

Presentación

Isabel Moll Blanes

Revista de Demografía Histórica, XX, II, 2002, segunda época, pp. 15-22

Conocer como se ha desarrollado el proceso de colectivización de servicios sociales por parte del Estado, así como mostrar la relación que puede existir entre este proceso y la mejora de las condiciones de vida de la población constituye una de las líneas de investigación más atractivas y prometedoras en el campo de la demografía histórica. El comportamiento de la mortalidad —especialmente el descenso de esta tasa desde comienzos del siglo XIX— se muestra como una de las variables más susceptible de ofrecer una explicación coherente del interés de la relación. Pero no es la única, porque tampoco las políticas de salud pública son las únicas actividades en materia de acción social que puede ofrecer el Estado. Además ni el Estado, ni toda su organización administrativa son las únicas instituciones que se han preocupado por los servicios sociales; hay que contar con la Iglesia y todas sus ramificaciones.¹

La complejidad del fenómeno y su reciente incorporación como problema de interés no sólo para la demografía histórica en particular, sino para la historia en general, fuerza el planteamiento de algunos aspectos metodológicos que no siempre se tienen en consideración. Por ejemplo la utilidad del marco teórico y conceptual al que se acude para construir el discurso; la coherencia del propio planteamiento del tema que, sin ser determinista, se inclina hacia una perspectiva de la acción del Estado con capacidad para modificar en profundidad las condicio-

1 Precisamente una de las características del nuevo Estado que se consolida desde finales del siglo XVIII es su enfrentamiento con diversas instituciones eclesias-ticas por el control de la asistencia pública. En este sentido ver Buesa Conde, D.J. (2001): <<La secularización de la pobreza. De la bendición de Dios a la condenación de la sociedad>>, en VV.AA., *Ilustración y proyecto liberal: la lucha contra la pobreza*. Zaragoza, 2001, p. 111-130.

nes de vida de la población; el tipo de indicadores más pertinentes para medir la situación de los niveles de vida de la población; o la relación de fuentes a utilizar para obtener los datos necesarios que permitan informar, describir y explicar la colectivización de servicios sociales, las características cambiantes de las condiciones de vida de la población, o la posibilidad de explicar los progresos de estas condiciones por las políticas sociales del Estado.²

Todo ello constituye tema de debate, pero para debatir hay que contar con buen material. De ahí la oportunidad de organizar este *dossier* que permite llevar a cabo dos buenas intenciones. La primera es la posibilidad de introducir en el discurso de los historiadores de la demografía, no tanto propuestas interdisciplinarias como la exigencia de «pensar históricamente», en palabras del maestro Vilar; es un simple ejercicio que implica considerar la totalidad de los problemas que conlleva cualquier tema que a uno le interesa investigar, por trivial que parezca, con el fin de determinar las posibles relaciones de causalidad que confluyen en el mismo. No es necesario investigarlos todos, sólo establecer su existencia, con el fin de realizar la complejidad de situaciones y procesos relativos a cualquier aspecto de cualquier forma de comportamiento social. La segunda supone la oportunidad de sacar a la luz una serie de trabajos de temática similar entre sí y confluyentes, en su conjunto, con la preocupación por conocer como han sido los procesos que han ido construyendo y moldeando las formas de bienestar que actualmente conocemos. Son una serie de artículos de distinta procedencia, aunque la mayoría corresponden a comunicaciones presentadas a dos de las sesiones paralelas del último Congreso de Demografía Histórica celebrado en Castelo Branco en el año 2001.³

2 Entre la abundante literatura sobre esta problemática, ver SWAAN, A.de, *In Care of the State. Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era*. Cambridge, 1988; SZRETER, S., «The importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline, c.1850-1914: a Re-interpretation of the Role of Public Health». *The Social History of Medicine*, 1, 1988, p. 1-37; SMITH, R.M., «Charity, self-interest and welfare: reflections from demographic and family history», en M. DAWTON (ed.), *Charity, Self-interest and Welfare in the English Past*, UCL Press, 1996, p. 23-49; VV.AA., *Lutter contre la mort. Le rôle des politiques publiques*, Annales de Démographie Historique, 2001-1

3 P9, *Bienestar, hogar y familia en España y Portugal, siglos XVIII-XX*; P17, *Prestaciones sociales y asistencia pública en España y Portugal, siglos XVIII-XX*, la responsabilidad de ambas sesiones corresponde al mismo grupo de personas, esto es Enriqueta Camps (Universitat Pompeu Fabra), Montserrat Carbonell (Universitat de Barcelona) e Isabel Moll (Universitat de les Illes Balears).

No se puede considerar el bienestar de una población, a partir de lo que entendemos como tal quienes gozamos de ello en la actualidad. Ahora bien, las teorizaciones sobre los componentes del bienestar realizadas sobre experiencias de países o colectivos sociales alejados de nuestra propia circunstancia, tanto temporal como espacial, permiten captar lo esencial del tema al tiempo que proporcionan conceptos que facilitan la construcción del discurso. Los historiadores de la economía acostumbra a analizar *niveles de vida*, por constituir un conjunto de indicadores perfectamente mesurables. Sin embargo el término bienestar no necesariamente tiene que identificarse con este tipo de indicadores, puesto que incorpora comportamientos difícilmente cuantificables. Otro sentido tiene identificar bienestar con *calidad de vida* cuyo significado se corresponde con la capacidad (en términos de posibilidad) de todo individuo a tener garantizado el disfrute de dos derechos: el derecho físico a la vida, la salud y un nivel de subsistencia digno y conveniente; y el derecho mental y moral a desarrollar su inteligencia y acceder al conocimiento.⁴ Desde hace poco tiempo se asiste al replanteamiento del análisis de la pobreza, de la beneficencia, de la salud pública —por utilizar algunos ejemplos de temas que interesan a la línea de investigación que aquí se discute— gracias a este tipo de categorías, algunas de ellas elaboradas desde las ciencias sociales a partir de la observación de fenómenos actuales referidos a países o sociedades en vías de desarrollo. Ello ha supuesto un avance en el conocimiento de la problemática que creó grandes bolsas de pobreza en el contexto de la primera fase de la industrialización, que impulsó la necesidad de modificar la idea de beneficencia que de un acto caritativo pasó a ser considerado como un servicio público, o que introdujo prácticas higiénicas y sanitarias como formas de gestión política de la salud.⁵ Todos ellos traducen problemas históricos cuyo análisis desde las nuevas perspectivas metodológicas ayuda a comprender mejor la naturaleza del proceso que conduce a hablar de bienestar de la población.

4 SEN, A. «Capability and Well-Being». En M. NUSSBAUM y A. SEN (eds.), *The Quality of Life*. Oxford University Press, 1993 p.30-53

5 Vicente Navarro afirma que 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 (ver NAVARRO, V., «En torno al concepto de salud pública», en F. MARTÍNEZ NAVARRO/J.M. ANTÓ et al., *Salud Pública*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 1997.

Uno de los trabajos que aquí se publican plantea, aunque de manera indirecta, el tema de los niveles de vida relativos a la población de Barcelona a finales del siglo XVIII.⁶ Montserrat Carbonell, la autora de este trabajo, no se plantea *a priori*, el estudio de los niveles de vida; pero el análisis minucioso de las estrategias de supervivencia de las familias trabajadoras barcelonesas, en condiciones no excesivamente favorables (dependencia de un salario, aumento de los precios de los alimentos, encarecimiento de la vivienda), establece algunas referencias de la forma de «bienestar» al que podía acceder este colectivo social, al tiempo que señala como la supervivencia en este tipo de situaciones quedaba asegurada bien gracias a la ayuda proporcionada por la red pública de servicios sociales (hospitales, asilos, casas para huérfanos, montes de piedad) gestionados por instituciones municipales y eclesiásticas, bien mediante formas complejas de solidaridad que permitían una mayor capacidad de resistencia ante la irregularidad de los ingresos y la precariedad de las economías familiares.

El Estado para llevar a cabo la colectivización de servicios cuenta con dos tipos de recursos para su producción e implantación, la ley y la administración pública. Con ello se reserva la capacidad de normar la producción de los servicios, transfiriendo los recursos y la capacidad de su gestión a las instituciones de poder local; lo que permitirá que se genere otro proceso, como es el de la propia iniciativa local y la capacidad de sus élites para poner en marcha innovaciones propias, en el marco de las iniciativas del Estado. En esta línea de reflexión cabe incluir los trabajos de R. Pradal y P. Salas, sobre la función de las élites de poder local en la construcción de redes de asistencia social en la ciudad de Évora durante la primera mitad del siglo XVII, y sobre las políticas sanitarias realizadas en el marco de la Administración local y provincial, en España durante la primera mitad del siglo XIX.⁷ El estudio de R. Pradal no se adecua totalmente a las propuestas hasta ahora discutidas; pero sí supone introducir un nuevo tipo de reflexión sobre la importancia de determinados aspectos culturales como pautas que condicionarán la actuación de las institu-

6 M. CARBONELL ESTELLER (Universitat de Barcelona), «El uso de las instituciones de microcrédito y la transformación de los hogares en la Barcelona de finales del siglo XVIII».

7 R. PRADAL, «A influência da estrutura socio-política das elites eborenses nas práticas assistenciais: 1580 - 1640»; P. SALAS, «La política sanitaria en la primera mitad del siglo XIX, (Mallorca 1800-1850)».

ciones públicas en diversas formas de asistencia social, y de manera especial del colectivo social que controla estas instituciones. Por otra parte, la organización de la administración del Estado en el período que analiza Pradal, poco o casi nada tiene que ver con las funciones que se van incorporando a la primera institución política desde la segunda mitad del siglo XVIII; la alternativa de poder se concentra, en este caso, en la Iglesia y en la manera como su discurso ideológico ayuda a articular las políticas asistenciales de las élites locales. La autora pone el énfasis no tanto en la existencia de instituciones dedicadas a la asistencia a los necesitados (pobres, enfermos o cautivos), como en quienes gestionan estas instituciones y en la relevancia que dan a los temas espirituales. Si bien su interés se dirige a establecer las estrategias de las élites de Évora (1580-1640) para controlar el poder de la ciudad, la descripción de las actividades de este grupo social en materia de asistencia resulta especialmente interesante al documentar la forma de financiación de la institución caritativa más representativa del momento, la Casa de Misericordia de Évora. La ausencia de una actividad organizada y dirigida por el Estado, no implica la no existencia de esta actividad; su control lo ejercerán otras formas de poder con una mentalidad muy distinta a la que se observa en la actuación de las autoridades a fines del Antiguo régimen, que es cuando se empieza a manifestar con claridad la lucha del Estado por controlar tanto las instituciones como las políticas de asistencia pública.

El trabajo de P. Salas muestra una situación totalmente distinta. Es un período de reforzamiento del Estado frente a otras instituciones de poder, en el que las pautas normativas (leyes, órdenes, decretos, bandos) correspondientes a las diversas instancias de poder en que se organiza la administración del Estado, acompañan la acción de estas instancias en el marco de la producción de servicios sanitarios, higiénicos o de infraestructura. Salas propone relacionar estos niveles de mortalidad con las diversas actuaciones de la administración provincial y local dirigidas a mejorar la salud de la población, hecho decisivo que para el autor supone un posible elemento explicativos de la naturaleza de la transición demográfica en Mallorca; en especial por los efectos que van a tener en el control de la mortalidad catastrófica (en época de epidemias, fiebre amarilla, cólera y viruela) y en atenuar la mortalidad ordinaria. En un primer momento se trata de actuaciones cuya finalidad es llenar el vacío en materia asistencial que antaño ejercía el clero regular, pero a su vez van a suponer el inicio del mono-

polio público de la asistencia social. La presencia del Estado es condicionante, pero también lo es la actuación de las instituciones locales, en especial las municipales, sobre todo en el terreno de la política sanitaria y de obras públicas. Precisamente durante el período analizado por Salas, las obras públicas más importantes tienen como principal finalidad mantener un buen nivel de salubridad de la población; en algunos casos serán las autoridades centrales quienes ordenan estas obras (caso de los cementerios rurales), pero en otras son los propios ayuntamientos quienes toman la iniciativa (caso de las obras de canalización del agua potable). De todos modos en ambos casos no se trata sólo de normativas, o de proyectos no cumplidos, sino que, no sin esfuerzo, efectivamente se llevaron a término; diferencia notable con lo que ocurrió en el Antiguo Régimen, cuando el dinero público y el trabajo vecinal se invirtieron en la construcción de templos de tamaño considerable.

Un tercer tema para debate procede de los textos de S. Anaut y de J. Bernabeu, que introducen la observación de iniciativas particulares que se producen en el marco de una política de intervención estatal.⁸ S. Anaut recupera las propuestas del discurso higienista como una de las vías de modernización de las condiciones sanitarias y culturales del país, especialmente por la influencia que tuvieron en determinadas políticas sociales —de hecho algunos higienistas participaron directamente en la gestión municipal— y en la introducción de valores, como el de la limpieza, como prácticas de buena conducta de la población. La acción de los higienistas en Pamplona condujo a establecer un marco de actuación en el que la higiene urbana se fundamentaba en el conjunto de medidas y normas encaminadas a mejorar las condiciones de salubridad de los espacios públicos y privados —calles, viviendas, edificios públicos, cementerios, etc.—. Pero también se tradujo en la construcción de una ideología higienista que despreciaba el caos, lo irracional, los malos olores, la fealdad, la suciedad, la violencia o la inmoralidad; ideología que exigía tanto la intervención creciente de las autoridades políticas y sanitarias para imponer el cumplimiento de unos cánones ajustados a la limpieza, medida y laboriosidad, como la progresiva interiorización del sistema de normas y

8 S. ANAUT, «Higiene pública y privada: la limpieza como objetivo social e instrumento de actuación médica. La experiencia de Pamplona entre 1880 y 1935»; J. BERNABEU, «Cultura médica popular y evolución de la mortalidad: los cuidados de salud en la infancia durante la España contemporánea».

valores que constituían la base del discurso higienista. Por su parte J. Bernabeu también utiliza el discurso higienista, pero lo replantea en función de la relevancia que pueden tener determinadas prácticas culturales de medicina alternativa, especialmente significativas para explicar el fenómeno del descenso de la mortalidad infantil y juvenil. La educación «médica» de la madre, su disponibilidad para dedicar tiempo al cuidado de los hijos y las prácticas y cuidados aplicados en el ámbito familiar son una cuestión clave para comprender las causas del descenso de la mortalidad. La dificultad estriba en conseguir información sobre este tipo de temas, aunque en la literatura de divulgación higiénico-sanitaria se exponen algunas de estas prácticas como formas alternativas de atención a la salud y la enfermedad, diferentes de las que ofrecía la medicina científica occidental. El interés del trabajo de Bernabeu radica en plantear el posible enfrentamiento entre la clase médica en proceso de adquirir una situación hegemónica —en la época que transcurre entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX— en el campo de la salud, y la efectividad de determinadas prácticas de medicina popular fuera del control médico. Precisamente la «cruzada» de los vulgarizadores del higienismo tendrá entre sus objetivos la desaparición de todo este tipo de prácticas utilizadas en el ámbito familiar y doméstico para intentar resolver los problemas de salud y episodios de enfermedad que afectaban sobre todo a los más pequeños, en el marco de los principios de la ciencia médica. Ello conduce a plantear la importancia que puede tener un patrimonio cultural de este tipo, así como la necesidad de conocerlo a la hora de poner en marcha prácticas intervencionistas de medicina científica. Bernabeu afirma que la educación sanitaria no ha de consistir en una simple transmisión de información científica culturalmente neutral, por el contrario debería comportar una auténtica intervención en la cultura de los individuos, ya que tiende a incidir en los conocimientos, los valores y los comportamientos de la gente.

Los artículos que conforman el presente *dossier* documentan algunos aspectos de las diferentes etapas por las que transcurre el proceso. Informan, entre otras cosas, de las condiciones de vida a finales del siglo XVIII, de la intervención del poder público (élites o Estado) en términos de salud e higiene durante los siglos XVII y XIX, de la construcción del discurso higienista y la forma como se introduce en la gestión de la vida pública a finales del siglo XIX, o de que manera la consolidación oficial de la medicina de base científica ha de contar con prácticas de medicina popular que también pueden suponer beneficios

para la población. Son temas a debate —calidad de vida, intervención del Estado, incorporación del discurso científico, importancia de los factores culturales— en torno a la idea de bienestar que pueden enriquecerse con aportaciones desde la demografía histórica, pero que pueden ser mucho más beneficiosos para la propia demografía histórica.