en absoluto menoscabable, aunque no se puede medir o valorar su grado de efectividad real. De todas formas una de nuestras hipótesis de trabajo es que existe una relación entre este tipo de oferta y el descenso de la mortalidad, ya que el descenso coincide con el período de instalación de los servicios sanitarios y su consolidación como sistema de redes de profesionales que conforman una estructura sanitaria ciertamente relevante. Sin embargo el significado de estos indicadores no se puede entender si no se informa de otro aspecto no menos interesante como es el de la actuación del sector público, con especial atención hacia la gestión sanitaria.

3.- Actuación de las administraciones local y provincial en materia de Salud Pública.

A la hora de sistematizar este tipo de actuaciones conviene tener en cuenta el marco normativo general que las regulaba. La legislación es muy abundante, sobre todo a partir de mediados del siglo XIX, por lo que se ha considerado oportuno relacionar las leyes más importantes.

En primer lugar, la “Ley del Servicio General de Sanidad” de 1855. Con esta ley se pretende, sobre todo, remediar situaciones calificables de *extraordinarias*, aunque dada su proliferación constituyían un peligro para la salud del cuerpo social. De ahí la necesidad de establecer una regulación específica del resguardo sanitario para evitar la entrada de epidemias, creándose un aparato centralizado que contaba con los gobernadores civiles de cada provincia como una de sus piezas angulares, auxiliados por las Juntas de Sanidad provinciales. Por lo que afectaba a la sanidad interior, se contaba con los subdelegados de interior, pero sobre todo se contaba con los Ayuntamientos, que en realidad eran los auténticos responsables del mantenimiento de unos niveles mínimos

de salubridad, sobre todo por lo que atañía al control de los focos potenciales de insalubridad que había en su territorio y entre su ciudadanía (los pobres y los sectores más desvalidos de la población²⁵). Pero el carácter voluntarista de la ley hizo que, en un primer momento, los Ayuntamientos -responsables de su aplicación y de su financiación- fueran muy reticentes en ponerla en marcha²⁶. Esta ley estuvo vigente hasta que el Real Decreto que originó la Instrucción de 12 de enero de 1904 que, en la práctica, vino a reformar la legislación general en esta materia. De todas formas, las necesidades sanitarias del largo período en que estuvo vigente exigieron bien su ampliación, bien que se complementara mediante una serie de decretos, leyes parciales y reglamentos que proliferaron durante la segunda mitad del siglo XIX, aunque este desarrollo legislativo no modificó ninguno de los pilares básicos de la ley de 1855.

Es en este marco legal cuando a partir de 1880 se inicia la lenta asimilación del paradigma bacteriano²⁷, 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 población²⁸. 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 legislativa²⁹. 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 interior³⁰, además del abandono del binomio *limpieza = higiene*, gracias a la adopción del concepto de desinfección. Por otra parte, también se observa una mayor preocupación por el control y la vigilancia de fenómenos locales, creándose un cuerpo de inspectores provinciales reglamentado a partir de 1912³¹, que actúa de forma paralela a las autoridades municipales en materia sanitaria; tampoco se puede olvidar la potenciación de los “funcionarios” municipales de la sanidad, que no sólo permitirá mantener a los médicos titulares ya existentes, sino que los nuevos

²⁵ Josep Ll. Barona, *Salud, enfermedad y muerte*, Diputació de València. Institució Alfons el Magnànim, Valencia, 2002

²⁶ Josep Ll. Barona, “La lotta contro la malaltia e la morte nella spagna mediterranea (1855-1944)” en *Salute e malaltia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa mediterranea*, Editrice Democratica Sarda, Sassari, 2000, pp. 195-220.

²⁷ En este sentido es interesante la afirmación que los contenidos de la microbiología no significaran un abandono radical de la teoría miasmática en un primer momento, sino que ésta servirá perfectamente para su primera difusión. Para conocer más sobre este aspecto véase Esteban Rodríguez Ocaña, “Medicinas y epidemias. De la racionalización del mito al mito de la racionalización” en *Malaltia i cultura*, Seminari d’Estudis Sobre la Ciència, Valencia, 1995, pp. 207-224.

²⁸ Hemos de insistir que este hecho tampoco es una novedad de esta época, sino que se remonta a los inicios mismos de la creación del estado liberal, que a su vez hecha sus raíces en el despotismo ilustrado. Aun así, es evidente la progresiva preocupación del Estado por homogeneizar y normalizar las estadísticas demográfico sanitarias a partir de la segunda mitad de siglo, como por ejemplo sucede con la Real Orden de 10 de noviembre de 1865, relativa al dictado de reglas y modelos para la realización de estadísticas mensuales y semestrales, que modificaba los sistemas existentes anteriormente.

²⁹ Aunque apenas si alteró el dispositivo de la organización pública al servicio de la sanidad que marcaba la ley de 1855 y que incluso perpetuó la ley de 1944 (Preámbulo a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).

³⁰ Es ahí cuando aparecen los Reglamentos municipales de Higiene, como reglamentos previstos por la misma ley. En Palma, como ya se ha citado más arriba, el Reglamento se publica en 1906.

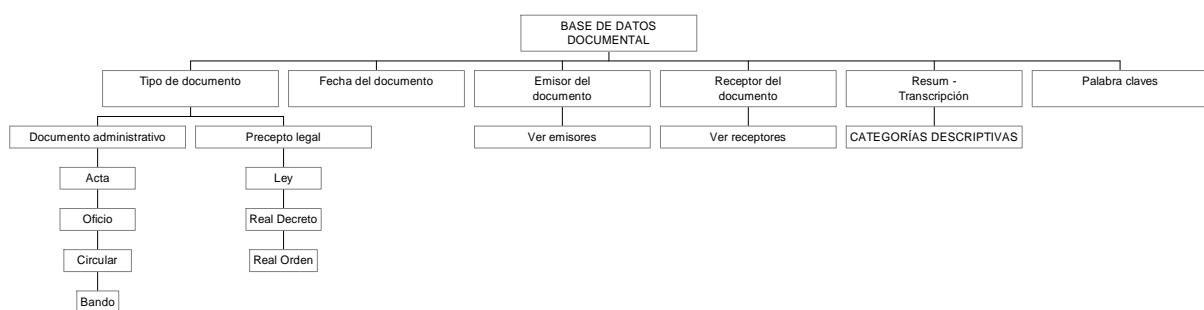
³¹ Josep Ll. Barona, *Ibid.*

funcionarios se harán cargo de nuevas responsabilidades a partir de la vigilancia de la salubridad local. Tampoco hay que olvidar la aparición de los primeros farmacéuticos y veterinarios titulares.

Esta legislación general se complementa con una no menos importante normativa municipal que no solo recoge los contenidos de las leyes sanitarias generales, sino que a medida que el tiempo avanza, 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. Además, en 1877 se combinan estas referencias con los servicios sanitarios a cumplir por los ayuntamientos. En el Estatuto de 1924 hay un salto cualitativo de doble importancia. Por una parte, el concepto de *higiene* y de *salubridad* ya no van unidos solo al de limpieza, sino al de *desinfección*, lo que se adecua al contenido de la *Instrucción* de 1904, que a la vez es consecuencia del avance cada vez mayor del paradigma microbiano en el tratamiento de la salud pública. Por otra parte, merece destacarse la mención específica y detallada del control sanitario a ejercer por instituciones con un fuerte componente técnico-científico sobre los nuevos proyectos urbanos.

Es en este marco normativo general donde se van a desarrollar las actuaciones de Gobernadores, Diputaciones y Ayuntamientos. Para conocer la naturaleza de dichas actuaciones, determinar la implicación de las administraciones locales y comprobar la efectividad de las mismas se han creado una base de datos documental, donde se ha tabulado la información correspondiente al vaciado del *Boletín Oficial de la Provincia* entre 1854 y 1924 y del de las actas municipales de quince Ayuntamientos (ver Diagrama 1)

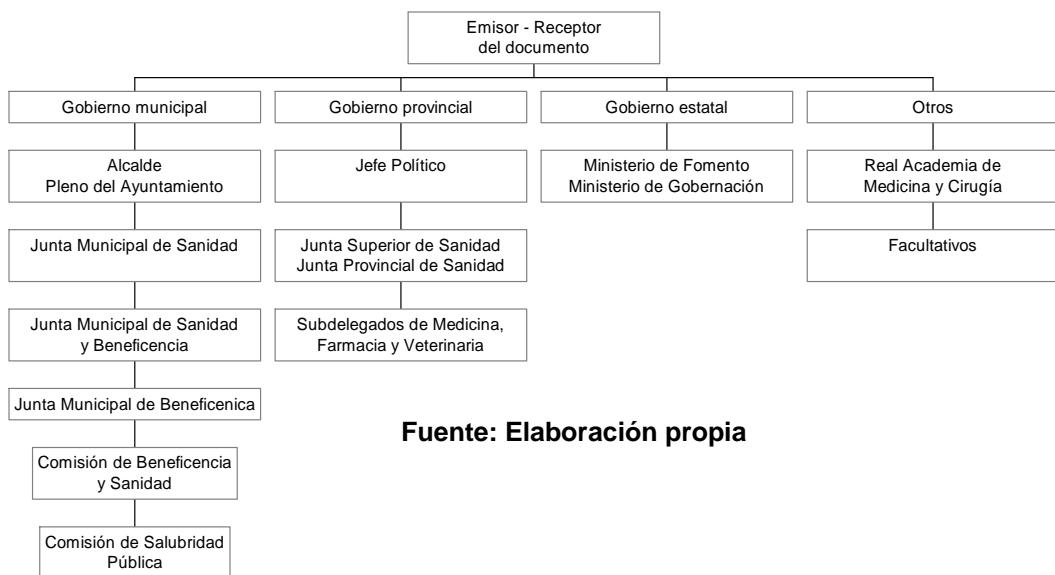
Diagrama 1: Estructuración de la base de datos documental



Fuente: Elaboración propia

Tanto los receptores como los emisores de los documentos quedan detallados de la siguiente manera:

Diagrama 2: Emisores y receptores de los documentos



A partir de esta relación se han agrupado los datos en categorías descriptivas fijadas de acuerdo con la legislación vigente en materia de Salud Pública: medidas de gestión, incomunicación, asistenciales, higiénicas e informativas (ver Diagramas 3 y 4). Las medidas de gestión corresponden a las diligencias de los organismos públicos para conducir el aparato preventivo y asistencial de la población. Las de incomunicación permiten observar la evolución de las actuaciones preventivas en aras de aislar de forma terrestre o marítima a la población. Las referidas a la atención sanitaria responden básicamente a un precepto benéfico, en cierta manera, institucionalizado por parte del Estado Liberal, siendo más tangible en momentos de peligro epidémico o de desarrollo de una epidemia. Podemos avanzar que los preceptos higiénicos constituyeron el conjunto de medidas preventivas municipales de mayor importancia, remitiendo al mantenimiento de la higiene, tanto pública como privada y a la salubridad del municipio. Las informativas fueron utilizadas para valorar el estado de salud de la población, de aquí las demandas de la creación de estadísticas demográfico – sanitarias.

Diagrama 3: Medidas de Gestión, de Incomunicación e Informativas

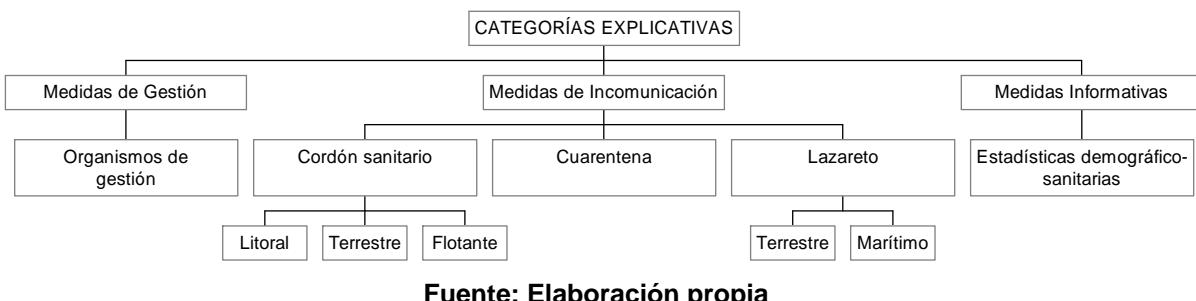
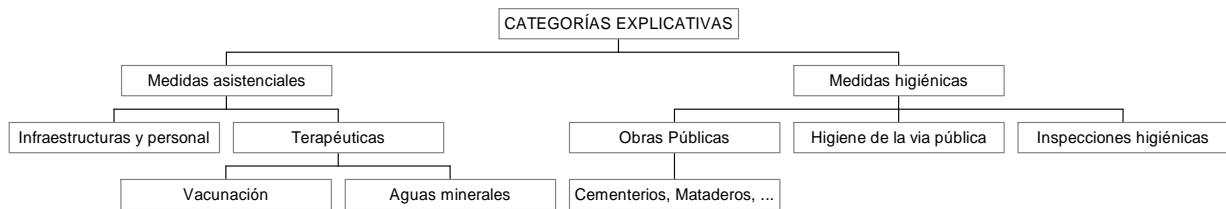


Diagrama 4: Medidas de Asistenciales e Higiénicas



Fuente: Elaboración propia

En la confección del análisis de este apartado no se han desarrollado todas las categorías explicativas presentadas anteriormente (diagramas 3 y 4), ya que el formato de este estudio no permite un desarrollo extenso. Por lo tanto, se ha optado por la exemplificación de diversas actuaciones concretas, a través del análisis de algunas normativas subsidiarias que, para el caso que aquí se presenta (el mundo rural mallorquín), consideramos que tienen importancia, especialmente si nos remitimos a la definición de Salud Pública que propuso C.E.A. Winslow en 1920, ya citada más arriba. Nos referimos a las Ordenanzas Municipales de las que se han trabajado 7 (vid Tabla 5) correspondientes a dos períodos, cuatro de finales del XIX y tres de principios del XX. Estas Ordenanzas no son más que manifestaciones de los esfuerzos de una comunidad por sanear el entorno, controlar las enfermedades infecciosas, procurar la educación del individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios médicos y de enfermería y desarrollar la maquinaria social que asegure a cada habitante de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. De ahí que la información que proporcionan se haya organizado en tres apartados siguiendo las medidas conducentes a mejorar la salubridad del entorno, a controlar las enfermedades infecciosas y a establecer aquellos servicios sanitarios mínimos para la salud de la población.

Tabla 5: Ordenanzas utilizadas³²

Año	Municipio	Habitantes
1872	Manacor	11.489
1879	Pollença	8.205
1884	Inca	6.847
1887	Montuiri	2.327
1907	Sóller	8.026
1920	Binissalem	4.134
1924	Santanyí	6.595

³² Ayuntamiento de Manacor. *Ordenanzas Municipales*, Manacor, 1872; *Ordenanzas Municipales de la villa de Pollensa*, Palma, Establecimiento tipográfico de Pedro José Gelabert, 1880. *Ordenanzas Municipales para el régimen de la Villa de Inca (1884)*, Inca, Tipografía de Francisco Molina, 1885; *Ordenanzas Municipales del pueblo de Montuiri, año 1887*, Palma de Mallorca, Imprenta de viuda e Hijos de Pedro J. Gelabert, 1888; *Ordenanzas Municipales para la ciudad de Sóller*, Palma, Escuela Tipográfica Provincial, 1907; *Ordenanzas Municipales para la Villa de Binissalem y su término*, Sóller, Imprenta de J. Marqués Arbona, 1922.

Entre las medidas para mejorar la salubridad del entorno se observa en los dos bloques de ordenanzas analizadas una preocupación por el mantenimiento de la limpieza en los espacios públicos³³, la incorporación de los principios higiénicos a las viviendas privadas y la prevención de cualquier incidente o problema que pueda deteriorar la calidad y la limpieza del agua para el consumo humano. Por otra parte, la regulación de la salubridad del entorno rural se limita a dos actividades: evitar ensuciar el agua de los torrentes, y eliminar toda la basura que cayera en dichas aguas. Precisamente uno de los temas recurrentes en el mantenimiento de la limpieza del entorno es el tratamiento del agua que se realiza desde una doble vertiente: por una parte se pretende evitar la potencialidad de este elemento como corruptor del entorno y el ambiente; y, por la otra, mantener su calidad como alimento. De hecho, en todos los casos existe la mención expresa a la prohibición de no ensuciar todo tipo de cauces de agua, pero especialmente las fuentes y pozos públicos de agua potable.

En relación al control de las enfermedades infecciosas las ordenanzas fijan medidas tanto sobre enfermedades ocasionadas por tipos y calidades de alimentación, como referidas a la introducción de normas de higiene (en su doble sentido de limpieza y desinfección), cuya práctica obligatoria determinará que este tipo de normas pronto se conviertan en valores, que en muchos casos se definen en términos de género. Precisamente la preocupación por la calidad y la conservación de los alimentos constituye una constante en ambos bloques de ordenanzas, en especial la carne y el pescado, y más tarde se introduce la leche y nuevas formas de conservación de los alimentos³⁴. Por otra parte en

³³ Así, en el primer bloque de ordenanzas la limpieza del entorno urbano constituye uno de sus objetivos primordiales; en ellas se incluyen una serie de artículos sobre la responsabilidad de los vecinos de limpiar la calle frente a su vivienda, la prohibición de echar basura a la vía pública, de realizar actividades que ensucien la calle, de desaguar en plena calle, de prohibir establos que den a la vía pública, o de eliminar todo resto de estiércol producido por el tránsito de los animales por el pueblo. Esta preocupación se extiende al interior de las viviendas, pero no tanto para conminar a los vecinos que las mantengan limpias, como para sugerir que las viviendas deben construirse ateniéndose a los principios más elementales de la higiene (aunque sólo se refieran al tema de la ventilación). En este aspecto la referencia más clara la encontramos en las Ordenanzas de Inca que en su artº. 48, refiriéndose a edificios de nueva construcción, se dice: “...debiendo reunir todas las habitaciones las condiciones higiénicas indispensables. Los cuartos dormitorios no podrán tener un piso más de un metro inferior al de la calle, debiendo hallarse convenientemente ventilados.” En los tres textos del siglo XX, se incluye como una de las principales novedades respecto a las ordenanzas de la época anterior, el concepto de desinfección para el mantenimiento de unos niveles óptimos de salubridad; ello se puede deducir de todas las medidas que regulan la conservación de los alimentos, la actividad de los barberos, o los depósitos de cadáveres, o la necesidad de tener una relación de personas con enfermedades contagiosas en el desempeño de diversos oficios, así como la asistencia a las aulas escolares. Además, en este segundo bloque se incorpora una preocupación por la higiene y salubridad de las viviendas, y para que éstas se construyan según unos determinados parámetros técnico-sanitarios; con una gran profusión de articulado, se fijan los accesos exteriores, se prevén las alturas de los edificios o su ventilación, la conducción de agua, la conexión con la red de alcantarillado público, etc (O.M. Sóller, 1907; capítulos VII al XIV)

³⁴ En el primer bloque aparecen dos términos que califican la salubridad de los alimentos: descomposición (relacionado con la emanación de miasmas/malos olores) y corrupción, resultante del contacto de los alimentos con determinado tipo de recipientes. La leche empieza a ser objeto de atención durante el primer período, aunque sólo en las ordenanzas de Inca y Pollença; mientras que en el segundo bloque el tratamiento es mucho más detallado (O.M. Sóller, Cap. XXVI, Art. 468: *Se prohíbe sin ponerlo en conocimiento del público, la venta de leches a las que falte alguno de sus elementos; como son la manteca y caseina; y en absoluto la venta de las que contengan alguna sustancia extraña o cualquiera otra clase de adulteración; a cuyo efecto se someterán al correspondiente análisis siempre que la*

las ordenanzas correspondientes al segundo período aparece una normativa mucho más detallada sobre este tema³⁵. Pero la normativa referida a este tema no se agota con las referencias anteriores. Una práctica importante es la que introducen las ordenanzas de Sóller de 1907 que determina la obligación de todos los vecinos a vacunarse y a revacunarse; obligación que se extiende a los niños en edad escolar que no pueden matricularse sin presentar un certificado de haber sido vacunados³⁶. También conviene reseñar la normativa sobre entierros y cementerios, tratada de forma diferente en los dos conjuntos de ordenanzas. El articulado de las ordenanzas del primer grupo es reducido, sólo en Pollença e Inca se especifica con detalle algunos de sus aspectos, puede que al ser este tema objeto de una estricta atención por parte de las autoridades superiores, que además fluctuaba ante las continuas amenazas epidémicas, contaba con una normativa propia.

Por último la organización de los servicios sanitarios directa o indirectamente involucrados con temas de salud aparece mucho mejor y más claramente regulada en los textos del siglo XX. Se trata de una reglamentación sobre médicos y farmacéuticos titulares, inspectores municipales de sanidad, Cementerios, Mercados, Mataderos, e incluso la creación de Laboratorios para el análisis de la calidad de los alimentos. En los tres textos se prevén de manera precisa y concreta las tareas de vigilancia y inspección que deben de estar a cargo de personal técnico especialmente cualificado. Así, los mercados y alimentos deben ser inspeccionados por los veterinarios y éstos conjuntamente con los médicos, serán los encargados de denunciar los focos de infección que presente el municipio, además de detectar la aparición de enfermedades contagiosas y su tipología. Por otra parte, en las ordenanzas de Sóller (igual que en las de Binissalem) se incluyen una serie de medidas de carácter social referidos especialmente a la mendicidad, a los niños desvalidos, o al trabajo de niños y mujeres.³⁷

autoridad o sus delegados lo juzguen oportuno). En relación a la conservación de los alimentos cabe citar el art. 478 de las O.M. de Sóller en el que se determina que *se prohíbe la venta para usos alimenticios de hielo que, por fusión no dé agua potable y limpia. El hielo que reúna estas condiciones, podrá venderse en recipientes que contengan en letras visibles las palabras Hielo alimenticio. Los fabricantes y depositarios de hielo industrial y de hielo alimenticio, deberán exponer cada una de estas dos clases, en locales y envases enteramente separados, y en rótulos distintos que indiquen respectivamente si es industrial o alimenticio*

³⁵ Así la inclusión en las ordenanzas de Sóller y Santanyí, de una serie de enfermedades calificadas como contagiosas, supone reglamentar pautas concretas de actuación ante la presencia de las mismas; los médicos están obligados a emitir un parte antes de 24 h. de ocurrida la defunción, con el fin de proceder a la desinfección obligatorias de las viviendas afectadas; los vecinos, por su parte, están obligados a declarar las enfermedades contagiosas, y a no abandonar su domicilio mientras dure la enfermedad.

³⁶ Esta práctica aparece registrada en las otras ordenanzas del XX analizadas.

³⁷ Las Ordenanzas de Sóller suponen el punto de partida sobre estos temas, que posteriormente serán recogidos sólo por las ordenanzas de Binissalem. Así la prohibición de la mendicidad, como en las ordenanzas del bloque anterior, es también recurrente, pero hay algunos temas que constituyen una novedad, entre los cuales podemos citar los artículos que amparan a los niños y los derechos laborales de las mujeres. Los artículos 94 al 100 regulan algunos temas referidos a la infancia y a la juventud, como el abandono y el maltrato de los niños, el trabajo de los menores de edad con respecto al período anterior. Por su parte, el artículo 101 establece por una parte la prohibición que las mujeres trabajen durante las tres semanas posteriores al alumbramiento, por la otra el permiso de amamantar a las trabajadoras que tengan hijos en período de lactancia.

Todas las novedades reseñadas en los apartados anteriores no significan la eliminación de los presupuestos ambientalistas y alimentarios que prácticamente suponían la columna vertebral de las ordenanzas decimonónicas, sino que las complementan. Así, observamos como paralelamente a los conceptos bacterianos se prevén con minuciosidad todas las situaciones en que la acción de los vecinos pudiera suponer contaminar el aire, la tierra o los alimentos. Incluso aparecen nuevas prohibiciones, como en las O.M. de Santanyí que no permiten la construcción de pozos negros o estiércol a menos de 8 metros de los depósitos de agua potable. En el tema alimentario podemos hacer la misma aseveración, con la importante salvedad de la inclusión de artículos adecuados a los nuevos tiempos, como es la prohibición, también exclusiva de Santanyí, que tienen los vendedores de tocar con las manos los alimentos. Quizás sea el artículo 223 de las ordenanzas de este último municipio (que, por otra parte, son las más actuales desde una perspectiva cronológica) el que resuma mejor la combinación de innovación con el mantenimiento de determinados presupuestos higiénicos herederos de la teoría miasmática:

“Se tendrá por foco de infección, todo lugar, bien se halle dentro de las viviendas o fuera de ellas, en que se desarrollen o puedan desarrollarse, por falta de limpieza y permanencias de materias orgánicas en descomposición, gérmenes de enfermedades infecciosas o emanaciones miasmáticas que puedan perjudicar la salud o molestar a los vecinos”.

Además de esta normativa local es interesante conocer algunas pautas de la gestión municipal y provincial sobre los temas citados y muy especialmente sobre las formas de aplicar la legislación sanitaria. Nos limitamos a describir algunas actuaciones documentadas a partir de fondos de los archivos municipales³⁸ (especialmente las Actas y la correspondencia municipal) y del Arxiu del Consell Insular de Mallorca que incluye los fondos de la antigua Diputación Provincial. Creemos que son datos que muestran como el avance legal incorporado en las Ordenanzas y en otros registros legales, se tradujo en una serie de realizaciones prácticas.

En primer lugar observamos una consolidación de los servicios municipales que se observa en diversos tipos de actuaciones. Un primer ejemplo se refiere a los acuerdos sobre nombramientos de médicos titulares que comienzan a hacerse efectivos a partir de 1868, aunque las vicisitudes del periodo revolucionario provocaron una gran inestabilidad en el ejercicio de los cargos públicos, que hizo que no se llegaron a hacer efectivos hasta la llegada de la Restauración. Este proceso culminó en la década de los ochenta, cuando ya casi todos los Ayuntamientos han cumplido con el precepto legal de nombramiento de facultativos municipales con su correspondiente reglamento aprobado por el gobernador³⁹. Conviene precisar que ello no supuso el

³⁸ Hasta este momento se han investigado y en parte analizado datos procedentes de los archivos municipales de Alaró, Alcúdia, Algaida, Binissalem, Capdepera, Esporles, Felanitx, Llubí, Manacor, Montuïri, Muro, Pollença, Sineu y Vilafranca; que juntamente con los procedentes del archivo del Consell Insular de Mallorca ya han generado una base de datos con más de 5000 entradas.

³⁹ Esta afirmación no significa que la relación de los ayuntamientos con los médicos fuese inexistente antes de esta fecha. Así, en el acta de 21-8-1814 la corporación de Alcúdia acuerda el pago del primer

aumento del número de facultativos en la Mallorca rural, pero sí su dependencia de los servicios públicos, lo que garantizó –entre otras- la asistencia a los pobres por parte del municipio⁴⁰. 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 presencia⁴¹; aun así, en Felanitx ya se contará con veterinario a sueldo del municipio desde 1881⁴². Por otra parte, los médicos titulares pasarán a desempeñar progresivamente labores de inspección sanitaria municipal, tal como prevenía la *Instrucción de 1904*⁴³.

En segundo lugar se detecta un progresivo control de las enfermedades infecciosas por medio de la práctica de la vacunación obligatoria. Hasta la década de los 60 no proliferan las noticias y acuerdos municipales sobre esta temática, lo que no supone que con anterioridad se desconociese esta práctica, aunque los datos recogidos apuntan que ésta era esporádica y, pudiera ser que no siempre se efectuase en los propios municipios, sino en Palma.⁴⁴ También tenemos que añadir que hasta la década de los 70 los datos relacionados con la vacunación están relacionados habitualmente con amenazas epidémicas, pero a partir de estos años se convertirán en una práctica habitual de la administración, ya sea en forma de acuerdos tomados por iniciativa de la propia corporación, ya sea como reflejo a normativas y órdenes superiores inscritas en los Boletines Oficiales de la provincia, entre las que no faltan las demandas de estadísticas de vacunados y revacunados de la localidad⁴⁵.

En tercer lugar se acrecienta la práctica de la elaboración de estadísticas relativas a la población. Ello es consecuencia de un aumento de la demanda de información estadística de carácter demográfico-sanitario por parte del Gobierno Civil. La novedad estriba en que ésta no se centra sólo en períodos concretos proclives a crisis de mortalidad, o ante la presencia de episodios

semestre a un facultativo y en 1824 se nombró a un cirujano para el pueblo. Por su parte, en Pollença a partir del 11 de marzo de 1860 el hospicio-hospital de la villa era atendido por un medico a cargo del ayuntamiento con un sueldo de 670 rs. de vellon anual. Ahora bien, en ambos casos la relación reseñada no está regulada por una legislación superior, lo que la hace depender de la voluntad de las autoridades locales.

⁴⁰ 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).

⁴¹ 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).

⁴² Archivo Municipal de Felanitx, acta de 16-1-1881.

⁴³ A partir del acta de 21-5-1912 en Llubí aparece el médico titular con esta denominación.

⁴⁴ La primera noticia sobre vacunaciones detectada corresponde al municipio de Binissalem, cuando ante la amenaza de un brote epidémico de viruela en 1836, el consistorio acuerda que aquellos que no estuviesen vacunados procediesen a la vacunación en Palma (Acta de 6-4-1836). Esta noticia es interesante, ya que indica que la vacuna ya era una práctica utilizada por la población mallorquina de la época, pero también nos da a entender que esta se realizaba en la capital. En este sentido, las noticias relacionadas con la vacuna en Palma se remontan a principios de siglo.

⁴⁵ El concepto de revacunación aparece por primera vez en nuestro trabajo en 1860 (Archivo Municipal de Llubí, Correspondencia-26), precisamente como una petición del gobierno superior de la provincia del número de vacunados y revacunados fallecidos durante el mes de marzo del mismo año.

epidémicos, sino que supone el inicio de una práctica habitual y estandarizada⁴⁶.

En cuarto lugar asistimos a un continuo progreso en la realización de obras públicas, especialmente a partir de 1870 con un gran protagonismo por parte de la Diputación Provincial⁴⁷. Durante este período se intensifica la política de desecación de charcas y lagunas, iniciada en 1845 con la planificación de la desecación del *Pla de Palma* (zona pantanosa situada al sur de la capital); aunque la iniciativa fuera particular, se exigían los permisos pertinentes. Destaca el inicio en 1868 de la desecación de la Albufera de Alcudia. Por otra parte, se incrementa en estos años la actividad de los técnicos provinciales – que se han ido incorporando a consecuencia de la organización de los servicios técnicos provinciales por parte de la Administración central- para solucionar problemas concretos que surgen en los municipios como sucede, por ejemplo, en 1888 cuando el arquitecto provincial tiene que emitir un informe para desecar una laguna en el término municipal de Santanyí; o en 1893 cuando el mismo técnico es solicitado para realizar un proyecto que evite las filtraciones de residuos en la fuente pública de Felanitx; o en 1909 para otro proyecto dirigido a desviar la acequia de las aguas para abastecimiento público de Pollença. Otras demandas similares, hacen referencia a traslados de basureros públicos (1871, ayuntamiento de Sa Pobla), o al estudio del establecimiento de sanatorios (como la solicitud de concurso público presentado por la Academia de Medicina y Cirugía, junto a los Colegios de Médicos y Farmacéuticos en 1903). Capítulo aparte merece la política de construcción de mataderos, que supone la instalación de este servicio público en prácticamente todos los municipios durante las mismas fechas. También la reforma de la mayoría de los cementerios municipales, aunque su traslado fuera de la población data ya de la primera mitad de siglo⁴⁸.

Por último, cabe consignar que a partir de los años ochenta se experimenta en los municipios estudiados una verdadera transición del tratamiento del problema de la higiene que pasa del ambientalismo propio de la teoría miasmática, al uso del concepto de desinfección vinculado a los descubrimientos microbiológicos que revolucionaron la medicina en estas fechas. Sin embargo ello no se traduce en ningún momento del primer período considerado (cosa que, como se ha visto al principio, corroboran los escritos de Estada y los Darder) en el abandono - como marcaba la legislación pertinente- de la política que se fundamentaba en la identificación de la higiene con la limpieza y los buenos olores, sobretodo en momentos puntuales del año (básicamente los meses de verano) y ante las noticias de epidemias. Pero a medida que se introducen los nuevos descubrimientos en el tratamiento de la salud pública, se avanza en el cambio de actitud frente a la mentalidad

⁴⁶ Por ejemplo en Alcúdia en el acta del 19-1-1862, el consistorio se hace eco de la orden superior de que los municipios tienen que hacer recuentos anuales de defunciones, nacimientos y matrimonios.

⁴⁷ En Pere Salas, “Les obres públiques a Mallorca durant el segle XIX. Consideracions sobre l’acció de l’administració pública a l’època contemporània” en *Mayurqa* nº 28, pp. 53-74 se trata en parte esta temática.

⁴⁸ Pere Salas, “La política sanitaria en la primera mitad del siglo XIX (Mallorca 1800-1850)” en *Revista de Demografía Histórica*, nº 20- II, pp. 53-97. Por otra parte, como ya hemos apuntado en esta comunicación, la misma legislación de la época se hace evidente esta mayor preocupación para el conocimiento estadístico de los municipios.

dominante. Así, en 1883 el veterinario de Felanitx ya es dotado de un microscopio para el análisis de los alimentos⁴⁹ 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 cerda⁵⁰, casi al mismo tiempo que se enviaban a un laboratorio externo muestras de agua de la fuente pública para proceder a su análisis⁵¹. Por otra parte, a finales de los noventa aparece un cierto interés en diversos municipios para la adquisición de estufas de desinfección⁵², mientras que también se adquieren productos químicos como el sulfato de hierro, el sulfato de cobre o el “sublimato corrossivo”⁵³, para ser utilizados específicamente como desinfectantes. En general, la entrada del siglo XX significó para la práctica sanitaria de los municipios estudiados la aplicación de los nuevos principios teóricos, tal como preveía la legislación del momento⁵⁴ y, en algunos casos, con anterioridad a la promulgación de las propias ordenanzas.

3.- Consideraciones finales

Del planteamiento teórico y del resultado de las investigaciones que se acaban de exponer se plantean tres tipos de conclusiones que permiten algunas breves reflexiones sobre cada una de ellas. La primera se refiere al resultado del análisis de los indicadores demográficos (tasa de crecimiento intercensal – r - y la probabilidad de morir entre el nacimiento y el primer año de vida – q_0 -) y en menor medida de los indicadores antropométricos (dado el poco número de casos prácticos del cual disponemos), con especial referencia a las tendencias que muestran y a las cuestiones que ello plantea. La segunda afecta a la evaluación del impacto que pueden haber tenido sobre el comportamiento de la mortalidad las redes de asistencia sanitaria que se forman en Mallorca desde mediados del siglo XIX. La tercera apunta a considerar los efectos y la naturaleza de la práctica de la Administración Pública, aunque sea en el marco eminentemente local aquí tratado. No obstante, debemos ser conscientes que la interrelación entre las dos aproximaciones mencionadas conlleva una cuestión de método que implica la forma como relacionar datos cuantitativos con información cualitativa, es decir se pretende abogar por la complementariedad de estos dos tipos de información empírica.

A.- Por lo que se refiere a los indicadores demográficos, destacaremos que la tasa de crecimiento intercensal ha permitido evaluar la atracción que ejercía la ciudad de Palma en relación al resto de municipios de la isla de Mallorca. No obstante, se ha observado una tendencia de valores positivos en los municipios situados en la costa nordeste de la isla. Por lo que se refiere a los datos de mortalidad infantil han permitido establecer la cronología de inicio del descenso de esta mortalidad en el mundo rural, situándose entorno a la década de los años sesenta. Debemos ser conscientes que el estudio de la mortalidad en el

⁴⁹ Archivo Municipal, Acta de 22-04-1883

⁵⁰ Archivo Municipal, Acata de 22-05-1893

⁵¹ Archivo Municipal, Acta de 28-08-1893

⁵² Archivo Municipal de Alaró, Acta de 01-01-1898

⁵³ Por ejemplo: Archivo Municipal de Llubí, Acta de 24-09-1899

⁵⁴ Como por ejemplo en el ámbito valenciano, tal como apuntan Carmen Barona et alt., *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*, Seminari d'Estudis Sobre la Ciència, València, 2000.

primer año de vida que se ha presentado, únicamente se ha limitado a constatar la cronología e intensidad del descenso, sin recurrir a la comparación con otras realidades territoriales, tales como la ciudad de Palma, o ámbitos peninsulares.

B.- Por lo que se refiere a las redes de facultativos (médicos y farmacéuticos) y de atención sanitaria y educativa de las congregaciones religiosas femeninas, consideramos que no se puede obviar su existencia a la hora de enfrentarnos a la naturaleza de la oferta sanitaria de una sociedad o de una comunidad en el período considerado. ¿Constituyen indicadores de nivel de vida o solo serían muestra de algunos aspectos positivos de calidad de vida? El hecho de que todos los núcleos urbanos de Mallorca por pequeños que fueran contaran con el equivalente de un centro de salud actual (con todos los condicionantes y limitaciones propias del período estudiado) no es cuestión baladí. Por ello consideramos se trata de un hecho a tener en cuenta, que supone añadir o complementar la oferta sanitaria derivada de la práctica municipal. Es decir, defendemos su calificación de indicadores del nivel sanitario de una población.

C.- Por lo que se refiere a la práctica de la Administración Pública (y a su implicación en la creación de redes de servicios sanitarios), sólo queremos relacionar sucintamente los siguientes aspectos constatados y documentados para la Mallorca rural del período que abarca de mediados del siglo XIX a la Dictadura de Primo de Rivera:

- Consolidación de los servicios sanitarios municipales
- Programas de vacunación en fecha temprana
- Progreso en la realización de obras públicas
- Elaboración de estadísticas oficiales (demográfico-sanitarias)
- Práctica de la higiene pública⁵⁵

Por último un breve comentario sobre la complementariedad de los datos cuantitativos y cualitativos somos conscientes de que por el tipo de documentación primaria (básicamente actas del plenario municipal de diferentes localidades) utilizada en la construcción del discurso relativo al papel de la Administración como garante de servicios sanitarios (en el sentido global del término, ya se está barajando tanto medidas sanitarias propiamente dichas

⁵⁵ El análisis de este apartado es indispensable valorar la influencia que supuso la instauración de la primera Ley de Sanidad (1855), la cual revalorizó el papel municipal en el ámbito de la gestión y ejecución de la Salud Pública, que ya se había diseñado con la Constitución de Cádiz (1812). A su vez, determinó un modelo sanitario válido para toda la centuria del novecientos y de bien entrado el siglo XX, por el cual se primaba la protección de la *Sanidad Exterior* como modelo preventivo al problema colectivo que suponían los embates epidémicos. De aquí, la gran importancia de los cordones sanitarios para la prevención de las epidemias y aislamiento de los focos epidémicos, un sistema preventivo de Antiguo Régimen que sirvió a los contagionistas para mostrar la efectividad de sus principios científicos. No obstante, este aislamiento y más en concreto en su vertiente terrestre fue desacreditado legalmente y científicamente a partir de 1834 con motivo de la primera oleada de *cólera morbo – asiático* que asoló la península, confirmado por la Ley de Sanidad de 1855, aunque reintroducido por el Ministro Romero Robledo en la década de los ochenta del siglo XIX. Debemos ser conscientes, que los cordones sanitarios marítimos y en el caso de Mallorca, sirvieron para reforzar el beneficio natural geográfico de ser una isla, de aquí la funcionalidad que tuvieron durante todo el siglo XIX como herramientas de lucha contra los peligros epidémicos, muchos durante esta centuria, pero pocos y de carácter muy localizado afectaron a las poblaciones mallorquinas.

como higiénicas y también toda una serie de obras públicas en pro de la salubridad local) no podemos proporcionar un porcentaje numérico que nos permita explicar cual fue la contribución en cifras de la medidas de Salud Pública en relación al descenso de la mortalidad, y más en concreto de la mortalidad infantil. No obstante, la coincidencia cronológica entre el descenso de la mortalidad y la puesta en marcha de las medidas mencionadas podría suponer que éstas fueron uno de los determinantes que ayudaron al proceso de descenso de la mortalidad.

En resumen, consideramos que la efectividad de los datos y los argumentos presentados en relación a determinar el nivel y la calidad de vida de la población rural mallorquina de fines del ochocientos, puede medirse desde una doble perspectiva. Por una parte somos conscientes de que no puede calibrarse más que en un marco comparativo. Contamos con alguna información al respecto procedente del mundo rural inglés y noruego correspondiente al mismo período⁵⁶, pero creemos que la comparación de casos integrados en el mismo marco jurídico-político sería mucho más productiva pero, hasta el momento, no hemos podido localizar trabajos realizados a partir de planteamientos similares. Pero por otra también somos conscientes que los datos que estamos elaborando y analizando muestran un grado de modernización que no se corresponde con la visión de un mundo rural atrasado y deprimido.

⁵⁶ Corresponde a las comunicaciones presentadas al ANGLO-SPANISH COLLOQUIUM RURAL HEALTH AND MEDICAL PRACTICE, celebrado en Valencia los días 5 y 6 de noviembre de 2004