
Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español*

● JOSÉ LUIS RAMOS GOROSTIZA

Universidad Complutense de Madrid

Introducción

El *sanitary movement* británico, liderado por el abogado y economista Edwin Chadwick (1800-1890), fue el movimiento de salud pública más importante de la primera mitad del siglo XIX y marcó de forma notable los desarrollos en este terreno en otros países, constituyéndose en un auténtico referente internacional. Es cierto que ya en la época de la Ilustración se había puesto de manifiesto la necesidad de la implicación de los Estados en las cuestiones sanitarias, y así el vienés Johann Peter Frank —en los seis volúmenes de su *Sistema de una política médica completa* (1779-1819)— había considerado los asuntos de salud pública parte de una problemática socioeconómica más amplia y había propugnado la organización estatal de los mismos con el establecimiento de una legislación específica. Luego, en las primeras décadas del siglo XIX, fue Francia la que asumió el liderazgo en cuestiones de higiene. Pero sería con el *sanitary movement*, desde finales de la década de 1830, cuando verdaderamente la política de salud pública cobró una importancia efectiva sin precedentes. No era sólo una cuestión técnica, de infraestructuras de alcantarillado y agua corriente, sino que a través de la mejora del ambiente urbano se pretendía prioritariamente la estabilidad social y la moralización de las clases obreras, además de la consecución de ciertos beneficios económicos. Se trataba de una vía aparentemente neutra para acabar con los problemas asociados a la industrialización que concitaba amplios apoyos, siendo

* Agradezco los comentarios de los evaluadores anónimos.

Fecha de recepción: octubre 2012

Versión definitiva: agosto 2013

Revista de Historia Industrial

N.º 55. Año XXIII. 2014.2

preferida a otras controvertidas opciones de reforma social y lucha directa contra la pobreza.

En España, el higienismo había comenzado a desarrollarse a mediados del siglo XVIII. Sin embargo, la higiene como disciplina moderna arrancó y se consolidó en nuestro país en los años centrales del siglo XIX, entre 1833 y 1868, en lo que López Piñero (1964) llamó la «etapa intermedia», coincidiendo con las regencias y la etapa isabelina, en un periodo marcado por el lento y tortuoso avance del liberalismo y por la difusión de la industrialización, que daría lugar a un crecimiento urbano sin condiciones sanitarias adecuadas. Posteriormente, ya con el desarrollo de la bacteriología en el último cuarto del siglo XIX, el higienismo iría entrando de forma paulatina en una nueva etapa.¹

El principal protagonista del movimiento español de higiene y salud pública en estos años centrales del siglo XIX fue Pedro Felipe Monlau y Roca (1808-1871), si bien figuras como su maestro Mateo Seoane (1791-1870) y Francisco Méndez Álvaro (1806-1883), entre otras, desempeñaron también un papel destacado. No fueron autores originales, pero realizaron una importante labor de asimilación, síntesis y divulgación de los planteamientos higienistas desarrollados en Europa. Aunque el higienismo español de este periodo —como instrumento clave del reformismo liberal para enfrentarse a los problemas de la clase obrera— ha sido ampliamente estudiado a través de excelentes trabajos,² sus conexiones, similitudes y diferencias con el *sanitary movement* británico no han sido aún examinadas en profundidad. Precisamente, la aportación de este artículo consiste en analizar en qué aspectos de la obra de Monlau y otros higienistas españoles se percibe la influencia del primer movimiento británico de salud pública, y en qué otros, sin embargo, se aprecian diferencias de enfoque o énfasis.

1. Urteaga (1985-1986), pp. 422-423, y Bernabeu-Mestre y Galiana (2011), p. 3.

2. Existen muchos y buenos trabajos sobre el higienismo español de mediados del siglo XIX. Sobre la tradición de las topografías médicas, véanse Urteaga (1980) y Puigvert (1997). Respecto al higienismo en general, sus antecedentes, su contexto, sus principales protagonistas y sus logros, véanse por ejemplo: López Piñero (1964), el estudio introductorio de Jutglar (1984), Urteaga (1985-1986), Rodríguez Ocaña (1992a y 1992b), Alcaide (1999b), Campos (2003), Rodríguez Ocaña y Menéndez (2005), Barona (2009) y Bernabeu-Mestre y Galiana (2011). Para un estudio bibliométrico de las publicaciones higienistas, Alcaide (1999a); en relación con la legislación sanitaria, Velasco (2000); para la conexión entre higienismo y educación, Viñao (2000); y sobre la aplicación de métodos cuantitativos en salud pública, Rodríguez Ocaña y Bernabeu-Mestre (2005). Respecto al objetivo higienista de moralizar a la clase trabajadora y normativizar su comportamiento, cabe destacar Campos (1995) y Quintanas (2011), y para el caso concreto vasco, Pérez-Fuentes (1991). En referencia a Mateo Seoane hay que hacer sobre todo alusión al completo estudio introductorio de López Piñero a Seoane (1984). Sobre Méndez Álvaro y su obra se puede consultar el gran estudio preliminar de José Luis Fresquet a Méndez Álvaro (1990), así como el libro de Moro (1986). Pero la figura más analizada ha sido sin duda la de Monlau: cabe citar, entre otros, la obra monográfica de Granjel (1983) y los trabajos de Urteaga (1985), Moliner (1986) y Cuiñat (2011).

El higienismo de mediados del siglo XIX en Europa se ha estudiado e interpretado poniendo el acento en aspectos bien distintos:³ su origen y vinculación con el ambientalismo y la preocupación por el entorno geoclimático de finales del siglo XVIII y principios del XIX; su evolución posterior hacia el reconocimiento de la influencia de las condiciones sociales del medio en la desigual incidencia de la enfermedad; su labor de atemperamiento de las disfunciones del primer capitalismo industrial y su efecto económico positivo en la productividad general y en la vida laboral de los trabajadores; su influencia indirecta en la construcción social de los derechos civiles y en la mayor implicación del Estado en materia de salud pública y legislación; o su papel como instrumento moralizador y disciplinador de la mano de obra en favor de la estabilidad del orden social establecido. Esta última forma de mirar el higienismo decimonónico —subrayada por ejemplo por Pérez Fuentes (1991), Rodríguez Ocaña (1992a), Campos (1995) o Quintanas (2011) para el caso español, o por Hamlin (2008) para el británico— me parece la más atractiva y es por tanto la que más se destacará a lo largo del presente trabajo.

Chadwick y la significación del movimiento británico de salud pública

Resulta cuando menos llamativo que el auténtico impulsor del *sanitary movement* (1832-1854), Edwin Chadwick, fuera un hombre de formación jurídica y larga carrera en la administración pública, y no un médico o incluso un ingeniero civil. No obstante, conseguiría aglutinar en torno a sí a profesionales competentes, médicos como Southwood Smith, James Phillips Kay, Neil Arnott y William Farr, e ingenieros como John Roe y John Phillips.

De carácter muy difícil —dominante, dogmático y soberbio—⁴ Chadwick fue sin embargo reconocido como un trabajador incansable, y participó activamente en el diseño de la legislación pública inglesa a lo largo de más de treinta años en lo relativo a aspectos tan variados como el alivio de los pobres, el trabajo en las fábricas, la salud pública, la educación y los comportamientos delictivos. En términos más amplios, puede decirse que su ascendiente sobre la política económica y social británica fue de largo alcance, tomando parte directa o indirectamente en casi todos los proyectos intervencionistas entre 1830 y 1890.⁵ Familiarizado con la economía política ricardiana, amigo de J.S. Mill, miembro destacado del Political Economy Club, y secretario personal del filósofo utilitarista Jeremy Bentham entre 1831 y 1832, se vio especial-

3. Bernabeu-Mestre y Galiana (2011), pp. 1-6.

4. Lewis (1952), pp. 3-4, pinta a Chadwick como un hombre pagado de sí mismo, demasiado consciente de sus propios méritos, poco paciente con los tontos —incluyendo aquí a casi todos los que no estuvieran de acuerdo con él— y tendente a la prepotencia.

5. Ekelund y Hébert (1992), p. 229.

mente influido por la teoría de la legislación de este último, quien, frente a la idea smithiana de la identidad natural de los intereses privados y públicos, afirmaba la necesidad de lograr la identidad artificial de los mismos mediante mecanismos institucionales, definiendo incentivos y penalizaciones que llevaran a los individuos egoístas a comportarse de acuerdo con el bien social y permitieran la consecución del mayor bien para el mayor número. Pero para Chadwick el interés público no era la espinosa suma de los intereses individuales postulada por Bentham, sino simplemente la mejora de la eficiencia económica entendida como todo aquello que redujera el despilfarro de recursos.⁶ En este sentido, antes que tener que corregir situaciones ya problemáticas era mejor prevenirlas, obteniendo por esta vía grandes economías pecuniarias. Y aquí se abría un amplio campo para la reforma administrativa y la extensión de la intervención estatal —sin límites prácticos definidos—, pese a considerar el libre mercado y la propiedad privada como marco general de referencia, y entender que la iniciativa individual y la competencia eran los principales resortes del progreso social.⁷

En cualquier caso, Chadwick estaba muy alejado del razonamiento puramente deductivo y abstracto y su acercamiento a los problemas se basaba en la observación directa de los hechos y la recopilación de evidencias empíricas, con una amplia red de informantes sobre el terreno y el uso habitual de encuestas de campo y tablas de datos estadísticos.⁸ Por otra parte, su territorio no era el de la reflexión teórica, sino el más tangible de la práctica burocrática y la acción legislativa, con una concepción muy centralista del Estado.

Parece que Chadwick empezó a interesarse por los asuntos de sanidad pública ya a finales de la década de 1820, consolidando luego dicho interés a través del análisis del problema de la pobreza,⁹ pues como secretario de la Comisión de la Ley de Pobres fue el principal autor —junto a Senior— del informe de 1834 que sería la base de la nueva y controvertida legislación en la

6. Price (1984), p. 976.

7. Chadwick (1842), pp. 279-280; Lewis (1952), pp. 7-10; Ekelund y Hébert (1992), p. 230. La principal aportación de Chadwick al terreno económico fue el llamado «principio de administración de contratos»: la propuesta de aplicar la idea de competencia para conceder la provisión de servicios públicos o la explotación de monopolios naturales; es decir, el fomento de la rivalidad entre varios postores para conseguir el derecho exclusivo de suministrar a todo el mercado. Véase el artículo de Crain y Ekelund (1976), así como el libro de Ekelund y Price (2012), caps. 3-5.

8. Lewis (1952), pp. 13-16. Chadwick fue un gran impulsor de la estadística sanitaria. Sobre el desarrollo de esta en general y en España, véanse Rodríguez Ocaña (1992b), pp. 12-16, y Rodríguez Ocaña y Bernabeu Mestre (2005).

9. Según Lewis (1952), p. 33, en un artículo de 1828 sobre seguros de vida, en el que citaba ampliamente al médico francés Villermé y utilizaba numerosos datos estadísticos, Chadwick apuntaba ya que la duración de la vida humana estaba determinada por las circunstancias en las que esta se desarrollaba. Años más tarde, preparando un informe específico sobre Londres y Berkshire para la Comisión de la Ley de Pobres, observaba que algunos barrios insalubres eran significativos focos de pauperismo.

materia.¹⁰ Pero en realidad fueron las crecientes tensiones entre Chadwick y los otros miembros de la Comisión en la aplicación de la nueva ley de pobres las que le impulsaron a buscar un nuevo campo de desarrollo personal en la administración pública, y este parecía estar claramente definido en el ámbito de la salubridad, donde las dificultades iban en aumento.

Ya en 1832 una mortífera epidemia de cólera había traído al primer plano los problemas de salud pública y la necesidad de buscar soluciones, si bien el reto de la alta mortalidad de las ciudades industriales —enfrentadas al aire contaminado, el hacinamiento, el vertido incontrolado de residuos, el amontonamiento de basuras o los problemas de garantía de abastecimiento de agua potable— venía planteándose desde tiempo atrás.¹¹ La mayor parte de las aguas residuales urbanas iba a parar a pozos negros, en general desatendidos y no vaciados con regularidad, dando lugar a filtraciones que contaminaban los acuíferos próximos. Por otra parte, el apiñamiento de la población de algunos barrios generaba un volumen de excrementos mucho mayor que el que los pozos negros podían asimilar, en tanto que el sistema de alcantarillado estaba únicamente diseñado para absorber las aguas pluviales y era por tanto incapaz de gestionar la avalancha de residuos sólidos, originándose así frecuentes bloqueos por acumulación de detritus y lodos viscosos que no circulaban.¹²

Cuando en 1837-1838 el tifus golpeó con dureza el mísero East End de Londres, Chadwick vio abrirse una clara oportunidad y envió a los ya citados Smith, Kay y Arnott para estudiar las causas de la epidemia. Los informes que elaboraron estos médicos en 1838 —fundamentales para la conformación de la «sanitary idea» que presidiría el *Sanitary Report* de 1842— documentaban la insalubridad y la inmundicia como la razón del brote de tifus, e implícitamente señalaban que la enfermedad conducía luego a la indigencia.

10. Senior y Chadwick (1834). El *Poor Law Commissioners' Report of 1834* daría origen a la *Poor Law Amendment Act* (1834). Dicha ley iba a cambiar radicalmente el sistema de alivio de la pobreza en Inglaterra, que en esencia venía de los tiempos isabelinos. La reforma destacaba sobre todo por dos aspectos básicos: por una parte, se suprimía toda ayuda exterior a los necesitados y se sustituía por un sistema de *workhouses* en las que las condiciones debían ser más duras que en cualquier empleo; y por otra, se traspasaba la gestión del sistema de asistencia desde el ámbito local parroquial a un órgano central a nivel nacional.

11. Por ejemplo, en Birmingham y Liverpool, que vivieron un gran crecimiento industrial entre 1831 y 1844, la tasa de mortalidad por cada mil habitantes se incrementó, respectivamente, de 16,9 a 31 y de 21 a 34,8. En Manchester, hacia 1844, era del 33,8. En cuanto a la esperanza de vida al nacer de las clases trabajadoras, rondaba los 18 años en ciudades como Bolton o Leeds, y era menos de la mitad que la de las clases más acomodadas (Ringen, 1979), p. 114.

12. Véanse Hunt (2005), cap. 1; Bryson (2010), pp. 477-495; Glick (1987). En 1848, 1853-1854 y 1867 se produjeron nuevos brotes de cólera en Gran Bretaña. No es extraño entonces que entre 1845 y 1856 se publicasen allí más de setecientos libros sobre esta enfermedad procedente de la India, que actuaba con gran rapidez sobre los organismos sanos. Aunque al principio se asoció a la pobreza, pronto se vio que atacaba igualmente a las clases acomodadas.

La insalubridad —argumentaba Kay— era en gran medida independiente de los comportamientos individuales (aguas estancadas, mal drenaje, ventilación deficiente, exhalaciones de pozos negros, enterramientos sobresaturados, etc.), aunque se veía intensificada por hábitos inapropiados (falta de aseo personal, falta de limpieza en el vestido y el hogar, tendencia al hacinamiento, intemperancia, etc.), por lo que había también una responsabilidad individual ineludible. En cualquier caso, la idea que subyacía a la explicación del origen de la epidemia en los informes de 1838 era la teoría miasmática (o anticontagionista), de forma que la clave estaba en la putrefacción y descomposición de materia orgánica que daba lugar a partículas malignas o sustancias imperceptibles disueltas en la atmósfera, los miasmas. Es decir, el problema residía en las emanaciones fétidas o exhalaciones nocivas transportadas por el aire y derivadas de basuras, cloacas, aguas estancadas, cadáveres en descomposición, etc.¹³

Los informes de 1838 no eran representativos de la opinión médica del momento. Sostener la correlación entre insalubridad y enfermedad era un lugar común entre la profesión médica británica a principios del siglo XIX, pero —a diferencia de Smith, Arnott y Kay— la mayoría de los médicos estaba lejos de juzgar la insalubridad como causa inmediata y fundamental del tifus. Así, la pobreza extrema era vista también con generalidad como un motivo básico de enfermedad, incluso mucho más relevante que las propias condiciones físicas o ambientales, pues la falta de alimentación y vestido adecuados y la exposición a los rigores del clima debilitaban el cuerpo y deprimían el espíritu, y por tanto predisponían fuertemente a todo tipo de afecciones.¹⁴ Además, en el caso del tifus —que fue el centro de las discusiones de salud pública en Inglaterra antes de 1840— la mayoría de los médicos británicos que defendían una respuesta social a dicha enfermedad ligaban esta al contagio (la transmisión a través del contacto directo con personas y enseres), y consideraban que dicho contagio se veía favorecido sobremanera por la debilidad del organismo que venía inducida por la indigencia. Dada entonces la importancia de las causas sociales de la enfermedad, y entendiendo que la sa-

13. Lewis (1952), pp. 33-38; Hamlin (2008), pp. 85, 102-109, 112-119. Entre 1849 y 1855 John Snow demostraría el vínculo entre el cólera y el agua contaminada por materias fecales, realizando mapas detallados de la incidencia de la epidemia que ponían de manifiesto claramente dicha conexión; por otra parte, cuestionó la teoría miasmática, pues los individuos más sometidos a aire impuro o maloliente, como los limpiadores de alcantarillas, no estaban sin embargo entre las víctimas más frecuentes de la epidemia. Con todo, los planteamientos de Snow no recibieron atención, y a su muerte, en 1858, aún seguía prevaleciendo la teoría miasmática. Habría que esperar hasta 1883 para que Robert Koch descubriese el bacilo que provocaba el cólera. Véase Alcabes (2010), caps. 3 y 4.

14. Ya en 1790 el médico Johann Peter Frank, autor del primer tratado sistemático de higiene pública al que se ha hecho alusión en la introducción, había titulado su famoso discurso en la Universidad de Pavía con este revelador título: «La miseria del pueblo, madre de las enfermedades».

lud era un prerrequisito para la libertad, muchos médicos —en particular escoceses— argumentaron a favor de interferir en el mercado vía regulaciones para preservar la salud pública. En consecuencia, la tensión entre economía política y medicina se hizo evidente en las primeras décadas del siglo XIX.¹⁵

Sin embargo, en el famoso *Sanitary Report* de 1842 —del que la Comisión de la Ley de Pobres se hizo formalmente responsable—¹⁶ Chadwick iba a intentar probar para el conjunto de Gran Bretaña la «sanitary idea» que ya habían planteado en sus informes de 1838 Kay, Arnott y Smith para el caso específico del East End londinense. Es decir, que la insalubridad era, por la vía miasmática, el origen de enfermedades epidémicas como el tifus o el cólera, y que estas a su vez acababan haciendo caer a menudo a los individuos en la indigencia.¹⁷ El determinismo ambiental iba hasta el extremo de sostener que las malas condiciones físicas llevaban a la degradación moral de los individuos y afectaban negativamente a la estabilidad social.¹⁸ En definitiva, por un lado se negaba que la pobreza e incluso el trabajo en las fábricas pudieran ser fuente de enfermedad,¹⁹ y por otro se concluía que las infraestructuras de saneamiento serían el remedio no solo contra la enfermedad sino también contra las malas costumbres y la conflictividad social.²⁰

La «sanitary idea», como se ha visto anteriormente, no estaba en sintonía con lo sostenido por la mayor parte de la profesión médica británica de la época —y quizá por ello Chadwick mantuvo siempre cierto desdén hacia los médicos, que contrastaba con su admiración inicial hacia los ingenieros civiles—. De hecho, ya en la década de 1840 las principales críticas a la «sanitary idea» vendrían por parte de médicos como el influyente doctor escocés William Pulteney Alison, los miembros de la Provincial Medical and Surgical Association, o el mismo William Farr, con el que Chadwick mantendría una agria polémica en torno a las muertes por hambre.²¹ Sin negar la relevancia

15. Hamlin (2008), pp. 57, 63, 71, 74, 123-127.

16. Es sintomático de las tensiones entre Chadwick y los comisionados el hecho de que estos, en su prólogo al *Sanitary Report*, ninguneasen el trabajo de Chadwick presentándolo como una mera síntesis o compilación de los principales resultados proporcionados por las encuestas y los informes locales, cosa que no era en absoluto. Véase Chadwick (1842), p. ix.

17. Chadwick (1842), p. 369.

18. Chadwick (1842), p. 370.

19. El trabajo en sí mismo, incluso teniendo en cuenta las prolongadas jornadas o ciertas características desagradables de algunas ocupaciones particulares, no era considerado negativo para la salud, sino las malas condiciones —evitables— en las que se desarrollaba el mismo, como la falta de ventilación adecuada en las fábricas: Chadwick (1842), pp. 114-119.

20. Chadwick (1842), p. 370.

21. Para Farr, responsable del Registro General creado en 1836 a instancias de Chadwick, el hambre —asociada a la pobreza extrema— contribuía significativamente a muchas de las muertes registradas en las ciudades industriales, lo que indicaba que la nueva ley de pobres, encargada de prevenir la inanición, no funcionaba. Sobre la controversia Farr-Chadwick, véase Hamlin (1995). Farr fue autor en 1839 de las *Vital Statistics*, integradas dentro de la magna obra de McCulloch *A Statistical Account of the British Empire*.

de las condiciones ambientales, todos ellos criticaban la preeminencia absoluta otorgada a estas en el origen de las epidemias y subrayaban la pobreza extrema como causa básica de la enfermedad, algo que por otra parte ponían también claramente de manifiesto los dos volúmenes de los *Local Reports*, publicados meses después de la aparición del *Sanitary Report* en agosto de 1842. Así, en una dura reseña de *The Spectator* Chadwick fue acusado de haber ignorado con deshonestidad la inequívoca evidencia de campo sobre la relación causal entre pobreza y enfermedad que proporcionaban dichos informes locales, los cuales habían sido teóricamente el punto de partida para la elaboración del *Sanitary Report*.²²

Pero la «sanitary idea» tampoco era acorde a la postura de los principales higienistas franceses —como Villermé o Parent-Duchâtelet— de los que Chadwick había bebido de forma importante en las décadas de 1820 y 1830.²³ Villermé, por ejemplo, enfatizaba la pobreza como determinante primario de las altas tasas de mortalidad, mostrando con numerosos datos cómo en París la mortalidad entre los pobres era alrededor del doble de la de las clases pudientes.²⁴ Por su parte, Parent-Duchâtelet cuestionaba seriamente la teoría miasmática al considerar que los olores nauseabundos no siempre estaban correlacionados con la muerte y la enfermedad.²⁵

La pregunta es entonces por qué Chadwick se empeñó en defender la «sanitary idea», excluyendo la pobreza como posible causa de las enfermedades epidémicas que azotaban ferozmente las urbes británicas. En primer lugar, Chadwick consideraba que en general las clases trabajadoras recibían un salario suficiente para mantenerse adecuadamente alimentadas, y el problema estaba en la mala gestión doméstica de los ingresos;²⁶ por tanto, su mayor mortalidad tenía que ser explicada no por la indigencia, sino por las malas condi-

22. Hamlin (2008), pp. 127-142, 153, 195-199. Parece que Chadwick no contaba con que los informes locales fueran a publicarse. En el caso de Inglaterra y Gales, dichos informes fueron elaborados por oficiales médicos de las uniones parroquiales, comisionados asistentes de la Comisión para la Ley de Pobres, y algunos médicos eminentes de las grandes ciudades. En el caso de Escocia, casi todos fueron redactados por médicos locales (p. 188).

23. La Berge (1992), pp. 292-294. Hasta la década de 1830 Francia estuvo a la cabeza europea en cuestiones de higiene y salud pública. Chadwick citó ampliamente los datos de Villermé sobre la variabilidad de la mortalidad en París en un artículo de 1828 sobre seguros de vida, y luego le citó también en el *Sanitary Report* en relación con cuestiones muy diversas, tales como las ventajas del buen drenaje en la reducción de epidemias, la diferencia en tasas de mortalidad entre distritos de una misma ciudad, las mejoras de salud pública derivadas de las mejoras de infraestructuras en París, o el decremento en la mortalidad en las prisiones como consecuencia de ciertas mejoras de la salubridad. De los textos de Parent-Duchâtelet Chadwick extrajo la importancia de los aprovisionamientos abundantes de agua y las redes de alcantarillado, así como la preocupación por cómo deshacerse de las aguas residuales de forma segura en tanto que se conservaban los residuos valiosos. Otros autores franceses citados por Chadwick fueron Joseph d'Arcet o Patissier.

24. La Berge (1992), p. 292.

25. La Berge (1992), p. 296.

26. Chadwick (1842), pp. 138-143.

ciones físico-ambientales en las que vivían.²⁷ De hecho, el tifus o el cólera afectaban igualmente a trabajadores que habían mejorado de forma sustancial su situación económica o material e incluso a barrios acomodados.²⁸ En segundo lugar, aceptar la idea de que la pobreza era causa de enfermedad significaba de alguna manera poner en cuestión el principio económico del libre funcionamiento del mercado y sobre todo reconocer el fracaso de la nueva ley de pobres que el propio Chadwick había diseñado.²⁹ Supuestamente esta última había terminado con el problema de la pobreza extrema, en tanto que las epidemias de tifus y cólera iban en aumento. Por consiguiente, Chadwick dio la vuelta a la conexión pobreza-enfermedad, y enfatizó la enfermedad como causa de pobreza, lo que a su vez obligaba a incrementar los fondos destinados al alivio de pobres. En suma, las infraestructuras de saneamiento urbano reducirían la enfermedad y —en consecuencia— también la pobreza.

Pero sin duda —como ha mostrado Christopher Hamlin—³⁰ la cuestión clave es que el *Sanitary Report* debe ser visto ante todo como un documento político con continuas referencias a la moralidad, aunque la naturaleza del texto quede oculta bajo la apariencia aséptica de empirismo, objetividad y rigor estadístico. Tras la década de 1830, marcada por revueltas y crecientes conflictos sociales y con el inquietante surgimiento del cartismo como pujante movimiento obrero, estaba en riesgo la propia supervivencia del Estado frente a la revolución y la continuidad de la sociedad industrial liberal. En este contexto, Chadwick proponía su «reforma sanitaria» no solo como una forma de combatir la alta mortalidad y las enfermedades epidémicas que estaban llevando a las ciudades industriales a un callejón sin salida,³¹ sino sobre todo como un medio de neutralizar la peligrosa radicalización obrera y la creciente agitación social. Además, al mismo tiempo, se evitaría la degradación moral de la clase trabajadora y se generarían unos significativos beneficios económicos.

27. Chadwick era completamente antimalthusiano. En su opinión, los frenos positivos de Malthus, como las epidemias o el hambre, hacían poco para detener el incremento de la población. Al contrario, donde las muertes eran elevadas los nacimientos lo eran también, y más que suficientes para compensar con creces las defunciones. En cambio, cuando la prosperidad avanzaba los matrimonios se retrasaban; si la gente tenía algo que esperar, esa expectativa favorable podía impulsarle a la prudencia reproductiva: Chadwick (1842), pp. 176-177, 180-188.

28. Según Chadwick (1842), pp. 144-147, el tifus no golpeaba solo a los débiles, sino especialmente a los sanos y con empleo.

29. La nueva ley de pobres de 1834 reservaba la ayuda a aquellos que ingresaban en una *workhouse*, donde las condiciones debían ser lo suficientemente duras para desincentivar a los que no estuvieran verdaderamente necesitados. Admitir la existencia de pobreza extrema, de forma que personas capacitadas para el trabajo prefiriesen padecer hambre y sufrir todo tipo de afecciones antes que ingresar en una *workhouse*, era reconocer el fracaso del nuevo sistema de alivio de la pobreza, pues este estaría aumentando la pauperización e incluso los costes de la ley de pobres, al incrementar indirectamente la incidencia de la enfermedad.

30. Hamlin (2008), pp. 157-158, 185-187.

31. Mumford (1996), pp. 161-173.

Por un lado, entonces, mejorar el ambiente físico urbano equivalía a mejorar sustancialmente las condiciones de vida del proletariado industrial,³² garantizando así la estabilidad y el orden. Es decir, la construcción y adecuación de infraestructuras de saneamiento era una opción inocua y viable para lograr este objetivo prioritario, por lo que no es extraño que suscitase un amplio consenso y el apoyo gubernamental, pues no implicaba alterar el delicado *statu quo* sociopolítico ni entrar en el controvertido terreno de la reforma social y la lucha contra pobreza.³³

Por otro lado, la mejora de la salubridad urbana contribuía a elevar el nivel moral de la clase obrera. Y es que, si bien es cierto que en el *Sanitary Report* se hablaba de cosas tales como enfermedad, mortalidad comparada, agua corriente, alcantarillado, espacios abiertos y ventilación, la moralidad era un tema omnipresente en el informe. Según Chadwick, las malas condiciones físico-higiénicas se asociaban a imprevisión, imprudencia, falta de moderación, avidez de gratificaciones sensoriales o tendencia al comportamiento delictivo.³⁴ En particular, el hacinamiento era un claro caldo de cultivo para la depravación moral y el desorden social.³⁵ Por consiguiente, el logro de hábitos de sobriedad, frugalidad, responsabilidad, diligencia o conformidad era inviable en tanto que no se llevase a cabo una transformación radical del ambiente urbano.

Finalmente, junto a todo lo anterior, las obras de alcantarillado y provisión de agua corriente tendrían claros beneficios económicos, ligados a la prevención de la enfermedad, que compensarían con creces la inversión necesaria para llevarlas a cabo y que se dejarían notar también en las generaciones venideras.³⁶ En primer lugar, se evitarían los costes asociados al debilitamiento de la mano de obra o al mantenimiento de viudas y huérfanos por la muerte prematura de hombres adultos.³⁷ En segundo lugar, al llevar directamente el agua corriente a las casas y hacer innecesarias tareas como su acarreamiento diario hasta los hogares, no solo se facilitarían el aseo personal y los hábitos de limpieza, sino que se evitaría la pérdida de tiempo de trabajo productivo que suponían las aglomeraciones en largas colas ante las fuentes públicas,

32. Chadwick (1842), pp. 80-87, 198-199, 211-221, 256-259, 370.

33. Como señala Ringen (1979), p. 118, sin alterar en absoluto la estructura de poder, privilegio y riqueza, la reforma sanitaria de Chadwick era un intento de hacer más soportable la vida de las clases trabajadoras, desinflando así sus posibles tentaciones revolucionarias.

34. Véase, por ejemplo, Chadwick (1842), pp. 126-137, 202-203. Véanse también las páginas 236-237, 246-251, 252-255, 260-261, 362-363.

35. Chadwick (1842), pp. 122-125.

36. Chadwick (1842), pp. 206-211, 222-226, intentaba hacer una comparación tangible entre los posibles costes de prevención y los costes asociados a una mayor incidencia de la enfermedad y la mortalidad. Antes que la implementación de medidas correctivas a posteriori, la prevención debía ser el principio básico: una población más sana trabajaría más productivamente y costaría menos de mantener (pp. 104-105, 148-149).

37. Chadwick (1842), pp. 186-195.

las cuales constituían además una amenaza potencial para el orden y la moral.³⁸ Y, en tercer lugar, las aguas residuales urbanas podrían incluso llegar a ser utilizadas con provecho para fertilizar tierras agrícolas.³⁹

Tradicionalmente se ha visto en Chadwick al honesto servidor público y maestro del detalle que, partiendo de estadísticas incuestionables y mirando donde nadie había querido mirar antes, describió problemas obvios con soluciones evidentes, dando lugar a una acción pública fundamentada en la verdad de la ciencia.⁴⁰ Es decir, desde la óptica convencional el programa de saneamiento de Chadwick sería una respuesta simple a un claro problema urbano, y dicha respuesta acabaría siendo esencial para la supervivencia o continuidad de los centros urbano-industriales.⁴¹

Sin embargo, si se adopta este esquema lineal se elimina la «posibilidad» de que la salud pública se hubiese planteado en aquel momento en otros términos diferentes a como la entendió Chadwick (centrada exclusivamente en las obras públicas de saneamiento); por ejemplo, dentro de una tradición médica implicada en las grandes cuestiones sociales de la Revolución Industrial.⁴² Es decir, en vez de una sencilla secuencia «necesaria» (observación y descripción objetiva de hechos problemáticos, y posterior puesta en práctica de actuaciones resolutivas obvias mediante la asistencia del conocimiento técnico-científico aportado por la medicina y la ingeniería), lo que habría más bien sería ideología, retórica y conflicto, en un marco de confusión y complejidad. Así, los copiosos hechos y cifras del *Sanitary Report* estarían cuidadosamente preseleccionados para que «hablaran» en una determinada dirección, excluyendo del análisis todo aquello que no interesaba para apuntalar la «sanitary idea», aun cuando su presencia fuese abrumadora (como la tuberculosis entre las clases obreras). En suma, las verdades científicas no precederían y dictarían la acción pública, sino que la ciencia sería un recurso que las partes en liza intentarían utilizar a su favor para respaldar sus actuaciones, neutralizar críticas y competir por el interés y el dinero públicos. En este sentido, la «solución sanitaria» chadwickiana al problema de la condición de la clase trabajadora, que se propagó rápidamente en la década de 1840, consiguió el apoyo del gobierno de Peel y de las élites británicas como medio para la consecución de la estabilidad social,⁴³ aportó una justificación para la con-

38. Chadwick (1842), pp. 70-71.

39. Chadwick (1842), pp. 48-57.

40. Chadwick hace varias referencias a la base científica de sus planteamientos: por ejemplo, Chadwick (1842), pp. 328-329.

41. Esta es la imagen que de algún modo se transmite, por ejemplo, en las partes quinta y séptima de la ya clásica biografía de Finer (1952) sobre Chadwick, y claramente en la biografía anterior de Marston (1925).

42. Hamlin (2008), pp. 335-340.

43. Lo importante no era el alcantarillado, la pavimentación de calles o los trabajos hidráulicos en sí, sino los efectos que estas infraestructuras tendrían a la hora de poner fin a los

tinuidad de la Comisión de la Ley de Pobres —que había asumido formalmente la responsabilidad del *Sanitary Report*—, y permitió al propio Chadwick un importante ascenso en la administración estatal, dotándole de poder efectivo y liderazgo sobre un amplio programa de actuaciones públicas.⁴⁴

La década de 1840 significó la institucionalización del movimiento de salud pública en Gran Bretaña. En mayo de 1843, se creó la Health of Towns Commission, con la que Chadwick no tuvo vinculación formal oficial, aunque en la práctica la supervisó, involucrándose directamente en su funcionamiento y llegando incluso a marcar su agenda de trabajo.⁴⁵ La Comisión contribuyó a lanzar definitivamente el movimiento de salud pública y elaboró dos informes, en 1844 y 1845, que iban a significar una extensión del de Chadwick de 1842. Estos informes —de los que Escocia quedó excluida— se dedicaban a desarrollar hasta un nivel de detalle las cuestiones técnicas que en el *Sanitary Report* solo habían quedado apuntadas, y que se relacionaban con un uso generoso e intensivo del agua como base de la higiene pública y privada;⁴⁶ por ejemplo, el aprovisionamiento constante y a domicilio de agua a alta presión, las posibilidades de reciclaje de aguas residuales urbanas, o el modo de construcción de colectores y redes de alcantarillado —en cuanto a dimensiones, formas, pendientes y materiales— para lograr un rápido drenaje y una efectiva eliminación de desechos sólidos urbanos mediante corrientes regulares de agua, evitando en lo posible roturas, filtraciones, desbordamientos y bloqueos. Asimismo, los dos informes se centraban en las ciudades —y no en los trabajadores—, lo que permitía conectar con ciertos temas específicos de mejoramiento urbano que venían preocupando a las clases medias desde el siglo XVIII, y que luego dieron lugar a las llamadas «comisiones de mejora» («improvement commissions»), especialmente importantes en grandes ciudades industriales como Manchester. De hecho, la Health of Towns Association constituida en 1844 y representativa de estos intereses de la burguesía urbana, iba a ser un elemento de presión básico para el logro de una legislación comprehensiva de salud pública.⁴⁷

más acuciantes problemas sociales de la industrialización. Es decir, el «sanitarismo» de Chadwick era visto políticamente como una ruta hacia la estabilidad social más viable que cualquier otra alternativa. Consiguió conectar con el estado de ánimo de un influyente sector de la población (comerciantes, profesionales liberales, gestores del gobierno local, etc.), que tenía una visión deshumanizada de la clase obrera, a la que se contemplaba con miedo y distancia como un grupo de población extraño y desconocido, llevado por los simples instintos y potencialmente peligroso (Hamlin, 2008, pp. 200, 203-204).

44. Tras años con un papel un tanto subsidiario como secretario de la Comisión para la Ley de Pobres, por fin Chadwick tenía verdadera autoridad. Se convertiría en jefe de la Comisión de Salud Metropolitana (1848-1854) y de la Comisión Metropolitana de Alcantarillado (1847-1849), además de ejercer una clara influencia directa e indirecta sobre todos los asuntos relacionados con la salud pública (Hamlin, 2008, p. 87).

45. Lewis (1952), pp. 83-105.

46. Novo (2002), pp. 295-300.

47. La Asociación publicaba la revista *Journal of Public Health and Monthly Record of Sanitary Improvement* y agrupaba a hombres de gobierno, miembros de la Iglesia anglicana y

Las conclusiones de los informes de la Comisión de 1844 y 1845 eran en esencia las mismas del *Sanitary Report*⁴⁸ (aunque en algunos trabajos individuales previos los comisionados trataron asuntos que no habían sido incluidos en aquel, como la mortalidad infantil). Por otro lado, entre las recomendaciones de la Health of Towns Commission estaba que el gobierno central asegurase la uniformidad de las prácticas de saneamiento, dejando la ejecución y gestión de las obras en manos de las autoridades locales.

Siguiendo precisamente esta recomendación, en 1848 se aprobó por fin en el Parlamento la Ley de Salud Pública, que daba a las ciudades poder para llevar a cabo amplias mejoras sanitarias urbanas pero atribuía al General Board of Health —del que formaba parte Chadwick, siempre desconfiado del poder local— la función de supervisar y facilitar dichas mejoras.⁴⁹ Así, el General Board of Health podía establecer comités locales de salud a petición de los propios gobiernos municipales.⁵⁰ El contar con un comité local permitía a las ciudades acceder a préstamos a largo plazo en condiciones ventajosas para la realización de las infraestructuras de saneamiento, aunque era preceptivo un informe previo de los inspectores del General Board, normalmente ingenieros, que garantizaba el cumplimiento y la aplicación uniforme y coordinada de los principios básicos de la reforma sanitaria.⁵¹

Sería precisamente una agria polémica con la élite de la Institución de Ingenieros Civiles, relativa a cuestiones técnicas del alcantarillado,⁵² lo que a la

profesionales liberales. Aunque estos disentían en planteamientos políticos y religiosos, compartían la creencia en la «idea sanitaria» de Chadwick como la solución más apropiada a los graves problemas sociales del momento (Hamlin, 2008, pp. 249-252).

48. Véase Chadwick (1842), pp. 368-372.

49. Chadwick (1842), pp. 302-303, 324-325, 339; Lewis (1952), pp. 158-177.

50. Al margen de esto, en aquellas ciudades con una tasa de mortalidad anual superior a 23 por mil la creación de comités locales de salud era obligatoria (Ringin, 1979, p. 117).

51. Según Hamlin (2008), p. 286, la perspectiva de las propias clases trabajadoras está mucho mejor reflejada en estos informes que en el *Sanitary Report* o en los informes de la *Health of Towns Commission*. Por otra parte, los inspectores se esforzaban en mostrar el efecto inmediato y universal de las actuaciones de saneamiento en términos de orden y estabilidad social, frente a los efectos un tanto inciertos y a largo plazo de medidas como la construcción de escuelas u hospitales. También insistían mucho en detallar las grandes partidas de ahorro asociadas a la prevención de la enfermedad que significaba el saneamiento (pp. 293, 297-298). Sobre el *General Board of Health*, Lewis (1952), caps. IX-XIV.

52. Chadwick defendía las alcantarillas tubulares de pequeño diámetro hechas con barro cocido; por un lado eran más baratas de construcción, y por otro —según había mantenido John Phillips en 1847— con un flujo continuo de agua podían eliminarse de ellas los malos gases y los atascos, pues en un conducto estrecho la velocidad del agua aumentaba y permitía el autolimpiado, evitando la cara y desagradable limpieza manual. El problema surgió cuando se dio un brote de tifus en el suburbio londinense de Croydon y se demostró que se había debido a roturas y bloqueos en el alcantarillado tubular de barro cocido. Los grandes ingenieros civiles, tales como Joseph Bazalgette —que reconstruiría el sistema de alcantarillado de Londres tras el «Gran Hedor» de 1858— o Thomas Hawksley —constructor de trabajos hidráulicos en más de cien ciudades—, argumentaron entonces que las alcantarillas tradicionales de ladrillo y amplio diámetro se acomodaban mejor al drenaje de lluvia intensa y permitían fácilmente la limpieza de atascos por lodos. Sin embargo, en las estrechas alcantarillas tubulares se

postre precipitaría la caída de Chadwick y su salida del General Board of Health en 1854, coincidiendo con el azote de una nueva epidemia de cólera. No obstante, Chadwick continuaría escribiendo activa y reiterativamente sobre temas de salud pública durante el resto de su vida,⁵³ en tanto que el movimiento de saneamiento urbano seguiría adelante durante el siguiente medio siglo con el poderoso apoyo de las clases medias desde las instancias locales. Quizá no se desarrolló tan rápida y sistemáticamente como Chadwick hubiera deseado, pero en cualquier caso mostró una gran vitalidad. Paralelamente, la influencia del *sanitary movement* se haría patente en toda Europa y en especial en los Estados Unidos,⁵⁴ dejándose sentir también en los incipientes foros internacionales sobre salud pública.⁵⁵

El higienismo español frente al *sanitary movement*

La idea de la influencia inglesa en el moderno higienismo español se basa fundamentalmente en el hecho de que su iniciador en el periodo aquí considerado, Mateo Seoane (1791-1870), estuvo exilado durante una década en Londres, desde el fracaso del Trienio Liberal en 1823 hasta la muerte de Fernando VII en 1834, momento en el que regresó a Madrid convertido en un experto en el cólera.⁵⁶ En este periodo Seoane se familiarizó con las doctrinas de Bentham, del que fue admirador, y conoció los inicios del movimiento de salud pública en Gran Bretaña, publicando en revistas médicas inglesas entre 1827 y 1831, y llegando a ser colaborador del Central Board of Health, mé-

formaban fácilmente depósitos si el flujo de agua no era lo suficientemente amplio y continuo, y entonces había que excavar, limpiar y reponer, a veces levantando una larga sección para encontrar el bloqueo y con dificultades para luego realinear las redes. Adicionalmente, estas conducciones de barro cocido no aguantaban bien determinadas presiones y los defectos de fabricación eran difíciles de detectar (Hamlin, 2008, pp. 303-329).

53. Véanse en este sentido los dos volúmenes de *The Health of Nations*, una recopilación de todos los trabajos sobre salud pública de Chadwick (1887). Más recientemente, David Gladstone (1997) —que subraya que el interés de Chadwick por este tema fue de largo alcance, más allá de la década de 1840— ha reeditado en cinco volúmenes las obras de Chadwick, incluyendo en el primer tomo la biografía clásica de Finer y en los tomos 2 y 3, respectivamente, el *Sanitary Report* y el resto de sus trabajos sobre salud pública, en los que reincide en los puntos de vista ya recogidos en el famoso informe: Chadwick (1997).

54. La Berge (1992), p. 299.

55. En la primera Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en París en 1851-1852, el delegado británico —representante de la administración médica chadwickiana— cargó contra las tesis contagionistas, que implicaban la realización de prolongadas cuarentenas, no solo acusándolas de falta de fundamento, sino también por restringir y obstaculizar el pujante comercio internacional, y por tanto, el avance de la economía británica. Similar posición mantendría Gran Bretaña en la segunda Conferencia de 1859, también celebrada en París (Ringen, 1979, p. 116; Barona y Bernabeu-Mestre, 2008, pp. 27-32, 37-38).

56. Durante el siglo XIX hubo cinco grandes brotes de cólera en España: 1833-1835; 1854-1855; 1859; 1865-1866 y 1885.

dico titular del St. George Hospital y miembro de varias asociaciones profesionales británicas.⁵⁷ De vuelta a España, es lógico pensar que Seoane se mantuviera al tanto de los planteamientos y realizaciones del *sanitary movement*, y que transmitiera tales conocimientos a sus discípulos Monlau y Méndez Álvaro. De hecho, en 1837 publicó unas «Consideraciones generales de estadística médica» muy influidas por el espíritu empirista del movimiento británico.⁵⁸

Méndez Álvaro fue un buen conocedor del proyecto británico de salud pública y en sus trabajos demostró conocer y citó a autores como Chadwick o Farr.⁵⁹ Sin embargo, Monlau —la figura central del higienismo español en estos años y cuya extensa obra sintetiza en gran medida el carácter del mismo— bebió sobre todo directamente de fuentes francesas. Tomó contacto con ellas durante su estancia en París entre 1837 y 1839, donde hubo de exiliarse debido a su militancia barcelonesa en el liberalismo progresista más radical⁶⁰ (aunque posteriormente, desde mediados de la década de 1840 y ya como técnico sanitario del Estado, se iría reconvirtiendo hacia un liberalismo moderado). De hecho, sus referencias a autores como Londe, Tourtelle, Levy o Tardieu son constantes a lo largo de toda su producción como higienista.⁶¹ No obstante, no debe olvidarse que entre los movimientos francés y británico de salud pública hubo un importante proceso de fertilización cruzada, y que desde comienzos de la década de 1840 la influencia de Chadwick en Francia pasó a ser notable, siendo citado desde entonces de forma habitual por los principales tratadistas galos.⁶² Por tanto, indirectamente —a través de los textos franceses— es claro que Monlau también pudo tener acceso a los planteamientos básicos del *sanitary movement*. Por otra parte, López Piñero considera que, pese al mayor número de citas de obras francesas, la «influencia dominante» en Monlau es británica, dado su uso de puntos de vista, datos e informes de dicha procedencia para apoyar sus propias argumentaciones.⁶³

57. López Piñero (1984), pp. 14-19. Previamente, el médico ilustrado vasco Ignacio María Ruiz de Luzuriaga (1763-1822) se había formado también en Londres y Edimburgo antes de dedicarse a su labor higienista en España.

58. Seoane (1984 [1838]).

59. Véase, por ejemplo, Méndez Álvaro (1990^a [1853]), pp. 136, 140, 145. Para un análisis en profundidad de la figura de Méndez Álvaro como higienista, puede consultarse Moro (1986), pp. 139-151.

60. Parece que Monlau, muy crítico con los progresistas por su timidez al emprender reformas estructurales desde periódicos como *El Constitucional*, se vio además envuelto en una disputa que terminó con el asesinato del jefe de policía Mariano Vehils (Cuñat, 2011, p. 13).

61. Véase Granjel (1983), p. 106.

62. Véase especialmente La Berge (1992), pp. 283, 298.

63. López Piñero (1964), p. 139. Efectivamente, Monlau demostró estar al tanto de los diversos informes británicos de salud pública, citando a menudo datos proporcionados por estos: por ejemplo, Monlau (1862 [1847]), pp. 467-468.

En España, los años centrales del siglo XIX —cuando arranca el movimiento higienista— son de transformación socioeconómica, con un especial peso de la industrialización en Cataluña. Dicha transformación se logra sobre la base de una legislación progresista que pretendía la apertura y liberalización económica, y la incorporación de capitales extranjeros e innovaciones como el ferrocarril. En lo político, esos años coinciden esencialmente con el reinado de Isabel II (1843-1868) y una gran inestabilidad gubernamental —32 gobiernos entre 1840 y 1868—, alternándose en el poder moderados y progresistas. Es un periodo de apuntalamiento del estado liberal, y de desarrollo urbanístico y aparición del movimiento obrero en algunos centros industriales.

Lógicamente, los primeros trabajos sobre higiene industrial tienen su origen en Cataluña. Aparecieron en la década de 1850 —Font (1852), Monlau (1984 [1856]), Salarich (1984 [1858])— y son el eco peninsular de informes como los de Villermé (1840) o Chadwick (1842), aunque sin su amplio contenido empírico, que solo es posible encontrar en esta época en España en la impresionante monografía estadística de Cerdà de 1856 sobre la clase obrera barcelonesa.⁶⁴ Los citados trabajos higienistas toman como punto de partida algunas de las proposiciones básicas que dichos informes pretendieron poner de manifiesto, es decir, el impacto mayor de la enfermedad y de la mortalidad en las clases obreras urbano-industriales, la afirmación de que el trabajo industrial en sí no era directamente generador de males (sino las condiciones de ventilación o hacinamiento en que este se desarrollaba), y el hecho de que la degeneración física llevaba a la degeneración moral.⁶⁵

Por consiguiente, las medidas a tomar pasaban tanto por la mejora de la salubridad de talleres y fábricas como por la moralización de la clase obrera. En lo primero, los autores españoles se mostraban menos intervencionistas que Chadwick, que abogaba por la estricta regulación de las condiciones de salubridad en el trabajo; ellos, desde un claro liberalismo económico receloso de toda interferencia en el sector privado, apostaban más bien por simples

64. Cerdà (1968 [1867]), vol. II, pp. 555-674. El hecho de recoger directamente datos sociodemográficos —cosa que no hicieron los higienistas españoles— le otorga una gran singularidad e importancia. Cerdà lideraba en 1855 una comisión (de obreros, políticos y técnicos) creada a raíz de los conflictos sociales barceloneses, y en dicho contexto aprovechó para recopilar los cuantiosos datos facilitados por los obreros para que defendiera sus posiciones en Madrid (Estapé, 2000, pp. 200-203). Cerdà (1968 [1867]), vol. II, p. 1, pensaba que el urbanismo era una ciencia que solo podía levantarse sobre bases sólidas, partiendo de un conocimiento lo más profundo posible de la realidad sociourbana, y eso implicaba valerse de la estadística. Con una metodología emparentada con la de Le Play y Quetelet, ofrecía un panorama detallado de la situación de cada oficio (ingresos mensuales por clases, ingresos diarios, y gastos de consumo: alimentación, alojamiento, vestido, ajuar doméstico, y eventualidades diversas). La conclusión era que la mayor parte de los obreros no solo no podía ahorrar, sino que en muchos casos tenía números rojos (Estapé, 2000, pp. 215-216).

65. Rodríguez Ocaña (1992^a), p. 384.

recomendaciones al empresario, con la introducción de médicos inspectores y el establecimiento de juntas mixtas para supervisar y ofrecer orientaciones concretas.⁶⁶

En lo referente a lo segundo, el peso que las consideraciones morales es tan fuerte en los citados trabajos de los autores españoles como en el *Sanitary Report* de Chadwick.⁶⁷ En realidad, la identificación entre higiene, moral y orden social es algo común a toda la literatura higienista europea de la época: las propuestas higiénico-sanitarias, disfrazadas de neutralidad, iban en buena medida dirigidas a suavizar las tensiones sociales y a moralizar y disciplinar al proletariado.⁶⁸ No en vano, la higiene —como señalaba Méndez Álvaro (1990^a [1853], p. 78)— debía considerarse una ciencia del gobierno y la administración.⁶⁹ Por su parte, los higienistas eran mediadores e intérpretes del conflicto social, por cuanto planteaban medidas atenuadoras de las duras condiciones de vida y cierta tutela sobre las clases populares.⁷⁰ El saneamiento urbano, y especialmente la mejora de la vivienda obrera y la evitación del hacinamiento, no solo reducían la incidencia de la enfermedad, sino que —como en el *Sanitary Report*— contribuían a la mejora moral de la clase obrera.⁷¹ Pero, además, los autores españoles —a diferencia de Chadwick— incidían mucho en la necesidad de moralizar directamente al obrero por otras vías, haciéndole previsor, respetuoso hacia la propiedad privada, instruido en los valores del orden, y practicante de los hábitos básicos de aseo acordes al decoro: así, por ejemplo, planteaban —entre otras cosas— la promoción del ahorro popular, la garantía de propiedad de sus viviendas, el establecimiento de escuelas dominicales de adultos, el reparto de cartillas higiénicas, o la construcción de casas de baños.⁷² Se trataba, en

66. Sobre los médicos inspectores, Monlau (1984 [1856]), pp. 72-73. Sobre las juntas mixtas de fabricantes, operarios y médicos, Salarich (1984 [1858]), pp. 263-264; su objetivo básico sería supervisar las condiciones del trabajo infantil. En la edición de 1871 de sus *Elementos de Higiene Pública*, Monlau (1871 [1847]), p. 154, subrayaba que en todo caso la intervención estatal encontraba «sus límites en la natural libertad del fabricante».

67. El fuerte carácter moralizante se mantuvo en el higienismo español hasta finales del siglo XIX, como muestra, por ejemplo, la obra de Joan Giné y Partagàs, *Curso Elemental de Higiene Pública y Privada* (1871-1873), cuyo tomo cuarto se dedicaba a la higiene industrial: Rodríguez Ocaña (1992^a), pp. 385, 391.

68. Pérez-Fuentes (1991), p. 128. El filósofo Michel Foucault mostró que los discursos y prácticas médicas ejercieron una notable influencia en el estilo de vida de las clases populares, constituyéndose en un importante poder de normalización, un poder político que moldeó a los trabajadores y los adecuó a las necesidades del mundo industrial. Ello es perfectamente aplicable al caso del higienismo español, como ha señalado Quintanas (2011).

69. En la tercera parte de Méndez Álvaro (1864) también se alude a esta idea y se subraya que moral e higiene son las dos principales fuentes de la felicidad pública.

70. Campos (1995), pp. 1095, 1103.

71. Campos (1995), p. 1102.

72. Por ejemplo, Monlau (1984 [1856]), pp. 81-85, 99-115, o Salarich (1984 [1858]), p. 224. Véanse también Rodríguez Ocaña (1992^a), pp. 390-391, y Campos (1995), pp. 1100-1101, 1104.

definitiva, de eliminar «desórdenes del ánimo» como la embriaguez, la pereza, la imprevisión o el libertinaje, inspirando en el obrero los «sagrados principios de moralidad, de economía, de frugalidad, de propiedad, de resignación, de amor a la familia, de respeto a las jerarquías sociales, y de inclinación al trabajo».⁷³ De este modo, los higienistas españoles contribuyeron a reforzar el programa disciplinario de la clase obrera, alentando de forma notable el paternalismo empresarial.⁷⁴ Pese a todo ello, los patronos no quedaron libres de crítica en sus textos.⁷⁵

Es cierto que también subyace en sus trabajos sobre higiene industrial la idea de la rentabilidad de la prevención y el argumento económico de que una población sana es una población más productiva, pero las consideraciones económicas —explícitas y de gran importancia en Chadwick y los informes del *sanitary movement*— quedan muy en segundo plano en los autores españoles por el extraordinario peso de las consideraciones morales. Asimismo, es evidente que también en España —como en Gran Bretaña— los estudios sobre las condiciones de vida de la clase obrera se vieron favorecidos por la preocupación de la burguesía ante la amenaza de la creciente conflictividad social, reflejada en revueltas y huelgas como las que tuvieron lugar en Cataluña en 1854 y 1856.⁷⁶

En cualquier caso, cabe destacar que la visión de la clase obrera —tanto en Chadwick como en autores como Monlau o Salarich— tiende a ser bastante negativa y está llena de recelos.⁷⁷ Aunque los higienistas dan cuenta de las deplorables condiciones de vida de los trabajadores, son incapaces de ponerse en su lugar y los ven como seres extraños y ajenos.⁷⁸ Las malas condiciones higiénicas se debían —al menos parcialmente— a la incultura y los hábitos perniciosos de los propios obreros. Pero, además, estos tenían de por sí una naturaleza malevolente y viciosa: así, como concluía lapidariamente Mon-

73. Salarich (1984 [1858]), p. 286.

74. Rodríguez Ocaña y Méndez (2005), p. 61. Salarich (1984 [1858]), p. 222, de forma muy reveladora, señalaba que al trabajador debía mirársele «como a un niño, cuya confianza debemos adquirir [...]; poco le conocen aquellos que se lo figuran razonable y prevenido». Sobre el paternalismo empresarial, es referencia obligada Sierra (1990).

75. Criticando la actitud patronal respecto al obrero, Monlau (1847), p. 555, señalaba: «si cae enfermo, le abandonan; cuando ha curado no le vuelven a emplear, porque han ajustado a otro, y cuando la vejez ha debilitado la fuerza de su brazo [...] mengua el salario a medida que crecen sus necesidades». En el mismo sentido, Salarich (1984 [1858]), p. 165. Igualmente denuncian las condiciones del trabajo infantil o las largas jornadas a que someten a los operarios: Salarich (1984 [1858]), pp. 162-164; Monlau (1847), pp. 544-555; Monlau (1871), p. 160.

76. Las memorias de Monlau (1984 [1856]) y Salarich (1984 [1858]) son el resultado de sendos concursos convocados por la Academia de Medicina de Barcelona, en 1855 y 1857, con el fin de mejorar las condiciones de los trabajadores.

77. Según López Piñero (1964), p. 179, esto empezaría a cambiar en la obra de los higienistas del último cuarto del siglo XIX, como Giné y Partagàs, quienes —en un momento de claro avance del socialismo— pasaron a insistir en la necesidad de conciliar trabajo y capital y en el papel del higienismo en dicha labor mediadora.

78. Esto fue típico de los higienistas europeos de la época: Hamlin (2008), pp. 200-204.

lau, «el obrero es pobre, [...] ignorante [...] y tiene instintos aviesos»,⁷⁹ y en épocas de crisis tiende al «desorden, la sedición y la anarquía social»;⁸⁰ o como señalaba Salarich, en la masa obrera «las pasiones» —tales como la embriaguez o el libertinaje— eran «más funestas, delirantes y terribles»;⁸¹ por eso el «corazón social [estaba] dañado, y su enfermedad [estaba] en las costumbres de las masas».⁸²

Las consideraciones sobre infraestructuras de saneamiento urbano en los higienistas españoles —y en particular en los *Elementos de Higiene Pública* de Monlau o en Méndez Álvaro—⁸³ son muy generales, lejos de la atención otorgada a las mismas en el *Sanitary Report* y sobre todo en los informes de la Health of Towns Commission.⁸⁴ En cualquier caso, en el ámbito urbano los higienistas españoles se mostraron claramente deudores del *sanitary movement*, convencidos de la influencia del ambiente en la salud y la moral y de la consiguiente necesidad de llevar a cabo actuaciones concretas que mejorasen la salubridad, priorizando el abastecimiento de agua abundante, la creación de redes de alcantarillado o la recogida de basuras. Y es que, como Chadwick, entendían que la acumulación de materia orgánica y su putrefacción daban lugar a efluvios miasmáticos que causaban enfermedades.⁸⁵ No obstante, no hay que olvidar que en España existía ya una arraigada tradición desde el siglo XVIII, la de las topografías médicas, que aún tendría un notable desarrollo hasta el último tercio del XIX, y que otorgaba una gran importancia al ambiente en la génesis y evolución de enfermedades; en concreto, consideraba que estas estaban fuertemente determinadas por el clima y el medio local.⁸⁶ Es decir, en lo fundamental la «sanitary idea» encontró en nuestro país un terreno bien abonado para su asimilación.

Sin embargo, los higienistas españoles —y en particular Monlau—, si bien aceptaban la insalubridad como importante causa de posibles epidemias, también creían que la pobreza podía estar en el origen de muchas enfermedades. En este punto, por tanto, se alejaban de la postura radical de Chadwick y se

79. Monlau (1984 [1856]), p. 117.

80. Monlau (1871), p. 151.

81. Salarich (1984 [1858]), p. 192.

82. Salarich (1984 [1858]), p. 286. Llegaba incluso a señalar la «limitada inteligencia» del obrero, presentándolo en cierto modo como un ser inferior (p. 224).

83. Méndez Álvaro (1990a [1853]).

84. Véase Monlau (1862 [1847]), pp. 454-473. También Granjel (1983), pp. 127-128. En el folleto «¡Abajo las murallas!» (1841) Monlau había utilizado ya argumentos higienistas para instar al derribo de las murallas de Barcelona, refiriéndose a los problemas de fetidez del aire, contaminación de las aguas, miseria, depravación moral, epidemias y elevada mortalidad (Campos, 2005, p. 35).

85. Campos (2003), p. 46. Aún en 1874 Méndez Álvaro (1990b [1874]), pp. 145-146, seguía insistiendo en el problema de la descomposición de materia orgánica desde una concepción miasmática.

86. Véanse Urteaga (1980) y Puigvert (1997).

posicionaban junto a los higienistas franceses, que —liderados por Villermé— demostraron con numerosos datos concretos la dimensión social de las enfermedades, de forma que extendidas dolencias infecciosas como la tuberculosis iban claramente ligadas a la falta de aire puro, el hacinamiento y la desnutrición que acompañaban a la pobreza urbana. Así, por ejemplo, en su trabajo *Remedios del Pauperismo* (1845) Monlau subrayaba que la miseria —en la medida en que suponía graves carencias de alimentación, vestido y cobijo— era un motivo básico de degeneración física y moral.⁸⁷ No obstante, ello no le llevaba a cuestionar el orden establecido ni a abogar por la intervención estatal para aliviar las condiciones económicas y sociales de los más desfavorecidos. De hecho, la pobreza era un fruto inevitable de la industrialización, y en cierta manera —más allá de la mera beneficencia— solo cabía combatir sus «amaras semillas» con la moralización de la población.⁸⁸ De cualquier forma lo destacable es que —a diferencia de Chadwick— los higienistas españoles, si bien denunciaban la imprevisión y la frecuente administración dispendiosa de los ingresos en la clase obrera,⁸⁹ veían una clara insuficiencia en los salarios,⁹⁰ que derivaba no solo en viviendas angostas e insanas,⁹¹ sino también —dado el elevado precio de muchos productos— en graves limitaciones en la variedad y cantidad de la dieta, agravadas por frecuentes problemas de calidad y adulteración alimentaria.⁹²

Es peculiar, sobre todo en el caso específico de Monlau, el hecho de que llegara incluso a plantear la descentralización de las fábricas y la ruralización de la industria, al mismo tiempo que rechazaba de plano las grandes aglomeraciones urbano-industriales como focos artificiosos de insalubridad e inmoralidad, y ensalzaba la supuesta superioridad moral e higiénica de los campesinos.⁹³ Ya en *¡Abajo las murallas!* (1841) había planteado el derribo de las fortificaciones que constreñían Barcelona por tres razones: porque la ciudad

87. Monlau (2007 [1845]), p. 60. También Monlau (1871), p. 155.

88. Monlau (2007 [1845]), pp. 61-62, y Méndez Álvaro (1990c [1849]). Véase asimismo Campos (1995), p. 1098.

89. Por ejemplo Salarich (1984 [1858]), p. 218.

90. Monlau (1847), pp. 550, 555. No obstante, esta insuficiencia del salario obrero era en cierto modo consustancial al propio capitalismo industrial. Solo la educación podía ayudar a los hijos de los obreros a obtener un mejor futuro: Salarich (1984 [1858]), pp. 264-272. Pero debía ser una educación básica, no superior, pues esta crearía en ellos «deseos y necesidades que no [podrían] satisfacer» (Monlau, 1847, p. 554).

91. Méndez Álvaro fue quizá quien mejor describió la situación de la vivienda obrera: por ejemplo, Méndez Álvaro (1990a [1853]), pp. 86-87.

92. Esta idea está muy presente en Font (1852), Monlau (1984 [1856]) y Méndez Álvaro (1990a [1853]).

93. Font (1852) ya se había referido a la necesidad de situar las fábricas fuera de las ciudades. Monlau habla explícitamente de «rurizar» (*sic*) la industria, haciéndola «partícipe de los beneficios higiénicos y morales de la agricultura»: Monlau (1984 [1856]), pp. 67, 70-71. Salarich (1984 [1858]), pp. 150-151, añora el mundo anterior a la industrialización, pero ve esta como un mal necesario.

había vivido un importante proceso de crecimiento demográfico, densificación y consiguiente deterioro de las condiciones de vida; porque había que eliminar cualquier traba al desarrollo económico facilitando la implantación de nuevas industrias; y por el creciente problema de la especulación del suelo. Pero luego, en sus *Elementos de higiene pública* (1847, 1862, 1871) y en la revista *El Monitor de la Salud de las Familias*, criticó decididamente las grandes ciudades —a las que consideraba que había que limitar en su crecimiento y densificación dotándolas de ensanches— y defendió la diseminación de los focos industriales por motivos tanto sanitarios como de «higiene moral» y orden público.⁹⁴ Chadwick, sin embargo, no cuestionó nunca la ciudad industrial en sí, cuyos problemas creía perfectamente evitables; además, se esforzó en demostrar que la alta mortalidad no era patrimonio exclusivo de las grandes urbes, y que algunas zonas rurales eran también focos notables de insalubridad y enfermedad⁹⁵.

No obstante, tanto el *sanitary movement* —capitaneado por Chadwick— como el movimiento higienista español de mediados del siglo XIX —liderado por Monlau— centraron su atención en la mejora del ámbito urbano-industrial. En ambos casos —como también ocurrió en el higienismo francés— se trató de movimientos profesionales —no populares— y sus impulsores fueron miembros del *establishment*, con puestos oficiales en la administración estatal.⁹⁶ En los dos movimientos se observa la clara voluntad de llegar al público y propagar al máximo sus planteamientos higienistas a través de diversos medios.⁹⁷

94. Urteaga (1985), pp. 405-409.

95. Chadwick (1842), pp. 167-169. En el mismo sentido, al comparar la esperanza de vida de Manchester (17 años) con la del distrito rural de Rutlandshire (38 años), no explicó la diferencia por la mayor insalubridad ambiental de la ciudad frente al campo, sino que —en un ataque más al maltusianismo— intentó mostrar que las convicciones morales, que inducían hábitos de sobriedad y frugalidad, eran más importantes que los propios salarios —mayores en Manchester— (pp. 181-182). Monlau se mostró también claramente antimaltusiano, en especial en *Elementos de Higiene Privada* (Alcaide, 1999b, p. 6; Granjel, 1987, p. 127).

96. Mateo Seoane fue vocal de la Junta Suprema de Sanidad y consejero del Consejo de Sanidad del Reino desde su fundación en 1845. Además, influyó decisivamente en la formación del Cuerpo de Sanidad Militar (1836) y en la elaboración del Plan General de Estudios de Medicina (1845) y de la Ley Orgánica de Sanidad (1855). Francisco Méndez Álvaro, además de ser secretario del Consejo de Sanidad del Reino (1847-1854; 1856-1865), ocupó altos cargos políticos, entre otros, alcalde de Madrid, diputado a Cortes, vocal de la Junta de Beneficencia y consejero de Instrucción Pública. Pedro Felipe Monlau, entre otras cosas, perteneció al Cuerpo de Sanidad Militar, ejerció la docencia en diversas instituciones, formó parte de la Junta de Sanidad de Madrid, estuvo vinculado al Consejo de Sanidad del Reino desde 1847 (primero como secretario y luego —desde 1852— como vocal), y fue delegado español en las dos primeras Conferencias Sanitarias Internacionales celebradas en París (Alcaide, 1999b, pp. 2-10).

97. En el caso británico, además de charlas públicas e informes parlamentarios de amplia difusión, hubo revistas como *Lancet* o *The Journal of Public Health and Monthly Record of Sanitary Improvement* (1847-1849) que propagaron informaciones higiénicas, así como asociaciones como la Health of Towns Association o la Working Classes Association for the Im-

En el terreno institucional y de realizaciones concretas, sin embargo, los logros del movimiento británico de salud pública fueron mucho más importantes y tangibles a corto plazo. Es cierto que en el caso español hubo una gran profusión de disposiciones menores relacionadas con la salud pública (entendida en sentido amplio y a todos los niveles): así, de todas las disposiciones sobre el tema promulgadas entre 1700 y 1862 (1.944), casi el 68% se concentran entre 1841 y 1862, justo cuando el higienismo adquiría en España un desarrollo definitivo como doctrina científica.⁹⁸ No obstante, en Gran Bretaña —como se ha visto— se logró en 1848 la aprobación de una ley general de salud pública de rango nacional que sancionaba la obligación estatal de velar por la salud pública, creaba al respecto una administración nacional centralizada, y contribuía a poner en marcha importantes actuaciones concretas de saneamiento urbano a nivel municipal, la cuales transformarían radicalmente la realidad higiénica de las ciudades británicas durante el siguiente medio siglo. En España, no hubo una gran norma global de rango nacional relativa a la higiene pública, pero desde 1847 se fueron poniendo las bases legales para construir el sistema sanitario liberal. Seoane, Monlau y Méndez Álvaro —desde el Consejo de Sanidad creado en 1847— participaron activamente en la construcción del entramado legislativo isabelino sobre sanidad general, salud pública y beneficencia, con normas fundamentales como el Real Decreto Orgánico de Sanidad (1847), la Ley de Beneficencia de 1849 y la Ley de Sanidad de 1855, que era la pieza estrella. Ello significa que no solo eran divulgadores de conocimientos ajenos, sino también gestores «técnicos» de políticas estatales en materia sanitaria.⁹⁹

Conclusión

El higienismo español de mediados del siglo XIX se desarrolló a remolque de las ideas sobre salud pública procedentes de otros países europeos. Careció del enfoque empírico —basado en datos y testimonios directos— que caracterizó a los movimientos francés o británico, y sus logros concretos a corto plazo fueron también mucho menos tangibles y significativos.

El *sanitary movement* —inspirado en el *Sanitary Report* de Chadwick— ejerció su influencia en España tanto directamente, a través de Mateo Seoane

provement of the Public Health. En España, la Sociedad Española de Higiene se constituyó solo en 1882 a instancias de Méndez Álvaro, pero ya antes Monlau y el propio Méndez Álvaro habían llevado a cabo una importante labor en el periodismo médico, a través de —respectivamente— *El Monitor de la Salud* (1858) y *El Siglo Médico* (1854). Para un completo análisis bibliométrico de las publicaciones higienistas en España, Alcaide (1999a).

98. Véase Alcaide (1999b), pp. 11-12.

99. Véase Velasco (2000) para un estudio detallado sobre la legislación sanitaria del periodo 1855-1868.

ne, como indirectamente, a través de textos de higienistas franceses que recogían los planteamientos británicos. Por tanto, como cabría esperar a priori, en conjunto las similitudes entre el *sanitary movement* y el higienismo español son importantes. No obstante, en el caso español se dan ciertos rasgos diferenciales, aunque —lejos de afectar a aspectos esenciales— casi siempre van ligados a simples cuestiones de matiz y acento.

Si bien compartían una visión paternalista, negativa y distante de la clase obrera, así como una voluntad de atemperar el conflicto social y contribuir a la consecución del orden y la estabilidad social, en el higienismo español la preocupación por moralizar a la clase trabajadora fue más acentuada, mientras que en el movimiento británico de salud pública se subrayaron en mayor medida los réditos económicos derivados de las actuaciones de saneamiento urbano. Por otra parte, tanto en el *sanitary movement* como en el higienismo español hubo una gran insistencia en las ventajas derivadas de la prevención de la enfermedad que se asociaba a la mejora de la salubridad pública, si bien en el caso británico se desarrollaron mucho más los aspectos técnicos específicos relacionados con la construcción de infraestructuras de saneamiento. En cualquier caso, no deja de ser destacable que Monlau —el principal higienista español— atacase frontalmente el modelo urbano-industrial y abogara por la ruralización de la industria, mientras Chadwick, desde la creencia de que los problemas urbanos eran perfectamente evitables mediante las convenientes reformas, no cuestionara nunca la ciudad industrial en sí.

La «sanitary idea» tuvo un claro ascendiente en los higienistas españoles, pues estos estaban convencidos de la influencia del ambiente en la salud y la moral, y entendían que la acumulación de materia orgánica y su putrefacción daban lugar a efluvios miasmáticos que causaban enfermedades; de ahí la necesidad de actuaciones concretas que mejorasen el medio urbano (provisión de agua abundante, construcción de redes de alcantarillado, recogida regular de basuras, etc.). Sin embargo, los higienistas españoles —quizá por influencia francesa—, aunque aceptaban la insalubridad como importante causa de posibles epidemias, también creían que la pobreza podía estar en el origen de muchas enfermedades, y en este aspecto se separaban de forma importante de la posición de Chadwick y sus seguidores. Pero el reconocimiento de esta dimensión social de la enfermedad —y de la insuficiencia de los ingresos de los trabajadores en muchos sectores— no les llevaba a abogar por la intervención estatal más allá de la mera beneficencia. Del mismo modo, en el ámbito de las condiciones de salubridad en el trabajo, también se mostraban recelosos de toda interferencia en el sector privado, y apostaban más bien por simples recomendaciones al empresario en vez de la regulación estricta que proponía Chadwick.

BIBLIOGRAFÍA

- ALCABES, Philip (2010), *Dread: How Fear and Fantasy Have Fueled Epidemics from the Black Death to Avian Flu*, Nueva York, Public Affairs.
- ALCAIDE, Rafael (1999a), «Las publicaciones sobre higienismo en España durante el periodo 1736-1939. Un estudio bibliométrico», *Scripta Nova*, n.º 37, 1 de abril, <http://www.ub.edu/geocrit/sn-37.htm>
- (1999b), «La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social», *Scripta Nova*, n.º 50, 15 de octubre, <http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm>
- BARONA, Josep L., y BERNABEU-MESTRE, Josep (2008), *La Salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Valencia, Universitat de València.
- BARONA, Josep L. (2009), «Génesis y dimensiones del higienismo», *Lars*, n.º 15, pp. 9-13.
- BERNABEU-MESTRE, J., y GALIANA, M.E. (2011), «El higienismo ante la *urban penalty* y las causas del atraso sanitario español, 1881-1923», *X Congreso de la AEHE*, Carmoña, 8-10 de septiembre.
- BRYSON, Bill (2010), *En casa. Una breve historia de la vida privada*, Barcelona, RBA.
- CAMPOS, Ricardo (1995), «La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX», *Hispania*, LV/3, n.º 191, pp. 1093-1112.
- (2003), *Curar y Gobernar: Monlau, Rubio y Giné. Medicina y Liberalismo en la España del Siglo XIX*, Madrid, Nivola.
- CERDÀ, I. (1968), *Teoría general de la urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona. Vol. II: La urbanización como un hecho concreto. Estadística urbana de Barcelona [1867]*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales (prólogo de Antonio Barrera y selección del anexo documental y bibliografía por Fabián Estapé).
- CHADWICK, Edwin (1842), *Report on an inquiry into the sanitary condition of the labouring population of Great Britain*, Londres, W. Clowes and Sons.
- (1887), *The Health of Nations*, 2 vols., edición de B.W. Richardson, Londres, Longmans.
- (1997), *Edwin Chadwick: nineteenth-century social reform*, edición de David Gladstone, 5 vols., Londres, Routledge/Thoemmes Press.
- CRAIN, William M., y EKELUND, R.B. (1976), «Chadwick and Demsetz on competition and regulation», *Journal of Law and Economics*, 19(1), pp. 149-162.
- CUÑAT, Marta (2011), «El higienista Monlau: apuntes para una biografía contextual», *European Network on Theory and Practice of Biography, Third International Meeting*, Florencia, European University Institute, febrero.
- EISENBUD, M. (1978), *Environment, Technology, and Health. Human Ecology in Historical Perspective*, Nueva York, New York University.
- EKELUND, R.B., y HÉBERT, R.F. (1992), *Historia de la teoría económica y de su método*, Madrid, McGraw-Hill.

- EKELUND, R.B., y PRICE, E.O. (2012), *The Economics of Edwin Chadwick*, Aldershot, Edward Elgar.
- ESTAPÉ, Fabián (2001), *Vida y obra de Ildefonso Cerdá*, Barcelona, Península.
- FINER, Samuel E. (1952), *The Life and Times of Sir Edwin Chadwick*, Londres, Methuen.
- FONT, Joaquim (1852), *Consideraciones sobre los inconvenientes que irrogan a la salud de los jornaleros y a la pública de Barcelona las fábricas, y en especial las de vapor...*, Barcelona, Imp. T. Gorchs.
- GLADSTONE, David (1997), «Introduction: Edwin Chadwick and Public Health: Problems and Solutions», en *Edwin Chadwick: nineteenth-century social reform*, edición de David Gladstone, vol. 3, Londres. Routledge/Thoemmes Press, pp. IX-XIX.
- GLICK, Thomas F. (1987), «Ciencia, tecnología y medio ambiente urbano: Las crisis de saneamiento en el Londres medieval y victoriano», *Ciudad y Territorio*, 71, pp. 23-34.
- GRANJEL, M. (1983), *Pedro Felipe Monlau y la higiene española del siglo XIX*, Salamanca, Europa Artes Gráficas.
- HAMLIN, Christopher (1995), «Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr Controversy and the loss of the «social» in public health», *American Journal of Public Health*, vol. 85, n.º 6, pp. 856-866.
- (2008), *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick. Britain, 1800-1854*, Cambridge, Cambridge University Press.
- HUNT, Tristram (2005), *Building Jerusalem: The Rise and Fall of the Victorian City*, Londres, Phoenix.
- JUTGLAR, Antoni (ed.) (1984), *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*, Barcelona, Anthropos.
- LA BERGE, Ann F. (1992), *Mission and Method. The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement*, Cambridge, Cambridge University Press.
- LÓPEZ PIÑERO, José M.^a (1964), «El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo. El proletariado industrial», en LÓPEZ PIÑERO, J.M.^a, GARCÍA BALLESTER, L., y FAUS SEVILLA, P. (1964), *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, pp. 109-208.
- LEWIS, R.A. (1952), *Edwin Chadwick and the Public Health Movement, 1832-1854*, Londres, Longmans, Green and Co.
- MARSTON, Maurice (1925), *Sir Edwin Chadwick*, Londres, Leonard Parsons.
- MÉNDEZ ÁLVARO, F. (1864), *De la actividad humana en sus relaciones con la salud y el gobierno de los pueblos*, Madrid, M. Rojas.
- (1990a), «Consideraciones sobre la higiene pública y mejoras que reclama en España la higiene municipal» [1853], en *Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderno*, edición de J.L. Fresquet, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 75-90.
- (1990b), «De la habitación del menesteroso considerada bajo el aspecto higiénico-social» [1874], en *Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderno*, edición de J.L. Fresquet, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 125-195.

- (1990c), «Beneficencia pública. Estado actual de la beneficencia en España» [1849], en *Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderno*, edición de J.L. Fresquet, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 61-74.
- MOLINER, Antonio y Carmen (1986), «El doctor Pere Felip Monlau y la cuestión obrera», *Anales de la Universidad de Alicante. Historia Contemporánea*, n.º 5, pp. 101-118.
- MONLAU, P.F. (1847), *Elementos de Higiene Pública*, Barcelona, Imprenta Pablo Riera.
- (1862), *Elementos de Higiene Pública* [1847], 2.ª ed., tomo I, Madrid, Rivadeneyra.
- (1871), *Elementos de Higiene Pública* [1847], 3.ª ed., tomo I, Madrid, Moya y Plaza.
- (1984), «Higiene industrial: ¿qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favor de las clases obreras?» [1856], en *Jutglar* (1984), pp. 57-143.
- (2007), «Remedios contra el pauperismo. Memoria ofrecida para optar al premio de la Sociedad Económica Matritense» [1845], en CAPELLÁN DE MIGUEL, G. (ed.), *Enciclopedia del Pauperismo. Vol. II: Pauperismo*, Cuenca, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla La Mancha/ECH Ediciones, pp. 47-62.
- MORO, Jesús (1986), *Francisco Méndez Álvaro: la higiene española en el siglo XIX*, Madrid, Junta de Castilla y León.
- MUMFORD, Lewis (1996), *The Culture of Cities*, Nueva York, Harcourt, Brace & Co.
- NOVO, Pedro A. (2002), «El agua potable a domicilio y los residuos urbanos bailan un complejo *pas à deux* (1850-1930), una aproximación metodológica e historiográfica», *Historia Contemporánea*, 24, pp. 281-319.
- PÉREZ-FUENTES, Pilar (1991), «El discurso higienista y la moralización de la clase obrera en la primera industrialización vasca», *Historia Contemporánea*, 5, pp. 127-156.
- PRICE, Edward O. (1984), «The Political Economy of Sir Edwin Chadwick: An Appraisal», *Social Science Quarterly*, 65 (4), pp. 975-987.
- PUIGVERT, J. (1997), «Els metges higienistes i les topografies mèdiques». *Recerques*, 35, pp. 99-106.
- QUINTANAS, Anna (2011), «Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares», *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, n.º 44, pp. 273-284.
- RINGEN, Knut (1979), «Edwin Chadwick, the market ideology, and sanitary reform: on the nature of the 19th-century public health movement», *International Journal of Health Services*, 9 (1), pp. 107-120.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1992a), «Paz, trabajo, higiene. Los enunciados acerca de la higiene industrial en la España del siglo XIX», en HUERTAS, Rafael, y CAMPOS, Ricardo (coords.), *Medicina Social y Clase Obrera en España (Siglos XIX y XX)*, vol. II, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, pp. 383-406.
- (1992b), *Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social*, Madrid, Akal.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E., y BERNABEU MESTRE, J. (2005), «El legítimo criterio aritmético. Los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800-1936», en RODRÍGUEZ

- OCAÑA, E., *Salud pública en España: ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*, Granada, Universidad de Granada, pp. 185-213.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E., y MENÉNDEZ, A. (2005), «Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto anti-intervencionista», *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 8 (2), pp. 58-63.
- SALARICH, Joaquim (1984), «Higiene del tejedor. O sean, los medios físicos y morales para evitar enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón» [1858], en Jutglar (1984), pp. 145-286.
- SENIOR, Nassau, y CHADWICK, Edwin (1834), *Poor Law Commissioners' Report of 1834*, Londres, Darling & Son Ltd., <http://www.econlib.org/library/YPDBooks/Reports/rptPLC.html>
- SEOANE, Mateo (1984), «Consideraciones generales sobre la estadística médica» [1838], en *Mateo Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal*, edición de J.M. López Piñero, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 187-212.
- SIERRA, J. (1990), *El obrero soñado. Ensayo sobre el paternalismo industrial (Asturias, 1860-1917)*, Madrid, Siglo XXI.
- URTEAGA, Luis (1980), «Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX», *GeoCrítica*, n.º 29, <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>
- (1985), «El pensamiento higienista y la ciudad: la obra de P.F. Monlau (1808-1871)», en BONET, A. (coord.), *Urbanismo e historia en el mundo hispánico*, Madrid, Editorial Complutense, pp. 397-412.
- (1985-1986), «Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica», *Dynamis*, vol. 5-6, pp. 417-425.
- VELASCO, E. (2000), *Epidemiología y legislación sanitaria en la España contemporánea (1855-1868)*, Valladolid, Universidad de Valladolid.
- VIÑAO, Antonio (2000), «Higiene, salud y educación en perspectiva histórica», *Áreas*, n.º 280, pp. 61-72.



Edwin Chadwick, the British public health movement and the Spanish hygienism

ABSTRACT

The British sanitary movement, led by Edwin Chadwick was, based on the approach of its *Sanitary Report* (1842), the most important and influential public health movement of the first half of the nineteenth century. At a time when the problems associated with deteriorating living conditions in industrial cities were becoming more pressing, its main objective was the achievement of social stability and the moralization of the working classes, together with the achievement of significant economic advantages. Meanwhile, in these same middle years of the nineteenth century, hygiene was consolidated in Spain as a modern scientific discipline thanks to Mateo Seoane, Pedro Felipe Monlau and Francisco Méndez Álvaro. This paper analyzes the connections, similarities and differences between Spanish hygienism and the British sanitary movement.

KEYWORDS: Chadwick, public health movement, hygienism, Great Britain, Spain

JEL CODES: B00, B10, B19



Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español

RESUMEN

El *sanitary movement* británico, liderado por Edwin Chadwick y fundamentado en los planteamientos de su *Sanitary Report* (1842), fue el movimiento de salud pública más importante e influyente de la primera mitad del siglo XIX. En un momento en que los problemas asociados al empeoramiento de las condiciones de vida en las ciudades industriales se hacían cada vez más acuciantes, su principal objetivo fue neutralizar la peligrosa radicalización obrera y la creciente agitación social y evitar la degradación moral de la clase trabajadora, así como generar significativas ventajas económicas. Por su parte, en estos mismos años centrales del siglo XIX, arrancaba y se consolidaba en España la higiene como disciplina moderna, con figuras como Mateo Seoane, Pedro Felipe Monlau y Francisco Méndez Álvaro. Este trabajo pretende analizar las conexiones, similitudes y diferencias entre el higienismo español y el *sanitary movement* británico.

PALABRAS CLAVE: Chadwick, movimiento de salud pública, higienismo, Gran Bretaña, España

CÓDIGOS JEL: B00, B10, B19